

# Revista Científica

HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR



Edição 2(1) | 2020  
Janeiro/Junho  
ISSN 2674-6956



HOSPITAL E MATERNIDADE  
JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ



**Rev Cienti**

**Revista Científica do**

**Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar**

Revista Científica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, Brasil.  
O Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA) é responsável por esta edição especial da Revista Científica do HMJMA, cujo objetivo é contribuir para a divulgação e o desenvolvimento da pesquisa científica da área médica e ciências afins.

É uma revista multidisciplinar e de acesso aberto, disponível também na internet (<http://hmjma.ce.gov.br/revistacientifica>)

Seu título abreviado é Rev Cient HMJMA.

---

### **CORRESPONDÊNCIA**

Revista Científica do HMJMA  
Centro de Estudos  
Rua Princesa Isabel, 1526, Farias Brito  
Fortaleza - Ceará - CEP: 60015-061  
E-mail: [revistacientificahmjma@gmail.com](mailto:revistacientificahmjma@gmail.com)

### **COPYRIGHT E FOTOCÓPIA**

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

---

Revista Científica do Hospital e Maternidade José  
Martiniano de Alencar / Hospital e Maternidade José  
Martiniano de Alencar - Volume 2, n. 01 (jan. / jun.  
2020)- . - Fortaleza : Gráfica LCR, 2020-  
v.2, n.01; 21x29,7 cm. ; il. color.

Semestral  
ISSN 2674-6956

1. Saúde - pesquisa. 2. Medicina. I. Hospital e  
Maternidade José Martiniano de Alencar.

**Diretoria do HMJMA**

**Diretor Geral**

Adriano Veras Oliveira

**Diretora Clínica**

Lilian Alves Amorim Beltrão

**Diretor Técnico**

Adriano Nogueira de Queiroz

**Diretor Administrativo e Financeiro**

Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho

**EDITOR CHEFE**

ADRIANO VERAS OLIVEIRA

**EDITORES ASSOCIADOS**

ANTONIO GLÁUCIO DE SOUSA NÓBREGA  
NATHÁLIA SOUZA E SILVA  
HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA

RAFAEL DA SILVA CUNHA  
JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES  
ORIVALDO ALVES BARBOSA

**CORPO EDITORIAL**

ADAHILTON MAGALHÃES MACIEL  
ADRIANA SILVA DE SOUZA  
ADRIANO NOGUEIRA QUEIROZ  
ADRIANO VERAS OLIVEIRA  
ANDRÉ ÁTILA ALENCAR BARROS  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA  
CÁSSIA MARIA HOLANDA PINHEIRO  
DÉBORA MAIA DA COSTA  
ELCIANA ALMEIDA LOYOLA  
FRANCISCA DAMYLLE DE FREITAS  
FRANCISCO EDSON XIMENES GOMES  
FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES  
FRANCISCO HELANO CARVALHO PEREIRA  
FRANCISCO MOISÉS DA CRUZ NETO  
FRANCISCO NOGUEIRA CHAVES  
IVON TEIXEIRA DE SOUSA  
JAQUELINE JAGUARIBE  
JOÃO ANTONIO LOPES  
JOÃO FILHO ARAÚJO RIBEIRO  
JOÃO ROBERTO LOPES ARAGÃO  
JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA

JOSÉ FELIPE DE SANTIAGO  
JOSÉ LINCOLN CARVALHO PARENTE  
JULIANA NOGUEIRA DE QUEIROZ CORREIA GALVÃO  
LARA MARIA GADELHA PICCININI  
LEISSA FEITOSA ALBUQUERQUE LIMA DE MAGALHÃES  
LILIAN ALVES AMORIM BELTRÃO  
LUCAS RIBEIRO NOGUEIRA  
LUIZ HENRIQUE FERREIRA FAÇANHA  
MÁRCIO ALMEIDA DE SOUSA JUCÁ  
MARCOS ANTÔNIO CELESTINO SILVA  
MATTHAUS RABELO DA COSTA  
MÉRCIA MARQUES JUCÁ  
NADJA SOCORRO ALMEIDA PRATA  
OCTÁVIO LUIZ ALVES DA SILVA  
RAPHAEL AUGUSTO CONZATTI CAPAZ  
RAPHAEL FRANCO BEZERRA  
RICARDO OLIVEIRA SANTIAGO  
RODRIGO CÉSAR PIMENTA GOMES  
RODRIGO MARTINS DE PAIVA SALES  
SILVANA FURTADO SÁTIRO  
SILVIA MARIA NEGREIROS BOMFIM SILVA  
VICTOR CORREIA VIANA

**LAYOUT E DIAGRAMAÇÃO**

HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA

# SUMÁRIO

<b>Editorial</b> .....	<b>09</b>
<b>Artigo Original</b> .....	
<b>Análise da Morbidade e Mortalidade das Úlceras Pépticas Perfuradas em Atendimento Emergencial</b> .....	<b>15</b>
Ana Carolina Rodrigues De Andrade; Petronilio De Sousa Ferro Neto; Heron Kairo Sabóia Sant’Anna Lima; Antonio Victor Gouveia Azevedo Dos Santos; Douglas Marques Ferreira De Lima; Gustavo Rêgo Coelho.	
<b>Perfil Clínico Epidemiológico dos Pacientes Submetidos à Tireoidectomia em Hospital Secundário da Rede Pública do Estado do Ceará</b> .....	<b>23</b>
Dandara Maria Soares Damásio Da Silva; José Walter Feitosa Gomes; Karla Rafaelly De Vasconcelos Costa; Antonio Victor Gouveia Azevedo Dos Santos; Heron Kairo Sabóia Sant’Anna Lima; Raphael Augusto Conzatti Capaz.	
<b>Análise dos Fatores Envolvidos no Abandono do Tratamento da Tuberculose em Fortaleza entre 2016 e 2018</b> .....	<b>29</b>
Paulo Marcelo Sá Palácio Câmara; Gustavo Sá Palácio Câmara; Igor De Albuquerque Oliveira Sousa; André Portella Costa; Plínio José Da Silva Câmara.	
<b>Relato de Caso</b> .....	
<b>Utilização da Radiologia Intervencionista no Tratamento de Lesão Iatrogênica de Vias Biliares</b> .....	<b>35</b>
Afonso Nonato Goes Fernandes; Heron Kairo Sabóia Sant’Anna Lima; Matheus Jorge Pires Viana; Rafael Da Silva Cunha.	
<b>Intussuscepção Intestinal por Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B – Relato de Caso</b> .....	<b>39</b>
Afonso Nonato Goes Fernandes; Heron Kairo Sabóia Sant’Anna Lima; Adriano Marcelino Lobo Filho; Matheus Jorge Pires Viana; Rafael Da Silva Cunha; Francisco Julimar Correia De Menezes.	
<b>Hérnia de Amyand em Paciente Idoso - Relato de Caso</b> .....	<b>43</b>
Arthur Limeira Lima Leite; Hellen Cryslen Bernardo Bezerra; Yuri Quintans Araújo; Guilherme Bruno Fontes Vieira; Isabele Fontenele De Santiago Campos; Fernando Holanda Costa Junior.	
<b>Impactos da Relação Médico-Paciente no Processo do Luto: Relato de Caso</b> .....	<b>47</b>
Letícia De Miranda Straitenberger Ribeiro; Mariana Bastos Santana Da Cunha; Marina Souto Martins; Thacila Maria Rocha Carolino Passos; Sócrates Belém Gomes.	
<b>Mielite Transversa Aguda Secundária Ao Lúpus Eritematoso Sistêmico – Relato de Caso</b> .....	<b>50</b>
Gustavo Sá Palácio Câmara; Amanda Alencar Silva Benevides; Paulo Marcelo Sá Palácio Câmara; Gabriel Magalhães Saraiva; Rogério Cruz Saraiva.	
<b>Hipoplasia do Ventrículo Esquerdo e Atresia do Esôfago em Recém-Nascido - Relato de Caso</b> .....	<b>54</b>
Gabriel Magalhães Saraiva; Gustavo Sá Palácio Câmara; Paulo Marcelo Sá Palácio Câmara; Amanda Alencar Silva Benevides; Glauberto Rolim Cartaxo Bezerra Cruz; Rogério Cruz Saraiva.	



## A PÓS VERDADE E O MÉTODO CIENTÍFICO

Em 2016, o Dicionário Oxford elegeu a expressão “pós-verdade” como a palavra do ano. Define-se pós-verdade como sendo a informação transmitida sem fundamentação comprovável e desconectada de fatos objetivos. Nesse contexto de superficialidades, o julgamento de autenticidade de um relato depende apenas da afinidade de crenças e valores entre a fonte e o receptor da notícia. As redes sociais tornaram-se o terreno fértil para a divulgação de detrações. A lógica do mecanismo de propagação é que não importa identificar o detrator e não tem relevância se existem fatos verificáveis, que possam fundamentar a afirmação; se a afirmação está em sintonia com o que eu penso, logo é verdade.

Na esteira das "pseudo-verdades" disseminadas pelas mídias sociais, até mesmo dogmas da Ciência e verdades estabelecidas pela metodologia científica têm sido perigosamente contestadas. Os exemplos de insensatez se multiplicam nas comunidades virtuais. "Terraplanistas", negacionistas do aquecimento global e "ideólogos" críticos de vacinas se proliferam nas redes sociais, apregoando teorias conspiratórias delirantes com consequências imprevisíveis. O desprezo aos estudos que comprovam a eficiência das vacinas tem tido efeitos maléficos já no curto prazo. Em 2019, a Organização Mundial da Saúde enumerou a resistência a vacinas como uma das dez maiores ameaças à saúde planetária. O resultado desse disparate parece óbvio - estatísticas preliminares apontam que os surtos de sarampo aumentaram 300% no mundo quando comparado à 2018. O crescimento foi maior na África (700%) e na Europa (300%). Um relatório do Unicef, órgão da ONU para a infância, aduziu que 98% dos países reportou aumento nos casos de sarampo, doença que ressurgiu em locais que até pouco tempo atrás estavam perto de erradicá-la.

Desse modo, é inexorável concluir que o pensamento lógico-racional e a metodologia científica são a vacina contra o “vírus” da pós-verdade. Esse mal da modernidade que se dissemina arditosamente, contamina as relações sociais e estabelece premissas espúrias na divulgação das informações. A Pesquisa Científica é, portanto, a última trincheira para o combate a difusão de mensagens falsas ou imprecisas que ameaçam a transmissão do conhecimento e a busca da verdade.

Adriano Veras  
Editor Chefe



# NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Científica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Rev Cienti HMJMA, é um periódico científico semestral revisado por pares da comissão editorial, seguindo as instruções de revisão cega. O anonimato e a confidencialidade são garantidos durante todo o processo de avaliação. Os manuscritos submetidos serão redigidos em português, e destinados exclusivamente à revista, ficando os autores responsáveis pela revisão da língua portuguesa e não podendo ser apresentado simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. A Rev Cienti HMJMA não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, a quantidade de autores é limitada a **seis autores**.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. Assim, a comissão editorial da revista considera autor quem:

- a) Contribuiu substancialmente na concepção ou desenho do trabalho;
- b) Realizou a análise e interpretação dos dados;
- c) Redigiu o artigo ou realizou sua revisão crítica.

**Os manuscritos devem ser organizados segundo as indicações a seguir:**

## CATEGORIAS DE ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

**Artigo Original:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

**Artigo de Revisão:** estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a área da saúde.

**Relato de Experiência:** descrição de experiências acadêmicas ou assistenciais que aportem contribuições significativas na área da saúde.

**Relato de Caso:** descrição detalhada de caso clínico relevante, que pode ser de casos inusitados ou que sejam de grande impacto para o conhecimento da comunidade acadêmica, relatando sua evolução e os procedimentos utilizados para o seu tratamento.

**Estudo Teórico/Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse.

## FORMATAÇÃO

Arquivo no formato *Word*, papel tamanho A4. Margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm. Fonte *Times New Roman*, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato .doc ou .docx. Espaçamento 1,5 entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples; parágrafos de 1,25.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos, que devem estar em negrito. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

## ESTRUTURA

A apresentação dos trabalhos deverá seguir a seguinte ordem:

**Página do Título:** Título em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

Sinalizar o tipo de colaboração enviada (original, de revisão, relato de experiência, ensaio ou relato de caso) logo abaixo do título.

Nome completo dos autores, formação maior titulação e filiação institucional de cada autor a qual se relaciona o estudo.

Nome, endereço, telefone e e-mail do autor responsável pela submissão.

Fonte financiadora da pesquisa (Se houver) e informar se há conflitos de interesse.

Se o manuscrito for baseado em tese/dissertação, colocar asterisco no título do manuscrito e identificar o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.

## ARTIGO

A estrutura irá variar de acordo com o tipo de trabalho enviado:

**Artigo Original:** Resumo (em inglês e português), Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Referências.

**Artigo de Revisão:** Resumo (em inglês e português), Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão e Referências.

**Relato de Caso:** Resumo (em inglês e português), Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências.

**Relato de Experiência:** Resumo (em inglês e português), Introdução, Relato da Experiência, Discussão e Referências.

**Estudo teórico/ensaio:** Resumo (em inglês e português), Introdução, Corpo do Ensaio, Conclusão e Referências.

Ao final, deve constar de 3 a 6 descritores, em português e inglês, digitados em caixa alta e separados por ponto e vírgula. Devem ser empregados aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME ou na base da Biblioteca virtual em saúde (BVS), disponível em: <http://desc.bvs.br>

## CORPO DO TEXTO

O texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedidos por uma linha em branco. Não pode conter nenhuma identificação dos autores. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os utilizando uma linha em branco. As figuras e tabelas devem ser enviadas separadamente, devendo constar no texto os locais sugeridos para sua inserção. Frases ou parágrafos ditos pelos participantes da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

**Artigos Originais e de Revisão, Estudos Teóricos e Ensaio** devem ser estruturados em: **Introdução, Objetivos, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão.**

**Relatos de Casos e de Experiências** devem conter **Introdução, Relato do Caso ou da Experiência e Discussão.**

Segue descrição sucinta dos elementos do texto:

- **Introdução:** apresentar claramente o propósito do estudo, o contexto e a justificativa apoiados em referenciais pertinentes aos objetivos;
- **Objetivos:** apresentam a intenção de esclarecer aquilo que o pesquisador pretende desenvolver, desde os caminhos teóricos até os resultados a serem alcançados. São explicitados no final da introdução;
- **Metodologia:** descrição resumida dos métodos, técnicas e materiais empregados na pesquisa;
- **Relato de Caso ou de Experiência:** deve ser conciso, com o menor número possível de abreviaturas, sendo claro e objetivo ao descrever o evento ao qual se pretende apresentar;
- **Resultados:** descrição dos dados obtidos na investigação, com uma sequência lógica, sendo necessário para sustentar as conclusões da pesquisa;
- **Discussão:** limita-se à importância de novas informações, relacionando com os conhecimentos já existentes;
- **Conclusões:** devem ser apresentadas de forma clara e concisa.
- **Agradecimentos**  
Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse. Essa seção é opcional.

## REFERÊNCIAS

As citações devem ser realizadas no corpo do texto, utilizando números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. As referências que forem intercaladas deverão ser separadas por vírgula, enquanto as referências contínuas deverão ser separadas por “-”.

## ENVIO DO MANUSCRITO

O material a ser submetido à avaliação para publicação deverá ser encaminhado para um Comitê de Ética em Pesquisa, dentro dos padrões éticos e aprovada por este comitê de Ética, quando envolver seres humanos. Encaminhar junto com o manuscrito, a aprovação do comitê e a Declaração de Responsabilidade e Cessão dos direitos autorais assinado por todos os autores.

## CESSÃO DOS DIREITOS

Declaro que li e concordo com as orientações contidas nas normas para o preparo e publicação e publicação na Rev Cienti HMJMA.

Segui os critérios de autoria adotados pela revista e participei substancialmente na elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade por seu conteúdo.

Declaro ainda que todos os procedimentos éticos foram observados, que o trabalho é inédito e enviado com exclusividade à Revista.

Concordo que, caso o manuscrito seja aceito, os direitos autorais referentes a ele se tornarão propriedade exclusiva da revista.

**Título da Revista:**

**Data:**

**Autores (nome completo, contribuição e assinatura):**



# ANÁLISE DA MORBIDADE E MORTALIDADE DAS ÚLCERAS PÉPTICAS PERFURADAS EM ATENDIMENTO EMERGENCIAL

ANA CAROLINA RODRIGUES DE ANDRADE<sup>1</sup>; PETRONILIO DE SOUSA FERRO NETO<sup>1</sup>; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA<sup>2\*</sup>; ANTONIO VICTOR GOUVEIA AZEVEDO DOS SANTOS<sup>2</sup>; DOUGLAS MARQUES FERREIRA DE LIMA<sup>2</sup>; GUSTAVO RÊGO COELHO<sup>3</sup>.

1 – Médico (a) Cirurgião (ã) Geral do Hospital Geral de Fortaleza.

2 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza.

3 – Médico Preceptor de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza.

Artigo submetido em: 15/06/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

A Doença Ulcerosa Péptica consiste em afecção relativamente comum e causadora de injúria da mucosa gástrica e/ou duodenal, a qual pode comprometer as camadas mais profundas dos órgãos. Tal condição apresenta importantes complicações, entre as quais podemos mencionar os sangramentos, perfuração e obstrução. São condições que agregam ao paciente um risco de vida considerável, com altas taxas de morbidade e mortalidade. Este estudo tem como objetivo ampliar o conhecimento médico sobre essa doença, bem como analisar a correlação entre mortalidade, localização, presença de neoplasia e tratamento proposto.

**Palavras-chave:** Úlcera Péptica; Mortalidade; Epidemiologia.

## ABSTRACT

Peptic Ulcer Disease is a relatively common condition that causes injury to the gastric and/or duodenal mucosa, which can compromise the deeper layers of the organs. This condition presents important complications, among which we can mention bleeding, perforation and obstruction. These are conditions that add to the patient a considerable risk of life, with high rates of morbidity and mortality. This study aims to expand medical knowledge about this disease, as well as to analyze the correlation between mortality, location, presence of neoplasia and proposed treatment.

**Keywords:** Peptic Ulcer; Mortality; Epidemiology.

## Introdução

A Doença Ulcerosa Péptica (DUP) consiste em uma condição relativamente comum na população adulta e é causadora de lesão na mucosa gástrica e/ou duodenal, a qual pode comprometer as camadas mais profundas dos órgãos e, se não devidamente tratada, proporcionar complicações com elevada morbidade e mortalidade<sup>(1,2)</sup>.

Atualmente, esta condição representa um problema de saúde global que afeta de 5 a 10% da população mundial, ocasionando em onerosos gastos para os sistemas de saúde. Sua prevalência está muito relacionada à persistente epidemia da infecção pelo *Helicobacter pylori* e a presença dos

múltiplos fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e algumas medicações, por exemplo)<sup>(3)</sup>.

A doença ulcerosa péptica pode acometer a topografia duodenal e/ou gástrica. Em média, 90% das úlceras duodenais e 75% das úlceras gástricas estão associadas à infecção pelo *H. pylori* e sua erradicação tem se mostrado eficaz como parte do tratamento. Ademais, as úlceras gástricas representam um desafio diagnóstico, em virtude da dificuldade para realizar a diferenciação entre carcinoma gástrico e as úlceras benignas<sup>(4,5)</sup>.

Tal condição apresenta importantes complicações, entre as quais podemos destacar os sangramentos, perfurações e obstruções. Essas

condições proporcionam ao paciente um risco de vida considerável, com altas taxas de morbidade e mortalidade <sup>(2,6)</sup>. Nas últimas décadas, diversos progressos foram realizados no manejo dessas condições, tais como: a melhoria das técnicas endoscópicas e cirúrgicas, inclusão dos inibidores da bomba de próton no arsenal terapêutico disponível e erradicação do *H. pylori* <sup>(4,7)</sup>. Apesar de o tratamento clínico apresentar ótimos resultados terapêuticos, vale destacar que até 10% dos pacientes ainda necessitam de cirurgias para tratamento adequado dessa patologia <sup>(8,9)</sup>.

A causa mais comum de morte de pacientes com doença ulcerosa péptica é a hemorragia, principalmente naqueles com importantes comorbidades e com idade elevada, geralmente apresentando, como principal sintoma a dor epigástrica localizada <sup>(10)</sup>. No que lhe concerne, a perfuração de úlcera péptica também é uma condição emergencial, pois se transforma em um abdome agudo, condição com grande potencial ameaçador à vida <sup>(11)</sup>.

Um bom prognóstico e evolução favorável das condições de emergência depende diretamente da tomada de decisões da equipe hospitalar. Essas medidas iniciais permitem o estabelecimento de metas, com o intuito de avaliar a possibilidade de uma conduta expectante inicial ou conduta cirúrgica precoce <sup>(9,12)</sup>.

Diante disso, a equipe assistencial deve considerar a DUP como um diagnóstico possível nas queixas de dor epigástrica e, portanto, realizar a investigação e instituir o tratamento clínico precoce adequado <sup>(13)</sup>, como forma de evitar as possíveis complicações associadas a essa condição. Em relação às situações de emergência, é necessário um manejo objetivo e eficaz das complicações, buscando sempre realizar a decisão terapêutica correta e, conseqüentemente, proporcionar o melhor resultado possível a curto e longo prazo <sup>(14,15)</sup>.

A realização desta pesquisa é de fundamental importância devido à elevada morbidade e mortalidade associada às complicações da doença ulcerosa péptica. Este estudo tem como objetivo analisar a correlação entre mortalidade, localização, presença de neoplasia e tratamento proposto.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de natureza quantitativa. Foram incluídos os pacientes admitidos no setor de Emergência do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) com quadro clínico de perfuração gastroduodenal no período de julho 2013 até julho de 2018. A população estudada foi composta por pacientes admitidos no setor de Emergência do HGF, com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, que apresentavam quadro clínico comprovado por métodos de imagem e/ou endoscópico de úlcera gastroduodenal perfurada. Foram excluídos os pacientes menores de 18 (dezoito) anos e/ou que apresentavam dados incompletos no prontuário.

Buscou-se observar em termos quantitativos o número de pacientes com essa complicação clínica, bem como definir perfil epidemiológico e sua correlação com os casos de óbitos.

Os dados foram coletados por meio de fonte secundária, a partir de registros complementares nos prontuários. Para melhor organização foi utilizado um *checklist*, no qual foram anotados os dados, tais como data da admissão, sexo, idade, procedência, uso de medicação prévia, comorbidades, associação ou não com neoplasia e o desfecho do paciente. Vale destacar, que determinadas informações não estavam descritas adequadamente no prontuário, dificultando o processo de coleta dos dados.

Os dados do estudo foram correlacionados com as informações encontradas na literatura científica, que incluirá artigos originais, relatos de casos e revisões sistemáticas. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: *National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed), Portal de periódicos da Capes e *Sci-Elo*. Além dessas, foi utilizado também pesquisa direta em sites de revistas de alto impacto nas especialidades de cirurgia geral.

Para a organização e análise dos dados coletados, utilizou-se o *Software Excel*, SPSS e o Epiinfo. Foi realizada análise estatística descritiva simples e teste exato de *fisher* para validação do valor de p.

A pesquisa iniciou após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza/SUS, podendo ser identificado pelo número: 3.730.792. Foi assegurada a confidencialidade e a privacidade das informações

contidas nos prontuários, como forma da não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, conforme recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Foram analisados, retrospectivamente, os dados de 70 pacientes com o diagnóstico de úlcera gastroduodenal, internados em um hospital terciário no período de julho 2013 até julho de 2018.

A tabela 1 descreve o perfil dos pacientes admitidos na emergência cirúrgica com diagnóstico de úlcera péptica perfurada. Na amostra podemos observar que dos 70 pacientes com esse diagnóstico, 53 (75,7%) eram do sexo masculino e 17 (24,3%) do sexo feminino. Em relação à faixa etária, observa-se uma maior incidência dessa entidade clínica entre 41 a 65 anos, representando 47,1% da amostra, seguido de pacientes com idade superior a 65 anos (39,6%) e menores de 41 anos (14,3%).

Foi possível observar que as maiorias dos pacientes eram procedentes da região metropolitana de Fortaleza – Ceará – Brasil, representando 61,4% da amostra, enquanto os 38,6% restantes eram procedentes do interior do estado.

Pode-se notar que as causas não neoplásicas estiveram comumente associadas à perfuração gastroduodenal, representando 92,9% de nossa amostra. Entretanto, a neoplasia representou apenas 7,3% do fator causal primário para perfuração, proporcionando uma pequena quantidade para comparação estatística.

Acerca do desfecho, 21 (30%) pacientes apresentaram evolução adversa para óbito, enquanto que 49 (70%) evoluíram favoravelmente, recebendo alta hospitalar para posterior acompanhamento ambulatorial.

Quanto à localização das úlceras, podemos observar que 26 (37,1%) estavam localizadas em topografia de duodeno, seguidas de antro gástrico (32,8%) corpo (21,5%) e, por fim, fundo gástrico (8,6%).

O principal procedimento cirúrgico para o tratamento das perfurações das úlceras pépticas

em nosso estudo foi a ulcerorrafia, representando 95,7% da amostra.

**Tabela 1** - Perfil dos pacientes com diagnóstico de úlcera gastroduodenal perfurada. (N = 70).

Gênero	
Masculino	53 (75,5%)
Feminino	17 (24,3%)
Faixa Etária	
Até 40 anos	10 (14,3%)
Entre 41 e 65 anos	33 (47,1%)
Acima de 65 anos	27 (38,6%)
Procedência	
Região Metropolitana de Fortaleza	43 (61,4%)
Interior do Estado do Ceará	27 (38,6%)
Óbito	
Sim	21 (30%)
Não	49 (70%)
Técnica Cirúrgica Utilizada	
Ulcerorrafia	67 (95,7%)
Gastrectomia	3 (4,3%)
Localização da Úlcera	
Antro	23 (32,8%)
Corpo	15 (21,5%)
Fundo	6 (8,6%)
Duodeno	26 (37,1%)
Incidência de Neoplasia	
Neoplásico	5 (7,1%)
Não Neoplásico	65 (92,9%)

**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores.

Observa-se correlação estatística entre idade dos pacientes e óbitos, como descritos na tabela 2. Nesse contexto, 11 óbitos (52,38%) ocorreram em pacientes acima dos 66 anos, enquanto 10 (47,62%) ocorreram em pacientes entre 41 e 65 anos. Não houve óbitos em pacientes abaixo dos 40 anos.

Quando correlacionado a localização das lesões e óbitos, observou-se que as lesões em duodeno (37,14%), local mais acometido, foram também as que mais cursaram com evolução para óbito (38,10%). Em seguida as lesões localizadas em antro (32,86%) e corpo gástrico (21,43) evoluí-

ram ambas com seis óbitos cada. Não houve significância estatística entre essas duas variáveis.

**Tabela 2** - Relação entre óbitos por úlceras pépticas perfuradas e determinadas variáveis. (N = 70).

Correlação entre óbito e gênero					
	Masculino (53)	Feminino (17)	P		
Óbito (21)	14 (66,67%)	7 (33,33%)	0,19		
Não óbito (49)	39 (79,59%)	10 (20,41%)			
Correlação entre óbito e procedência					
	Interior (27)	Capital (43)	P		
Óbito (21)	12 (57,14%)	9 (42,86%)	0,03		
Não óbito (49)	15 (30,61%)	34 (69,39%)			
Correlação entre óbito e idade					
	< 40 anos (10)	41 até 65 anos (33)	> 65 anos (27)	P	
Óbito (21)	0	10 (47,62%)	11 (52,38%)	0,04	
Não óbito (49)	10 (20,4%)	23 (46,94%)	16 (32,65%)		
Correlação entre óbito e localização da úlcera					
	Antro (23)	Corpo (15)	Duodeno (26)	Fundo (6)	P
Óbito (21)	6 (28,5%)	6 (28,5%)	8 (38,1%)	1 (4,7%)	0,76
Não óbito (49)	17 (34,6%)	9 (18,3%)	18 (36,7%)	5 (10,2%)	
Correlação entre óbito e presença de neoplasia					
	Neoplásico (5)	Não neoplásico (65)	P		
Óbito (21)	2 (9,52%)	19 (90,48%)	0,47		
Não óbito (49)	3 (6,12%)	46 (93,88%)			

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Acerca da relação entre evolução para óbitos e etiologia neoplásica não foi observada correlação estatística. Das neoplasias gástricas apenas dois pacientes (9,52%) evoluíram com óbito, e dos pacientes em que não apresentavam neoplasia 19 (90,48%) evoluíram com óbito.

Quando correlacionamos procedência e óbitos por úlcera péptica perfurada, notamos significância estatística, uma vez que dos 27 pacientes procedentes do interior, 12 evoluíram com óbito, o que representa 57,14% do total de óbitos (p = 0,03). Por sua vez não houve associação estatística entre gênero e casos de óbitos no presente estudo.

## Discussão

Originalmente acreditava-se que a doença ulcerosa péptica ocorria exclusivamente devido a um desequilíbrio entre fatores protetores e agressores da mucosa gastrointestinal<sup>(16)</sup>. Esse desequilíbrio fomenta a quebra da integridade da mucosa gástrica e/ou duodenal, podendo gerar agressões até as camadas mais profundas dos órgãos<sup>(17)</sup>. Apesar disso, atualmente o papel da infecção pelo *H. pylori* na patogênese das úlceras tem sido alvo de diversos estudos<sup>(5,11)</sup>.

Nas últimas décadas tem se observado uma diminuição da incidência de doença ulcerosa péptica e de suas complicações. No entanto, quando não são diagnosticadas e tratadas precocemente, agregam risco de vida considerável ao paciente, apresentando altas taxas de morbidade e mortalidade<sup>(18-21)</sup>. Contudo, a melhoria das técnicas cirúrgicas e endoscópicas, bem como o rastreamento de indivíduos ainda em sua fase oligossintomática, corroboram para o diagnóstico ainda em condições menos complicadas da doença<sup>(7,9)</sup>.

As estimativas de prevalência de óbitos por doença ulcerosa péptica no presente estudo foram altas, quando comparado as observadas na literatura, incluindo dados do Reino Unido (11,7%)<sup>(22)</sup>, Finlândia (11,8%)<sup>(23)</sup> e de Coreia (0,8%)<sup>(24)</sup>.

Diversos fatores podem explicar esse aumento das taxas de mortalidade, sendo eles relacionados ao paciente e sua condição clínica, à técnica cirúrgica utilizada e à demora do paciente na busca de auxílio médico, provocando um atraso na conduta terapêutica adequada. Outro fator importante é a extensão da lesão gastroduodenal, uma vez que o risco de evolução adversa é diretamente proporcional ao seu tamanho. A presença de comorbidades também proporciona risco adicional aos pacientes, uma vez que eles ficam

sujeitos a processos infecciosos, neoplasias, desnutrição e outras condições<sup>(8,20,23,26)</sup>.

Um estudo retrospectivo<sup>(17)</sup> que selecionou randomicamente 76 pacientes tratados cirurgicamente por complicações de úlcera gastroduodenal observou uma maior incidência dessas condições em homens, com uma relação de 5:1. Foi observado ainda maior incidência na população com idade superior a 61 anos (41,8%), seguido de pessoas na faixa etária entre 41-60 anos de idade (40,3%) e abaixo de 40 anos (17,9%). Além disso, a topografia duodenal estava acometida em 68,7% dos casos. Nesse estudo, os resultados descritos mostraram-se estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

Na literatura é possível encontrar estudos<sup>(25-28)</sup> que apontam para correlação estatística entre elevada idade e o aumento de mortalidade por perfuração de doença ulcerosa péptica. Nesse contexto, uma maior mortalidade em idades maiores do que 40 anos pode - em parte - ser explicada pela maior prevalência de comorbidades, fato que proporciona o agravamento de fragilidade. Essa fragilidade dificulta a resistência a fatores agressores, pois a fisiologia humana é desafiada com a idade<sup>(29)</sup>.

No presente estudo não se observa correlação estatística entre mortalidade e gênero, estando este resultado em concordância com outros estudos descritos na literatura<sup>(30)</sup>. No entanto, um extenso estudo epidemiológico retrospectivo realizado com 8146 adultos finlandeses hospitalizados<sup>(23)</sup> mostrou correlação estatística entre sexo feminino e uma maior chance de evolução adversa em perfurações de úlcera péptica. Vale destacar que os diferentes resultados na análise dessas variáveis podem simplesmente refletir diferenças na metodologia entre os estudos.

O câncer gástrico é a segunda causa mais comum de mortes relacionadas à malignidade no mundo, sendo coexistente com diagnóstico de úlcera gástrica em até 2% dos pacientes<sup>(31-33)</sup>. No entanto, vários estudos mostraram que, embora úlcera gástrica esteja relacionada a um aumento do risco de malignidade, a úlcera duodenal não. Recentemente, esse fenômeno paradoxal foi descrito em vários estudos<sup>(34-36)</sup>.

Perfuração secundária a malignidade é uma rara complicação, a qual agrega importante morbidade e mortalidade aos pacientes. Dessa

forma, a neoplasia deve ser considerada com uma etiologia provável, principalmente se os pacientes possuírem uma idade avançada (maior que 60 anos)<sup>(33)</sup>. Um estudo retrospectivo com 376 pacientes com malignidade gástrica observou uma incidência de perfurações em 2,92% da amostra (11 casos), sendo que todos estes casos ocorreram em pacientes com doença avançada (estágios III e IV)<sup>(32)</sup>. Por sua vez, outro estudo identificou que câncer gástrico esteve presente em 0,27% da amostra (27 casos) de todos os pacientes que se apresentaram com diagnóstico de perfuração gastroduodenal<sup>(37)</sup>.

Foi possível observar que mais da metade da amostra estudada é procedente da capital do estado. Tal fato pode ser explicado pelo estilo de vida urbana proporcionar um aumento do estresse, fator que pode estar associado à ocorrência de perfuração<sup>(38,39)</sup>. Ademais, observamos significância estatística entre um aumento da mortalidade e a procedência dos pacientes, uma vez que 12 pacientes provenientes do interior evoluíram com óbito, o que representa 57,14% do total de óbitos. Tal fato pode ser explicado pelo distanciamento entre a região de origem do paciente e o centro de referência para tratamento dessas afecções, gerando assim um atraso no diagnóstico e agregando maiores chances de evolução adversa.

Por fim, cabe ressaltar que diversos estudos apontaram que um atraso na procura do atendimento médico especializado esteve associado a maiores chances de evolução adversa<sup>(8,40)</sup>. Essa informação encontra-se em concordância com nosso estudo, onde a maior parte dos pacientes que foram a óbito era procedente de regiões distantes do centro de referência.

No presente estudo foi possível observar uma importante correlação com os dados descritos na literatura. Além de podermos notar que as perfurações de úlceras gastroduodenais se configuram como uma realidade ainda presente, podendo agregar altas taxas de mortalidade aos pacientes.

A correlação entre mortalidade e algumas variáveis puderam ser observadas neste estudo. Tal fato pode refletir uma maior prevalência de comorbidades entre os pacientes, fomentando o agravamento de fragilidades e aumentando o risco de evolução adversa.

Ademais, um diagnóstico precoce e conduta terapêutica adequada são de vital importância para uma evolução favorável. O fato de a maioria dos óbitos ocorrerem em pacientes provenientes de regiões afastadas do centro de referência deve servir de importante parâmetro para os profissionais de saúde, a fim de que sejam elaboradas medidas que busquem diminuir o atraso no diagnóstico, sobretudo de doenças que agregam importante morbidade e mortalidade aos enfermos. No entanto, novos estudos com o objetivo de melhor esclarecer essa correlação são necessários no futuro.

Nesse contexto, esforços devem ser maximizados com o intuito de compreender os diversos fatores de risco correlacionados as complicações de doença ulcerosa péptica e, dessa maneira, orientar a equipe de saúde acerca do manejo clínico adequado desses pacientes. Uma gestão adequada na vigência de intercorrências clínicas, como em casos de perfurações gastroduodenais, é fundamental a fim de se garantir um prognóstico favorável a curto e longo prazo.

## Referências

1. Hsia NY, Tsai YY, Lin CL, Chiang CC. Increased risk of peptic ulcer in patients with early-onset cataracts: A nationwide population based study. *PLoS ONE*. 2018; 13(11): 1–8, 2018.
2. Sierra D, Wood M, Kolli S, Felipez LM. Pediatric Gastritis, Gastropathy, and Peptic Ulcer Disease. *Pediatrics in Review*. 2018; 39(1): 542-549.
3. Tonolini M, Ierardi AM, Bracchi E, Magistrelli P, Vella A, Carrafiello G. Non-perforated peptic ulcer disease: multidetector CT findings, complications, and differential diagnosis. *Insights Imaging*. 2017. 8(5): 455–469.
4. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingen J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet (London, England)*. 2015; 386(10000): 1288–1298.
5. Sostres C, Carrera-Lasfuentes P, Benito R, Roncales P, Arruebo M, Arroyo MT, et al. Peptic ulcer bleeding risk. The role of *Helicobacter pylori* infection in NSAID/low-dose aspirin users. *American Journal of Gastroenterology*. 2015; 110(5): 684-689.
6. Søreide K, Thorsen K, Søreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. *BJS*. 2014; 101: 51–64.
7. Tan S, Wu G, Zhuang Q, Xi Q, Meng Q, Jiang Y, et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: a meta analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*. 2016; 33: 124-132.
8. Taş İ, Ülger BV, Önder A, Kapan M, Bozdağ Z. Risk factors influencing morbidity and mortality in perforated peptic ulcer disease. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi*. 2015; 31(1): 20.
9. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. *World J Gastro-intest Surg*. 2017; 9 (1):1–12.
10. Gururatsakul M, Holloway RH, Talley NJ, Holtmann GJ. Association between clinical manifestations of complicated and uncomplicated peptic ulcer and visceral sensory dysfunction. *JGH*. 2010; 25: 1162–1169.
11. Bertleff MJOE, Lange F. Perforated Peptic Ulcer Disease: A Review of History and Treatment. *Dig Surg*. 2010; 27: 161–169.
12. Su YH, Yeh CC, Lee CY, Lin MW, Kuan CH, Lai IR, et al. Acute surgical treatment of perforated peptic ulcer in the elderly patients. *Hepato-gastroenterology*. 2010; 57(104): 1608-1613.
13. Sonnenberg A. Time trends of ulcer mortality in Europe. *Gastroenterology*. 2007; 132(7): 2320-2327.
14. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä N, Koskenpato J, Färkkilä MA. Incidence and complications of peptic ulcer disease requiring hospitalisation have markedly decreased in Finland. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2014; 39 (5): 496–506.
15. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä MA. Outcomes of patients hospitalized with peptic ulcer disease diagnosed in acute upper endoscopy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2007; 29(11): 1–7.

16. Barkun A, Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. *Am J Med.* 2010; 123, (11): 358–366.
17. Begovic G, Selmani R. Etiological factors in urgent gastroduodenal ulcer. *Prilozi.* 2015; 36(2): 203–210.
18. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *The Lancet.* 2017; 390 (10094): 613–624.
19. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic Ulcer Disease. *Am Fam Physician.* 2007; 76 (7): 1005–12.
20. Yamamoto K, Takahashi O, Arioka H, Kobayashi D. Evaluation of risk factors for perforated peptic ulcer. *BMC gastroenterology.* 2018; 18 (28):1–8.
21. Wang YR, Richter JE, Dempsey DT. Trends and Outcomes of Hospitalizations for Peptic Ulcer Disease in the United States, 1993 to 2006. *Annals of Surgery.* 2010; 251 (1): 51–58.
22. Byrne BE, Bassett M, Rogers CA, Anderson ID, Beckingham I, Blazeby JM. Short-term outcomes after emergency surgery for complicated peptic ulcer disease from the UK National Emergency Laparotomy Audit: a cohort study. *BMJ Open.* 2018 Aug 20; 8(8): e023721.
23. Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä MA. Increased short- and long-term mortality in 8146 hospitalised peptic ulcer patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016; 44(3): 234–45.
24. Yang YJ, Bang CS, Shin SP, Park TY, Suk KT, Baik GH, et al. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. *World Journal of Gastroenterology.* 2017; 23(14): 2566.
25. Cappell MS. A study of the syndrome of simultaneous acute upper gastrointestinal bleeding and myocardial infarction in 36 patients. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90(9): 1444–1449.
26. LAU JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion.* 2011; 84 (2): 102–13.
27. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. Long-Term Mortality in Patients Operated for Perforated Peptic Ulcer: Factors Limiting Longevity are Dominated by Older Age, Comorbidity Burden and Severe Postoperative Complications. *World Journal of Surgery.* 2016; 41 (2): 410–418.
28. Byrne BE, Bassett M, Rogers CA, Anderson ID, Beckingham I, Blazeby JM. Short-term outcomes after emergency surgery for complicated peptic ulcer disease from the UK National Emergency Laparotomy Audit: a cohort study. *BMJ open.* 2018; 8(8): e023721.
29. Joseph B, Zangbar B, Pandit V, Fain M, Mohler MJ, Kulvatunyou N, et al. Emergency general surgery in the elderly: too old or too frail?. *Journal of the American College of Surgeons.* 2016; 222(5): 805–813.
30. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. Scoring systems for outcome prediction in patients with perforated peptic ulcer. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.* 2016; 21 (25): 1–10.
31. El Asmar A, Khattar F, Alam M, El Rassi Z. Spontaneous perforation of primary gastric B-cell lymphoma of MALT: a case report and literature review. *Clinical case reports.* 2016; 4(11): 1049.
32. Ignjatovic N, Stojanov D, Djordjevic M, Ignjatovic J, Benedeto Stojanov D, Milojkovic B. Perforation of gastric cancer - what should the surgeon do? *Bosnian Journal Of Basic Medical Sciences.* 2016; 16 (3): 222–226.
33. Ergul E, Gozetlik EO. Emergency spontaneous gastric perforations: ulcer versus cancer. *Langenbecks Arch Surg.* 2009; 394: 643–646.
34. Hansson LE, Nyrén O, Hsing AW, Bergström R, Josefsson S, Chow WH. et al. The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer disease. *N Engl J Med.* 1996; 335(4): 242–249.
35. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido M. et al. *Helicobacter pylori* infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med.* 2001; 345(11): 784–789.

36. Take S, Mizuno M, Ishiki K, Nagahara Y, Yoshida T, Yokota K. et al. The effect of eradicating helicobacter pylori on the development of gastric cancer in patients with peptic ulcer disease. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100(5): 1037-1042.
37. Wang SY, Hsu CH, Liao CH, Fu CY, Ouyang CH, Cheng CT. et al. Surgical outcome evaluation of perforated gastric cancer: from the aspects of both acute care surgery and surgical oncology. *Scand J Gastroenterol*. 2017; 52(12): 1371-1376.
38. Kanno T, Iijima K, Abe Y, Koike T, Shimada N, Hoshi T, et al. Peptic ulcers after the Great East Japan earthquake and tsunami: possible existence of psychosocial stress ulcers in humans. *Journal of gastroenterology*. 2013; 48(4): 483-490.
39. Levenstein S. The very model of a modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer. *Psychosomatic Medicine*. 2000; 62(2): 176-185.
40. Kamani F, Mogimi M, Marashi SA, Peyrovi H, Sheikhvatan M. Perforated peptic ulcer disease: mid-term outcome among Iranian population. *Turk J Gas-troenterol*. 2010; 21(2): 125-128.

**\* Autor correspondente:**

HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA

R. Des. Floriano Benevides Magalhães, 221 - Edson Queiroz, Fortaleza - CE, 60811-905

Email: heronsaboia@gmail.com

# PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TIREOIDECTOMIA EM HOSPITAL SECUNDÁRIO DA REDE PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ

DANDARA MARIA SOARES DAMÁSIO DA SILVA<sup>1</sup>; JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES<sup>2</sup>; KARLA RAFAELLY DE VASCONCELOS COSTA<sup>3</sup>; ANTONIO VICTOR GOUVEIA AZEVEDO DOS SANTOS<sup>3</sup>; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA<sup>3\*</sup>; RAPHAEL AUGUSTO CONZATTI CAPAZ<sup>2</sup>.

1 - Médica residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 - Médico preceptor de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

3 - Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza.

Artigo submetido em: 15/06/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

A tireoide é uma das principais glândulas do corpo humano, produtora de hormônios capazes de regular o metabolismo celular e agir na absorção de cálcio podendo ser acometida por diversas doenças. Entre estas, destaca-se a lesão nodular no parênquima da glândula representando uma grande parcela dos casos tratados cirurgicamente. O presente estudo tem como objetivo principal avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos às tireoidectomias realizadas em Hospital Secundário em Fortaleza (CE) e relacionar detalhes das patologias de cada paciente com o tratamento escolhido e suas complicações. Assim, apresentam dados através de desenho retrospectivo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa dos pacientes submetidos à tireoidectomia que foram realizadas no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar no período de março de 2018 a agosto de 2019. O levantamento foi de 75 (setenta e cinco) pacientes. Com relação à análise de frequências isoladas foram encontrados os seguintes dados: a idade mostra 45,9% dos pacientes na faixa de 31 a 50 anos e o sexo feminino representa mais de 97,3 % dos pacientes, corroborando o que se observa na literatura. A incidência da classificação de Bethesda para os pacientes mostrou-se na maioria dos pacientes com achados benignos (Bethesda II), sendo a porcentagem de 40.5%. Assim conclui-se a importância desse estudo no que diz respeito a apresentar o perfil dos pacientes submetidos à tireoidectomia assim como os resultados dessa cirurgia quando realizada em hospital secundário.

**Palavras-chave:** Tireoidectomia; Perfil de Saúde; Doenças da Glândula Tireoide; Epidemiologia.

## ABSTRACT

The thyroid is one of the main glands in the human body, producing hormones capable of regulating cellular metabolism and acting on calcium absorption and can be affected by several diseases. Among these, the nodular lesion in the parenchyma of the gland stands out, representing a large portion of the cases treated surgically. This study aims to evaluate the epidemiological profile of patients undergoing thyroidectomies performed at a Secondary Hospital at Fortaleza (CE) and to relate details of the pathologies of each patient with the chosen treatment and its complications. Thus, it presents data through a retrospective descriptive design with a quantitative and qualitative approach of patients undergoing thyroidectomy being performed at the José Martiniano de Alencar Hospital and Maternity from March 2018 to August 2019. The survey was 75 (seventy-five) patients. Regarding the analysis of isolated frequencies, the following data were found: age shows 45.9% of patients aged between 31 and 50 years old and females represent more than 97.3% of patients, corroborating what is observed in literature. The incidence of the Bethesda classification for patients was shown in the majority of patients with benign findings (Bethesda II), with a percentage of 40.5%. This concludes the importance of this study with regard to presenting the profile of patients undergoing thyroidectomy as well as the results of this surgery when performed in a secondary hospital.

**Keywords:** Thyroidectomy; Health Profile; Thyroid Diseases; Epidemiology.

## Introdução

A tireoide é uma das principais glândulas do corpo humano, produtora de hormônios capazes de regular o metabolismo celular e agir na absorção de cálcio. Diversas doenças podem acometer essa glândula, podendo ser classificadas entre alterações funcionais, morfológicas e autoimunes<sup>(1)</sup>. Vários fatores são capazes de levar a um desequilíbrio hormonal na glândula, no entanto, a remoção cirúrgica da tireoide somente é indicada em casos de hipertireoidismo grave, suspeita de malignidade, desvio e compressão de estruturas adjacentes e até por caráter estético<sup>(1-4)</sup>.

As patologias que acometem a tireoide são consideradas comuns, atingindo cerca de 10% da população geral, com um predomínio de acometimento do gênero feminino em relação ao masculino em uma proporção de 4:1. Devido à frequência de acometimento dessa glândula a tireoidectomia é uma das cirurgias mais realizadas no mundo, sendo também considerada uma das mais seguras, podendo, no entanto, apresentar algumas complicações, como paralisia do nervo laríngeo recorrente, de forma transitória ou permanente e hipocalcemia devido hipoparatiroidismo<sup>(4-6)</sup>.

Entre as principais doenças da tireoide, destaca-se a lesão nodular no parênquima da glândula, representando uma grande parcela dos casos tratados cirurgicamente. Outro grupo que se destaca é o das doenças inflamatórias, como doença de Hashimoto ou tireoidite linfocítica crônica, que é a causa mais comum de hipotireoidismo com bócio em adultos entre 30 e 50 anos. Já o câncer da glândula tireoide é considerado pouco frequente sendo o quinto câncer mais comum de acometimento nas mulheres segundo o INCA.<sup>(7,8)</sup>

O diagnóstico e abordagem adequados possibilitam uma terapia efetiva aos pacientes. O surgimento da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) foi um importante marco para a decisão terapêutica, pois representa um exame com alta sensibilidade e especificidade, sobretudo no câncer de tireoide<sup>(9,10)</sup>.

Apesar de a cirurgia apresentar possíveis complicações, é válido ressaltar que essa probabilidade é diretamente proporcional à sua duração

e inversamente proporcional à experiência do cirurgião. No âmbito atual, o número de complicações está em constante decréscimo<sup>(1)</sup>.

A necessidade de avaliar o perfil epidemiológico de uma amostra de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para doenças da glândula tireoide em hospital secundário determinou o interesse para a realização deste estudo para melhor caracterizar as patologias e seus tratamentos. O estudo torna-se relevante também para avaliar a qualidade de um novo serviço de cirurgia de cabeça e pescoço assim como a viabilidade deste em hospital secundário.

## Metodologia

O presente estudo tem o desenho retrospectivo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa (revisão de prontuários) dos pacientes submetidos à tireoidectomia (Total, Parcial, com ou sem esvaziamento cervical). O estudo foi realizado no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA), localizado no Bairro Farias Brito na cidade de Fortaleza – Ceará, Brasil. O período apurado compreende de março de 2018 a agosto de 2019. A amostra consiste em pacientes submetidos aos procedimentos acima destacados no local do estudo. A pesquisa apresenta como critério de inclusão os pacientes submetidos à tireoidectomia eletiva no HMJMA no período mencionado, oriundos do ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço.

Pesquisado os nomes dos procedimentos: TIREOIDECTOMIA PARCIAL e TIREOIDECTOMIA TOTAL. Os critérios de exclusão foram os pacientes previamente internados por outro motivo ou pacientes com infecção de qualquer sítio nos últimos seis meses. Foram utilizadas variáveis categóricas qualitativas de formulário pré-constituído, sendo analisadas as seguintes categorias: idade, sexo, diagnóstico, classificação de Bethesda, procedimento cirúrgico, realização de esvaziamento cervical e complicações (considerado seroma, infecção de ferida operatória, hematoma, hipocalcemia, disfagia, disфонia e má cicatrização).

As variáveis foram analisadas através de programa Google Forms e as taxas de prevalência foram analisadas e comparadas, outros estudos semelhantes de serviços de referência. Foi respei-

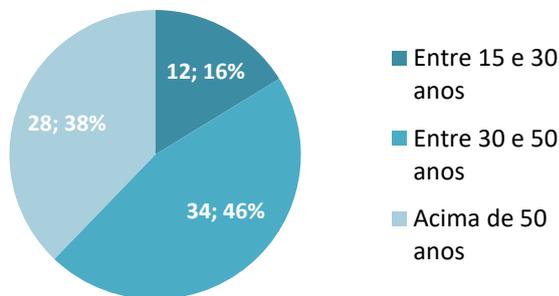
tado o sigilo do prontuário segundo documentos anexos ao presente documento seguindo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi aprovado por comitê de ética possuindo CAAE 29156520400005037.

## Resultados

Após levantamento da lista de pacientes submetidos a esses procedimentos entre os anos de 2018 e 2019, chegou-se a 75 (setenta e cinco) pacientes. Um paciente foi excluído do estudo por se tratar de uma exérese de cisto tireoglossos estando o nome do procedimento erradamente registrado no prontuário eletrônico. Assim concluiu-se com 74 pacientes no total.

Com relação à análise de frequências isoladas, foi encontrado o resultado do Gráfico 1, que mostra os seguintes dados: 34 (45,9%) dos pacientes na faixa de 31 a 50 anos, seguida por pacientes acima de 50 anos, com 28 (37,8%).

**Gráfico 1** - Taxa isolada do parâmetro de idade avaliada na revisão de prontuários de paciente submetidos à tireoidectomia no HMJMA. (N = 74).



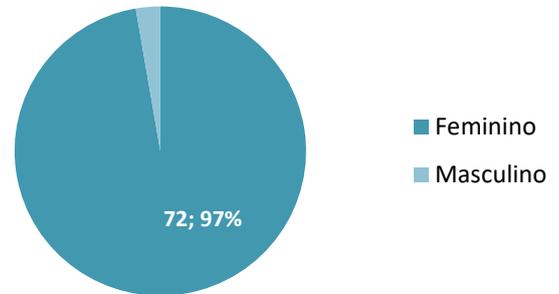
**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores.

O estudo encontrou que a taxa de sexo feminino representa 72 (97,3%) dos pacientes (Gráfico 2). No parâmetro diagnóstico, pacientes com nódulos suspeitos foram 50 (67,6%) das indicações de cirurgia.

A incidência da classificação de Bethesda mostrou-se com achados benignos (Bethesda II) em sua maioria sendo 40,5%. Em aproximadamente 20% dos prontuários dos pacientes não foi encontrado o registro da classificação. Com relação ao procedimento realizado, mais da metade foram de tireoidectomias totais (83,8%) seguida em ordem decrescente por tireoidectomia parcial. As cirurgias que tiveram associadas esvaziamento

cervical tiveram uma taxa com pouco mais de 20%.

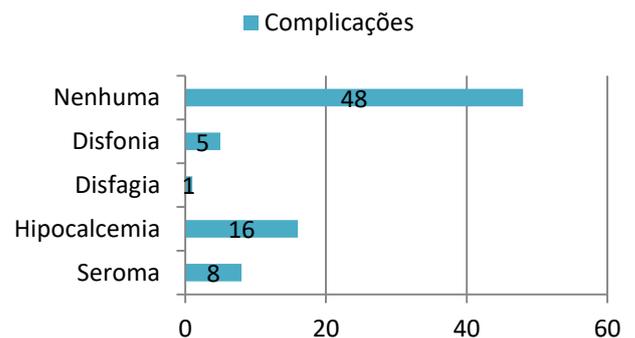
**Gráfico 2** - Taxa isolada de gênero avaliado na revisão de prontuários de paciente submetidos à tireoidectomia no HMJMA. (N = 74).



**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores.

No que se refere às complicações (Gráfico 3), não foi encontrado nenhum caso de infecção de ferida operatória nem de má cicatrização. As complicações encontradas foram: 10,8% seroma, 1,4% disfagia, 6,8% disfonia e 21,6% hipocalcemia. Importante destacar que algumas complicações coexistiram, portanto, a somatória dos achados não será idêntica ao número total de pacientes.

**Gráfico 3** - Taxa isolada dos tipos específicos de complicações avaliadas na revisão de prontuários de paciente submetidos à tireoidectomia no HMJMA.



**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores.

Com relação à avaliação de lesões nervosas, não houve, no nosso estudo, diferenciação de lesão do nervo laríngeo superior ou nervo laríngeo recorrente, todos alocados apenas como "disfonia", que teve uma incidência de 6,8%. Considerando-se que não foi detectado em nenhuma paciente lesão bilateral do NLR e que nas tireoidectomias totais há dois nervos em risco, podemos inferir que houve um total de 136 nervos sob

risco, com um número de 5 pacientes com queixa de disfonia, dando uma taxa estimada de lesão unilateral de 3,67%. Outros dados, que serão pormenorizados mais a frente, devem ser lembrados: não houve realização de laringoscopia pré-operatória ou não foi achado relato em prontuários.

Na análise estatística de comparação das variáveis, não foi possível chegar a nenhum valor estatisticamente significativo.

## Discussão

A tireoidectomia é um procedimento cirúrgico muito comum em nosso meio. Segundo registros do DataSus no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 foram realizados um total de 11.922 tireoidectomias no Brasil (Tabela 1). Esse procedimento é realizado por cirurgiões com variadas formações: cirurgia geral, otorrinolaringologia, cirurgia oncológica e cirurgia de cabeça e pescoço (3). Com efeito, esta pesquisa obteve uma amostra de 74 pacientes em um período de 17 meses.

**Tabela 1** - Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil Janeiro/2019- janeiro/2020.

Região	AIH aprovadas
Norte	888
Nordeste	3.412
Centro-oeste	630
Sudeste	5.282
Sul	1.710
<b>Totall</b>	<b>11.922</b>

Fonte: DataSUS, 2020.

Em relação a idade, mostrou-se que os pacientes entre 31 a 50 anos (45,9%), corresponderam a faixa mais submetida a esses procedimentos. Seguido pelos pacientes com mais de 50 anos (37,8%). Sendo compatível com os dados encontrados na literatura (7,14).

As doenças da glândula tireoide são mais comumente encontradas em mulheres de meia idade. Nesse estudo, o sexo feminino representa mais de 97,3% dos pacientes, corroborando o que se observa na literatura, que mulheres, talvez pela questão hormonal ou por procurar mais rapidamente o sistema de saúde, são a maior faixa de pacientes com patologias de tireoide (7, 14).

As incidências da classificação de Bethesda para os pacientes se mostrou em sua maioria com achados benignos (Bethesda II), sendo a porcentagem de 40,5%. Ratificando assim a literatura que evidencia que a maioria dos pacientes apresentam Bethesda II (15). Em aproximadamente 20% dos pacientes não foi encontrado registro da classificação no prontuário.

No princípio da história da cirurgia da glândula tireoide, as maiores complicações eram hematoma e infecção. No entanto, com a evolução da prática médica, desde o início do século passado, essas complicações têm se tornado cada vez menos frequentes (3). As complicações encontradas em nosso estudo foram: 8 (10,8%) seroma, 1 (1,4%) disfagia, 5 (6,8%) disfonia e 16 (21,6%) hipocalcemia.

Dos cinco pacientes que apresentaram disfonia nenhum apresentava o sintoma no pré-operatório. Entretanto, a disfonia no pós-operatório não é causada apenas por lesão ao nervo laríngeo recorrente com paralisia de cordas vocais, pois a própria intubação pode acarretar edema de cordas vocais e rouquidão fugaz nas primeiras duas semanas de pós-operatório.

Ademais, a principal complicação encontrada nesses pacientes foi a hipocalcemia, sendo compatível com a literatura (16). A hipocalcemia após a cirurgia da tireoide é uma das complicações mais frequentes, situação que prolonga a internação hospitalar e aumenta os custos do procedimento (16, 17). Em quase todos os estudos, a frequência de hipocalcemia no pós-operatório foi relatada de forma heterogênea sendo de 2% a 33% (18), demonstrando que há uma necessidade urgente de uniformidade e padronização nas definições usadas para relatar taxas de hipocalcemia. Além disso, há outros estudos que examinaram a relação entre gênero e idade na hipocalcemia pós-tireoidectomia e sugeriram que o sexo feminino é provavelmente um fator de risco para hipocalcemia transitória pós-tireoidectomia (17).

Neste assunto, por causa de fatores hormonais pré e pós-menopausa os efeitos das variações hormonais na vitamina D, paratormônio e absorção de cálcio são enfatizadas (19).

O mecanismo da hipocalcemia após tireoidectomia não é conhecido, embora seja aceito como multifatorial: técnica cirúrgica, dano iatrogênico da paratireoide (lesão, edema, infarto, is-

quemia), extensão da tireoidectomia, hipertireoidismo, malignidade, sexo do paciente, queda sérica perioperatória de cálcio, presença de tireoidite, diabetes e número de glândulas paratireoides identificadas durante a cirurgia <sup>(20)</sup>.

Por fim, ao comparamos o presente estudo com outros já realizados, foi evidenciado que os dados corroboram com os presentes na literatura, como foi discutido acima e demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Comparação dos dados deste estudo com Rio, Rossini, Montana, Viani, Pedrazzi, Loderer e Cozzani.

Comparação dos Estudos		
Variável	Presente estudo	Del Rio, Rossini, Montana, Viani, Pedrazzi, Loderer e Cozzani <sup>(20)</sup>
<b>Sexo</b>		
<b>Feminino</b>	72 (97,3%)	1669 (79,2%)
<b>Masculino</b>	2 (2,7%)	439 (20,8%)
<b>Procedimento</b>		
<b>Tireoidectomia total</b>	62 (83,8%)	2014 (95,5%)
<b>Tireoidectomia parcial</b>	12 (16,2%)	94 (0,5%)
<b>Hipocalcemia precoce no pós-operatório</b>	16 (21,6%)	795 (37,7%)
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>2108</b>

**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores.

Desse modo, o adequado conhecimento das características clínicas e epidemiológicas de pacientes com doenças da glândula tireoide, com indicação de tratamento cirúrgico, é de interesse dos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento a esses doentes. A tireoidectomia, sendo uma opção de tratamento é uma operação que pode ser realizada com segurança e baixa incidência de complicações permanentes, como foi visto neste trabalho, permitindo ampliar suas indicações nas diversas doenças da tireoide.

Com efeito, o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico de doença da glândula tireoide no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar pode ser assim definido: são pacientes em sua maioria do sexo feminino com média de idade entre 31 e 50 anos, que procuraram o ambulatório pela queixa de nódulo tireoidiano ou bócio.

Em relação aos exames complementares, o Besthesda demonstrou ser um exame importante no pré-operatório, pois apresentou elevada sensibilidade, especificidade e acurácia. A respeito do tipo de tratamento cirúrgico empregado, a tireoidectomia total foi a modalidade cirúrgica predominante nos pacientes e as complicações pós-operatórias se mantiveram nos padrões esperados quando comparadas com centros de referência.

### Referências

1. Kulcsar MAV, Friguglietti CUM, Cividanés R, Brandão LG. Análise retrospectiva das tireoidectomias realizadas por residentes de cirurgia geral em hospital universitário. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2008; 37(2): 67-70.
2. Koga MRV, Leite APD, Ribeiro VV. Qualidade de vida em voz de pacientes no pré-operatório de tireoidectomia. Revista CEFAC. 2016; 18(5): 1035-1041.
3. Gonçalves Filho J, Kowalski LP. Complicações pós-operatórias em tireoidectomias com ou sem dreno. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2006; 33(6): 350-353.
4. Bertelli AAT, Tincani S, Maekawa MM, Massarollo LCB, Menezes MB, Gonçalves AJ. Tireoidectomia no idoso: 15 anos de experiência. Estética. 2008; 1(1): 4.
5. Volpi EM, Santos ABDO, Capelli FDA, Andrade CRA, Omokawa M, Brandão LG. Tireoidectomia vídeo assistida: experiência de 120 casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2007; 34(1): 3-8.
6. Ernandes Neto M, Tagliarini JV, López BE, Padovani CR, Marques MDA, Castilho EC, et al. Fatores que influenciam nas complicações das tireoidectomias. Brazilian Jour-

- nal of Otorhinolaryngology. 2012; 78(3): 63-69.
7. Vieira JAC, Guedes AL. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes da Região da AMUREL, submetidos a tratamento cirúrgico de doença da glândula tireóide. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2005; 34(3): 27.
  8. Silva, FAD. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um centro oncológico no sul do Brasil. Fisioterapia-Pedra Branca. 2019.
  9. Silvestre JC, de Azevedo Simões PWT, Silvestre AC. PERFIL ANATOMOPATOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À PAAF E TIREOIDECTOMIA EM UM LABORATÓRIO DE ANATOMOPATOLOGIA EM CRICIÚMA/SC. Inova Saúde. 2014; 3(2): 130-142.
  10. Santos M, Fagundes W, Costalonga E, Kalil M. ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CARCINOMA BEM DIFERENCIADO DA TIREOIDE EM HOSPITAL TERCIÁRIO (Master's thesis, Universidade Federal do Espírito Santo). 2018.
  11. Bures C, Klatter T, Gilhofer M, Behnke M, Breier AC, Neuhold N, Hermann M. A prospective study on surgical-site infections in thyroid operation. Surgery 2014; 155(4): 675-681.
  12. Campbell MJ, McCoy KL, Shen WT, Carty SE, Lubitz CC, Moalem J, et al. A multi-institutional international study of risk factors for hematoma after thyroidectomy. Surgery. 2013; 154(6): 1283-1291.
  13. Christou N; Mathonnet M. Complications after total thyroidectomy. Journal of visceral surgery. 2013; 150(4): 249-56.
  14. Milhomem E, Ayoub FL, Gomes RC, Guastapaglia L. Perfil epidemiológico de pacientes com diagnóstico de carcinoma diferenciado de tireoide em seguimento em ambulatório de endocrinologia. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2019; 17(2): 90-92.
  15. Germano A, Schmitt W, Ribeiro C, Simões H, Gasparinho G, Ferreira M, et al. Categorização TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) e Bethesda de Nódulos da Tiróide: Experiência Institucional. Revista Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo. 2017; 12: 14-21.
  16. Dedivitis RA, Aires FT, Cernea CR. Hypoparathyroidism after thyroidectomy: prevention, assessment and management. Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery. 2017; 25(2): 142-146.
  17. Liu RH, Razavi CR, Chang HY, Tufano RP, Eisele DW, Gourin CG, Russell JO. Association of Hypocalcemia and Magnesium Disorders With Thyroidectomy in Commercially Insured Patients. JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery. 2020.
  18. Shiryazdi SM, Kargar S, Afkhami-Ardekani M, Neamatzadeh H. Risk of postoperative hypocalcemia in patients underwent total thyroidectomy, subtotal thyroidectomy and lobectomy surgeries. Acta Medica Iranica. 2014; 206-209.
  19. Lale A, Öz AB, Akcan AC, Sözüer EM, Arkan TB, Gök M. Determination of risk factors causing hypocalcaemia after thyroid surgery. Asian journal of surgery. 2019; 42(9): 883-889.
  20. Del Rio P, Rossini M, Montana CM, Viani L, Pedrazzi G, Loderer T, et al. Postoperative hypocalcemia: analysis of factors influencing early hypocalcemia development following thyroid surgery. BMC surgery. 2019; 18(1): 25.

**\* Autor correspondente:**

HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA  
 R. Des. Floriano Benevides Magalhães, 221 - Edson Queiroz, Fortaleza - CE, 60811-905  
 Email: heronsaboia@gmail.com

# ANÁLISE DOS FATORES ENVOLVIDOS NO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM FORTALEZA ENTRE 2016 E 2018

PAULO MARCELO SÁ PALÁCIO CÂMARA<sup>1\*</sup>; GUSTAVO SÁ PALÁCIO CÂMARA<sup>1</sup>; IGOR DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA SOUSA<sup>2</sup>; ANDRÉ PORTELLA COSTA<sup>1</sup>; PLÍNIO JOSÉ DA SILVA CÂMARA<sup>3</sup>.

1 – Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Christus, Fortaleza, Brasil.

2 – Graduando em Medicina pelo Centro Universitário INTA, Sobral, Brasil.

3 – Médico Preceptor do Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, Brasil.

Artigo submetido em: 15/06/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

O atual trabalho teve como objetivo analisar o perfil dos pacientes e identificar os fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose em indivíduos acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Regional II na cidade de Fortaleza\CE através de um estudo epidemiológico descritivo-analítico, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa realizado na cidade de Fortaleza/CE com pacientes das Unidades Básicas de Saúde contidas na Regional II baseando-se nos dados obtidos no Livro de Registro de pacientes e Acompanhamento de Tratamento dos casos de Tuberculose. Realizou-se um estudo descritivo-analítico, retrospectivo e de abordagem quantitativa a partir dos dados cadastrados entre os anos de 2016 e 2018, sendo um total de 522 pacientes, considerando como abandono ao tratamento da tuberculose a interrupção do uso de medicação por 30 dias ou mais. Os fatores que mais estão relacionados à cessação do tratamento são etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, longo tempo de tratamento, diminuição dos sintomas depois do início da medicação e modalidade de tratamento aplicado, sendo observada uma alta taxa de abandono (30,77%), bem maior que a recomendada pelo Ministério da Saúde que era de 5%. Portanto, é importante que sejam implementadas ações que visem a prevenção dessas elevadas taxas de renúncia ao tratamento, principalmente, nos grupos de maior risco para abandono, e a equipe de profissionais da saúde responsável por esse acompanhamento deve focar em abordagens de cuidado continuado que sejam mais interativas e humanizadas, garantindo a adesão do paciente ao tratamento.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Tratamento; Abandono.

## ABSTRACT

The current work aimed to analyze the profile of patients and identify the factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment in individuals monitored in the Basic Health Units (BHU) of Regional II in the city of Fortaleza\CE by a descriptive, analytical, cross-sectional, retrospective and quantitative study made in the city of Fortaleza / CE with patients from the Basic Health Units contained in Regional II based on the data obtained in the Book Registration of patients and Monitoring of Treatment of Tuberculosis cases. A descriptive-analytical, retrospective study with a quantitative approach was carried out based on the data registered between the years 2016 and 2018, with a total of 522 patients, considering the interruption of the use of medication for 30 years as an abandonment of tuberculosis treatment days or more. The factors that are most related to treatment cessation are alcoholism, smoking, use of illicit drugs, long treatment time, reduction of symptoms after the start of medication and treatment modality applied, with a high rate of abandonment (30.77%), much higher than that recommended by the Ministry of Health, which was 5%. Therefore, it is important that actions are implemented to prevent these high rates of treatment withdrawal, especially in groups at higher risk for abandonment, and the team of health professionals responsible for this monitoring must focus on continuous care approaches that are more interactive and humanized, ensuring patient compliance with treatment.

**Keywords:** Tuberculosis; Treatment; Abandonment.

## Introdução

A Tuberculose (TB) é uma doença crônica infecciosa causada, principalmente, pela *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado de bacilo de Koch, bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). O local mais afetado no ser humano pela doença é o pulmão, no entanto, existem formas extrapulmonares, como linfonodos, pleura, ossos e articulações <sup>(1)</sup>.

No Estado do Ceará, há uma maior prevalência de pacientes masculinos com TB em relação a pacientes mulheres (65,2% x 34,8%) e a faixa etária mais acometida foi entre 20 a 34 anos, representando 32,1% do total. Entre 2013 e 2017, foram diagnosticados mais de 17.000 casos de TB e 959 óbitos pela doença, com uma redução de 1,1% na incidência por 100.000 habitantes nesse período (39,4 para 38,3/ 100.000 habitantes). Durante esse tempo, a taxa de cura esteve abaixo do que o recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), que é de 85%. Ademais, o percentual de abandono do tratamento foi de 11,4%, em 2016, quando o sugerido pelo Ministério da Saúde foi de 5%. A taxa de mortalidade se manteve constante durante os anos de 2013 a 2017 (2,2 por 100.000 habitantes). Durante o período, houve um acréscimo de 8,9% (61,5 para 70,4%) na realização dos testes anti-HIV, entretanto se mantém abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 100% <sup>(2)</sup>.

Além disso, tal doença tem sido agravada com o ressurgimento da pandemia do vírus do HIV, sendo a principal infecção associada a pacientes imunossuprimidos. A correlação entre HIV e tuberculose apresenta um maior risco de TB extrapulmonar, uma apresentação que pode ter consequências mais grave que a TB pulmonar <sup>(1)</sup>. Em 2016, no Brasil, 73,2% dos casos novos para TB realizaram testagem para HIV, sendo uma ação oportuna para a identificação da co-infecção, permitindo a introdução precoce da terapia antirretroviral (TARV). Entretanto, apenas 39,7% dos casos novos de co-infecção TB-HIV fizeram o uso da terapia antirretroviral (TARV). Vale ressaltar, que, em pacientes com HIV/AIDS, a TB é a principal causa de doença infecciosa, e a aplicação precoce da terapia antirretroviral reduz a mortalidade desse grupo <sup>(3)</sup>.

Nesse contexto, o tratamento de tuberculose possui cura e pode durar, no mínimo, 6 meses, sendo gratuito e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Rede de Atenção Primária à Saúde. Durante o tratamento da TB, é importante que o paciente obedeça aos princípios básicos da orientação do profissional de saúde ao longo da terapia medicamentosa e estabeleça um vínculo de parceria com a equipe de saúde para que exista a eficiência esperada pelo médico e pelo próprio paciente <sup>(4)</sup>.

Um grande entrave existente ao tratamento da tuberculose é o abandono e a não adesão ao tratamento medicamentoso. Tal fato tem sido apontado como a principal dificuldade implicada no controle da doença, que é considerado responsabilidade dos municípios e competência da Atenção Básica <sup>(5,6)</sup>.

A grande preocupação com a efetividade do tratamento deve-se à alta contagiosidade da doença. Doentes que não buscaram tratamento ou que o fizeram de forma irregular, além de não se curar, podem se tornar resistentes às drogas, e o risco de isso acontecer é 10,23 vezes maior em pacientes previamente tratados, comparativamente aos virgens de tratamento. Assim, por ser uma doença de grande transmissibilidade, o acompanhamento dos acometidos pela enfermidade requer monitoramento próximo e constante, assim como de suas famílias <sup>(4,5)</sup>.

Estudos quantitativos mostraram que analisar fatores, como aspectos socioeconômicos, conhecimento sobre a TB, comprometimento com a terapêutica e apoio familiar, são de fundamental importância para o êxito no tratamento do paciente. Outros fatores, como o tratamento, as doenças, hábitos de vida (consumo de álcool, tabaco e drogas) e sistema e equipes de saúde, possuem forte influência no processo da doença, no êxito terapêutico e na cura. Diante disso, pode-se traçar o perfil do paciente que abandona o tratamento, assim como os aspectos envolvidos nesse processo <sup>(6)</sup>.

Considerando a relevância da TB na cidade de Fortaleza/CE, e que a enfermidade atua como um indicador de saúde pública e da eficiência dos serviços de saúde, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose pulmonar baseado

nos dados obtidos no Livro de Registro de Pacientes com Tuberculose em uma importante região da cidade.

### Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo-analítico, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa realizado na cidade de Fortaleza/CE com pacientes das Unidades Básicas de Saúde contidas na Regional II, os quais são Odorico de Moraes, Benedito Artur de Carvalho, Paulo Marcelo, Miriam Porto Mota, Frei Tito, Irmã Hercília Aragão, Rigoberto Romero, Pio XII, Flávio Marcílio, Célio Brasil Girão e Aída Santos e Silva. De acordo com a Prefeitura de Fortaleza, a Regional II é formada por 20 bairros, onde habitam 334.868 pessoas, correspondendo a 13,50% da população da Capital. Foram incluídos na análise todos os pacientes cadastrados no Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos casos de Tuberculose que receberam tratamento para tuberculose pulmonar nessa área entre os anos de 2016 e 2018. Considerou-se como definição de caso novo aquele paciente que recebeu o diagnóstico da doença e nunca se submeteu ao tratamento anti-TB ou o fez por até 30 dias.

O acesso aos dados secundários foi possível após autorização da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES/PMF). Não há conflito de interesses dos autores em relação ao tema estudado.

As variáveis utilizadas no estudo foram baseadas nos itens da ficha de notificação de TB padronizada pelo Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos casos de Tuberculose, a saber: sexo dos pacientes, idade, tratamento e situação de encerramento.

Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas, para explorar os fatores associados ao abandono do tratamento dos pacientes portadores de tuberculose cadastrados entre janeiro de 2016 e julho de 2018. A partir disso, foram cruzadas as categorias de análise e elaborados gráficos com foco no perfil epidemiológico da doença.

### Resultados

Segundo os dados coletados dos livros de registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose das

Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Regional II do município de Fortaleza, 522 pacientes estavam cadastrados nesses livros no período de janeiro de 2016 a julho de 2018. Sendo, 344 (65,9%) do sexo masculino e 178 (34,1%) do sexo feminino. A idade média observada foi de 41 ( $\pm 17$ ) anos de idade.

Com relação à verificação da adesão medicamentosa, vários fatores devem ser analisados. Primeiramente, o esquema I, que consiste em dois meses de utilização de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol associado a quatro meses de utilização de Rifampicina e Isoniazida totalizando 6 meses de tratamento, que é utilizado para os casos novos de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar, foi o mais utilizado representando 94% dos tratamentos registrados. Desse total, 5,7% foi representado pelo esquema IR, que é utilizado para os casos de retratamento por recidiva ou retorno pós-abandono do esquema I. Apenas 0,3% registraram o esquema III, que é utilizado para os casos de falência aos esquemas I e IR. Ademais, as formas de terapêutica utilizada pelas UBS são autoadministrada, paciente faz uso por conta própria do medicamento, e a supervisionada, que é o tratamento diretamente observado por algum profissional de saúde da UBS que o paciente está registrado. A porcentagem de pacientes que utilizaram cada esquema e forma de tratamento pode ser observada conforme a tabela 1.

**Tabela 1** – Esquemas e formas de tratamento.

Esquema		
Esquema I	316	94%
Esquema III	1	0,3%
Esquema IR	19	5,7%
Forma de Administração		
Auto-administrado	215	93,9%
Supervisionado	14	6,1%

O número de pacientes curados encontrado no presente estudo foi de 154 (45,6%), sendo conside-

rada bem abaixo de acordo com a meta preconizada pelo Ministério da Saúde.

O principal fator responsável por essa porcentagem de cura reduzida é o abandono do tratamento, que foi verificado em 104 pacientes (30,77%), taxa essa bem maior que a recomendada pelo MS, que era de 5%. Outros fatores também foram responsáveis pela redução do percentual de cura como óbito, falência no tratamento, mudança de diagnóstico, porém de uma forma menos significativa. O desfecho dos pacientes no presente estudo sobre a situação de encerramento pode ser analisado na tabela abaixo (Tabela 2).

**Tabela 2** - Situação de Encerramento.

N (total) = 522	Masculino = 344 (65,9%)	Feminino = 178 (43,1%)
Abandono	104	30,77%
Cura	154	45,6%
Óbito	11	3,25%
Mudança de Diagnóstico	12	3,55%
Falência do Tratamento	2	0,59%
Transferência	20	5,92%

## Discussão

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) preconiza como uma das estratégias de erradicação da doença interromper a cadeia de transmissão mediante a descoberta e o tratamento dos casos de tuberculose bacilíferos<sup>(7)</sup>. Para se atingir esse objetivo, torna-se essencial que se diagnostique o maior número possível de casos e que os pacientes concluam o tratamento. Dessa forma, é necessário conhecer as principais causas que interferem no êxito do tratamento da tuberculose e intervir fortemente nelas<sup>(7,8)</sup>.

Um dos principais problemas encontrado pelo PCT refere-se à adesão dos pacientes com tuberculose à terapêutica oferecida, ou seja, ao não concluírem o tratamento, tornam-se pacientes crônicos, tanto da doença, quanto do serviço. A não adesão ao tratamento é apontada como uma das graves falhas no programa para combater a doença<sup>(7,8)</sup>.

Conceitualmente, o abandono do tratamento ocorre quando o doente com tuberculose que iniciou o tratamento deixa de comparecer à

unidade de saúde por pelo menos 30 dias consecutivos após a data aprazada para o seu retorno. O fato de o paciente abandonar o tratamento pode ocasionar diversos problemas, como resistência as drogas, aumento do número de casos e agravos associados e elevadas taxas de mortalidade<sup>(3,7)</sup>.

Os fatores que mais estão relacionados à cessação do tratamento são etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, longo tempo de tratamento, diminuição dos sintomas depois do início da medicação e modalidade de tratamento aplicado. Logo, é importante que sejam implementadas ações que visem a prevenção dessas taxas elevadas de renúncia do tratamento, principalmente, nos grupos de maior risco para abandono<sup>(9,10)</sup>.

A interrupção da terapêutica contribui para uma maior disseminação do bacilo, visto que os doentes permanecem como fonte de contágio, bem como favorece a resistência adquirida da terapia, o aumento do tempo e do custo do tratamento ao onerar o sistema de saúde, que deve dispor de recursos humanos e materiais cada vez que o doente inicia um novo tratamento<sup>(8,10)</sup>.

Foi observado que a melhora dos sintomas clínicos leva a uma falsa sensação de cura da tuberculose e, com isso, muitos pacientes acabam abandonando a tomada dos medicamentos durante o tempo preconizado para o tratamento necessário da doença. Observou-se, também, que alguns pacientes relataram desconforto e efeitos colaterais relacionados ao tratamento<sup>(6,8)</sup>.

A coinfeção HIV-TB constitui fator relacionado ao abandono de tratamento, uma vez que as interações medicamentosas e as reações adversas em pacientes com HIV são maiores quando comparadas às dos soronegativos, e esses pacientes dão prioridade ao tratamento do HIV<sup>(7,11)</sup>.

Portanto, constata-se que a falta de adesão ao tratamento é o principal obstáculo para o controle e redução dos casos de tuberculose no Brasil. Com isso, segundo o Ministério da Saúde, uma das principais metas para o controle da doença é reduzir as taxas de abandono da terapêutica<sup>(10)</sup>.

Um viés presente em nosso estudo foi que o número total de pacientes diagnosticados com tuberculose, 522 infectados, não estavam todos dentro das categorias apresentadas. Isso ocorreu devido ao fato de alguns profissionais da saúde

que, por algum motivo, não computaram todos os dados necessários do paciente no Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos casos de Tuberculose.

Isso mostra que não ocorre uma falha somente por parte dos pacientes em relação aos avanços na eficácia do tratamento e na diminuição dos casos de tuberculose, mas, também existem profissionais da saúde que não realizam a conduta mandatória de descrever todos os dados necessários dos doentes em acompanhamento, segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

No entanto, o estudo teve êxito na sua execução e na coleta de dados das Unidades Básicas de Saúde na região da Regional II de Fortaleza/CE, tendo em vista que a epidemiologia segue os parâmetros apresentados pelo Ministério da Saúde e os dados estabelecidos nos anos anteriores no estado do Ceará.

Dessa forma, no estudo realizado foi observado uma elevada taxa de abandono do tratamento, sendo bem maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde, o que pode ser um dos principais fatores responsáveis pela taxa reduzida de cura dos pacientes e, conseqüentemente, da não interrupção da cadeia de transmissão da doença e da redução de casos no Brasil. Entre os principais fatores causadores do abandono do tratamento estão o etilismo, o tabagismo, o uso de drogas ilícitas e o longo período de tratamento.

Nesse contexto, atuar nesses fatores provocadores da não adesão ao tratamento é fundamental para diminuir a taxa de abandono e, assim, alcançar o controle da doença. É importante destacar também, que a taxa de mortalidade encontrada nesse estudo foi elevada, mostrando a necessidade de mais ações e campanhas de conscientização da população. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde atuem em conjunto com a população para fortalecer o combate e o controle da tuberculose.

Ademais, destaca-se a necessidade de estudos mais aprofundados e que contemplem mais variáveis para, dessa forma, obter-se uma noção mais fidedigna da situação de abandono, dos principais fatores responsáveis e as reais conseqüências dessa não adesão.

## Referências

1. Goldman L; Ausiello D. Cecil Medicina. 24 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2014.
2. Ceará. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Boletim Epidemiológico: Tuberculose. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2018.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. Boletim Epidemiológico, Brasília. 2017; 48(8): p. 1-11.
4. dos Santos SLF, Barros KBNT, Torres JCN, da Silva Prado RM, Bandeira ICJ. Estratégias de controle da Tuberculose no SUS: revisão sistemática dos resultados obtidos. Boletim Informativo Geum. 2015; 6(3): 50.
5. Ferreira J, Engstrom E, Alves LC. Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do im (provável). Cad Saúde Coletiva. 2012; 20(2): 211-6.
6. Beraldo AA, de Paula Andrade RL, Orfão NH, da Silva-Sobrinho RA, Pinto ESG, Wysocki AD, et al. Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2017; 21(4): 1-8.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 366 p.8.
8. Costa JSDD, Gonçalves H, Menezes AMB, Devens E, Piva M, Gomes M, et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. Cadernos de Saúde Pública. 1998; 14: 409-415.
9. Soares MLM, Amaral NACD, Zacarias ACP, Ribeiro LKDNP. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2017; 26: 369-378.10.

10. De Moura EF, Silva MPB, De Lima RN, Brandão Neto W. ANÁLISE DOS FATORES ENVOLVIDOS NO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Integrada de Pernambuco, Recife, 2013.
11. Neto LFSP, Vieira NFR, Cott FS, Oliveira FMA. Prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2013; 11(2): 118-122.

**\* Autor correspondente:**

PAULO MARCELO SÁ PALÁCIO CÂMARA  
Rua Coronel Jucá, 1000 – Aldeota, Fortaleza – CE,  
60170-288  
Email: paulomarcelocamara@hotmail.com

# UTILIZAÇÃO DA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA NO TRATAMENTO DE LESÃO IATROGÊNICA DE VIAS BILIARES

AFONSO NONATO GOES FERNANDES<sup>1</sup>; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA<sup>1</sup>; MATHEUS JORGE PIRES VIANA<sup>1</sup>; RAFAEL DA SILVA CUNHA<sup>2\*</sup>.

1 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza.

2 – Médico Preceptor de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

Artigo submetido em: 11/07/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

No Brasil, entre 9,1% a 19,4% da população adulta possuem colelitíase, com cerca de 20% destes apresentando sintomas típicos, sendo a maioria assintomática. Nos pacientes sintomáticos, está indicada a colecistectomia, de preferência videolaparoscópica, desde que o paciente não possua contraindicação para o procedimento. Dentre as complicações intra-operatórias, a lesão de vias biliares corresponde a 0,3% dos casos, podendo ser necessária a realização de uma derivação biliodigestiva para correção de lesões mais complexas, de acordo com a classificação de Bismuth. Entretanto, tais derivações podem evoluir também com estenose, as quais devem ser corrigidas com brevidade por via cirúrgica, endoscópica ou por radiologia intervencionista, pois como complicações da estenose biliar, temos cirrose biliar secundária, decorrendo em hepatectomias e até em transplante hepático. O presente artigo relata um paciente diagnosticado com lesão de vias biliares na confluência dos ductos hepáticos pós-colecistectomia, que foi submetido a uma derivação biliodigestiva em "Y de Roux" no quinto dia de pós-operatório. Aproximadamente um ano depois, voltou a apresentar dor abdominal, icterícia, acolia fecal, colúria, prurido, febre e calafrios. Realizou colangiorressonância, detectando estenose da derivação biliodigestiva, comprometendo ambos os ductos hepáticos. Devido à dificuldade técnica de uma nova intervenção cirúrgica, foi optado por procedimento percutâneo guiado por radiografia para colocação de prótese na via biliar para drenagem e dilatação desta, com resultado satisfatório. A prótese foi retirada após dez meses, mantendo-se o paciente assintomático.

**Palavras-chave:** Colecistectomia; Radiologia Intervencionista; Ductos Biliares.

## ABSTRACT

In Brazil, around 9.1% to 19.4% of the adult population has cholelithiasis, with about 20% of these showing typical symptoms, with the majority being asymptomatic. In symptomatic patients, cholecystectomy, preferably laparoscopic, is indicated, as long as the patient has no contraindication for the procedure. Among the intraoperative complications, the lesion of the bile ducts corresponds to 0.3% of the cases, and it may be necessary to perform a biliodigestive derivation to correct more complex lesions, according to the Bismuth classification. However, such shunts can also evolve with stenosis, which must be corrected shortly by surgical, endoscopic or interventional radiology, because as complications of biliary stenosis, we have secondary biliary cirrhosis, occurring in hepatectomies and even liver transplantation. The present article reports a patient diagnosed with bile duct injury at the confluence of the hepatic ducts after cholecystectomy, who underwent a biliodigestive derivation in "Roux-en-Y" on the fifth postoperative day. Approximately one year later, he again presented abdominal pain, jaundice, fecal acholia, choloria, pruritus, fever and chills. He underwent cholangioresonance, detecting stenosis of the biliodigestive shunt, compromising both hepatic ducts. Due to the technical difficulty of a new surgical intervention, we opted for a percutaneous procedure guided by radiography to place a prosthesis in the bile duct for drainage and dilation, with satisfactory results. The prosthesis was removed after ten months, keeping the patient asymptomatic.

**Keywords:** Cholecystectomy; Radiology, Interventional; Bile Ducts.

## Introdução

A litíase biliar é uma patologia gastrointestinal comum na população adulta, estando entre as principais causas de admissão hospitalar nos países europeus <sup>(1)</sup>. No Brasil, a literatura médica aponta que entre 9,1% e 19,4% da população com mais de 20 anos possuem colelitíase, sendo a maioria assintomática, com cerca de 20% destes evoluindo com sintomas típicos <sup>(2)</sup>.

Dentre os principais fatores de risco para formação de cálculos na vesícula biliar estão: Índice de Massa Corpórea (IMC) >30, sexo feminino, mulheres na idade fértil e indivíduos acima de 40 anos. Entretanto, devido a modificações alimentares, ao sedentarismo e aos avanços da tecnologia diagnóstica, observou-se uma maior incidência em outros biótipos e em faixas etárias mais jovens <sup>(3,4)</sup>.

Nos casos em que a sintomatologia está presente (dores abdominais, náuseas e vômitos, por exemplo) indica-se a colecistectomia, de preferência por via videolaparoscópica, desde que o paciente não possua contraindicação clínica para o procedimento <sup>(5)</sup>.

Dentre as complicações intraoperatórias do procedimento, a lesão de via biliar corresponde a 0,3% dos casos <sup>(6,7)</sup>. A incidência de lesão é 2-4 vezes maior na videolaparoscopia quando comparada com a cirurgia aberta (0,4-0,7% e 0,2-0,4%) <sup>(8,9)</sup> e mesmo com o avanço na tecnologia e melhoria na curva de aprendizagem do cirurgião, os índices atuais de lesão ainda permanecem semelhantes <sup>(10,11)</sup>.

De acordo com o grau da lesão, muda-se o tipo de abordagem proposta, sendo a derivação biliodigestiva em "Y" de Roux uma das opções utilizadas para correções em lesões mais complexas, seguindo a classificação de Bismuth <sup>(12)</sup>.

Entretanto, derivações biliodigestivas podem apresentar complicações como estenoses, as quais, se não corrigidas novamente, por via endoscópica, radio-intervencionista ou cirúrgica, podem levar o paciente a desenvolver cirrose biliar secundária, resultando em hepatectomias extensas e até transplante hepático <sup>(13)</sup>.

Nesse artigo, objetivamos relatar um caso de correção rádio-intervencionista de estenose de

via biliar em anastomose biliodigestiva confeccionada como reparo à lesão iatrogênica em vias biliares que ocorreu durante colecistectomia videolaparoscópica.

## Relato do Caso

Paciente do sexo masculino, 29 anos, natural e procedente de Fortaleza-CE, previamente hígido, foi submetido à colecistectomia videolaparoscópica (VLP) devido à colelitíase sintomática, em março de 2017. No pós-operatório precoce, apresentou dor abdominal difusa, vômitos, icterícia e febre, sendo submetido à nova abordagem cirúrgica no quinto dia pós-operatório, onde foi evidenciada lesão de vias biliares na confluência dos ductos hepáticos.

Dessa forma, realizou-se uma derivação biliodigestiva em "Y de Roux", com anastomose hepático-jejunal e aposição de dreno túbulolaminar na região perianastomótica. Apresentou fistula biliar, porém com evolução benigna, recebendo alta hospitalar após parada de drenagem de bile pelo dreno e estando sem outros sinais e sintomas.

Aproximadamente um ano depois, apresentou recorrência de dor abdominal, icterícia, acolia fecal, colúria e prurido, evoluindo com febre, calafrios e confusão mental. Exames laboratoriais mostravam: bilirrubinas totais (BT) = 6,60; Bilirrubina direta (BD) = 3,65; Bilirrubina Indireta (BI) = 2,95; Fosfatase alcalina (FA) = 1152 e Gama-GT (GGT) = 1197. Realizou Colangiressonância Magnética (CRNM) que detectou estenose da anastomose biliodigestiva e dilatação difusa das vias biliares intra-hepáticas, tipo IV na classificação de Bismuth (Figura 1).

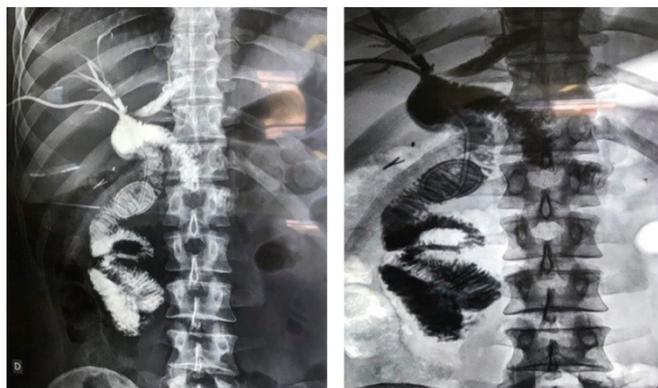
Em abril de 2018, optou-se pela realização de colangiografia percutânea transhepática, com dilatação da via biliar por balonamento e colocação de endoprótese no sítio.

O paciente apresentou boa evolução após o procedimento, com notória melhora da dor e redução da icterícia. Os exames laboratoriais mostraram BT = 0,9; BD = 0,20; BI = 0,70; FA = 60,2 e GGT = 28,2. Nova CRNM evidenciou drenagem da via biliar satisfatória (Figuras 2 e 3).

Dessa forma, a prótese foi retirada após dez meses, e o paciente mantém-se assintomático desde então.



**Figura 1** - Dilatação das vias biliares intra-hepática até o plano da anastomose biliodigestiva, sem fatores compressivos extrínsecos ou endoluminais.



**Figura 2 e 3** - Visualização de prótese para dilatação e drenagem de via biliar.

## Discussão

A via laparoscópica é a principal abordagem para colecistectomia, pois quando comparado com a via convencional (via aberta) proporciona menor trauma tecidual, possui um superior aspecto estético e menor período de internação hospitalar<sup>(14)</sup>. No entanto, apesar desses benefícios, o aumento na incidência de lesões de vias biliares encontra-se evidenciado em diversos estudos, com desenvolvimento de estenoses que decorrem em 71 a 95% das vezes de forma iatrogênica<sup>(15)</sup>.

As lesões das vias biliares extra-hepáticas representam um desafio aos cirurgiões, pois po-

dem não ser identificadas durante o próprio ato cirúrgico e proporcionarem em aumento da morbi-mortalidade<sup>(8)</sup>.

Diante disso, quando comparados os métodos para resolução dessas lesões, os índices de sucesso na abordagem cirúrgica e por radiologia intervencionista com colocação de prótese são similares (70% a 80%), sendo necessário o acompanhamento dos pacientes para possíveis lesões tardias<sup>(16)</sup>.

No caso descrito acima, observamos que o procedimento percutâneo se mostrou eficaz. Além disso, complicações como hemobilia, sangramento do parênquima hepático ou vasos adjacentes, vazamento de bile e colangite não foram evidenciadas, como apontado em alguns relatos da literatura médica<sup>(17)</sup>.

Com tais resultados, a radiologia intervencionista tem-se mostrado uma alternativa de qualidade no tratamento de casos complexos de lesão de vias biliares.

## Referências

1. Salgado Júnior W, Santos JS dos. Protocolo clínico e de regulação para litíase biliar e suas complicações. In: Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
2. Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy for patients with silent gallstones. Cochrane Database of Syst Rev. 2007; (1): 1-12.
3. Linhares BL, Magalhães AG, Cardoso PMS, Filho JPL, Pinho JEB, COSTA MLV. Lesão iatrogênica de via biliar pós-colecistectomia. Rev Bras Col Cir, 2011; 38(2): 95-99.
4. Sampaio JA, Kruse CK, Passarin TL, Wachter FL, Nectoux M, Fontes PRO et al. Benign biliary strictures: repair and outcome with the use of silastic transhepatic transanastomotic stents. Arq Bras Cir Dig, 2010; 23(4):259-265.
5. Amaral PCG, Ázaro Filho EM, Fortes MF, Ettinger Jr E, Cangussu HC, Fahel E. Taxas de complicações e tempo de permanência hospitalar foram maiores em pacientes idosos submetidos à videolaparocolecistectomia. Resultados após colecistectomia videolaparoscópica em pacientes idosos. Rev bras videocir, 2006; 4(2), 48-53.

6. Milcent M, Santos EG, Bravo Neto GP. Lesão iatrogênica da via biliar principal em colecistectomia videolaparoscópica. *Rev Col Bras Cir*, 2005; 32(6): 332-336.
7. Coelho A, Andrade TP. Reconstrução cirúrgica da estenose cicatricial de vias biliares pós-colecistectomia. *Cirurgiões*, 2012; 39(2), 99.
8. Fischer CP, Fahy BN, Aloia TA, Bass BL, Gamber AO, Ghobrial RM. Timing of referral impacts surgical outcomes in patients undergoing repair of bile duct injuries. *HPB Surgery*, 2009; 11: 32-37.
9. Cannon RM, Brock G, Buell JF. A novel classification system to address financial impact and referral decisions for bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy. *HPB Surgery*, 2011.
10. Bektas H, Kleine M, Tamac A, Klempnauer J, Schrem H. Clinical Application of the Hannover Classification for Iatrogenic Bile Duct Lesions. *HPB Surgery*, 2011.
11. Głuszek S, Kot M, Bałchanowski N, Matykiewicz J, Kuchinka J, Kozieł D, Wawrzycka I. Iatrogenic bile duct injuries - clinical problems. *Pol Przegl Chir*, 2014; 86(1): 17-25.
12. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD, Melton GB, Yeo CJ, Campbell KA, et al. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients. *Annals of Surgery*, 2005; 241(5): 786.
13. Milcent M, Santos EG, Bravo Neto GP. Lesão iatrogênica da via biliar principal em colecistectomia videolaparoscópica. *Rev Col Bras Cir*, 2005; 32(6): 332-336.
14. Marson AC, Mali Júnior J, Oliveira RGD, Valezi AC, Brito EMD, Libos Júnior F. Tratamento cirúrgico das estenoses da via biliar. *Rev Col Bras Cir*, 2004; 31(4): 224-227.
15. Artifon EL, Couto Júnior DS, Sakai P. Tratamento endoscópico das lesões biliares. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2010; 37(2): 143-152.
16. Korke F, Carneiro A, Nasser F, Affonso BB, Galastri FL, Oliveira MBD, Macedo ALDV. Tratamento percutâneo da litíase biliar complexa intra-hepática com técnica endourológica e revisão da literatura. *Einstein (São Paulo)*, 2015; 13(4): 611-614.
17. Jablonska B, Lampe P. Iatrogenic bile duct injuries: etiology, diagnosis and management. *World J Gastroenterol* 2009;15(33): 4097-4104.

**\* Autor correspondente:**

RAFAEL DA SILVA CUNHA

Rua Princesa Isabel, 1526 - Farias Brito, Fortaleza - CE, 60015-061.

# INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL POR LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B – RELATO DE CASO

AFONSO NONATO GOES FERNANDES<sup>1\*</sup>; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA<sup>1</sup>; ADRIANO MARCELINO LOBO FILHO<sup>1</sup>; MATHEUS JORGE PIRES VIANA<sup>1</sup>; RAFAEL DA SILVA CUNHA<sup>2</sup>; FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES<sup>3</sup>.

1 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza.

2 – Médico Preceptor de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

3 – Cirurgião e Docente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

Artigo submetido em: 15/07/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

O Linfoma Difuso de Grandes Células B é o mais comum dos Linfomas Não-Hodgkin, sendo também o mais comum em adultos. É classificado como alto ou baixo grau, de acordo com sua agressividade, podendo ter taxas elevadas de mortalidade. O acometimento extranodal é relativamente comum, e o principal sítio é o trato gastrointestinal. Neste relato de caso, apresentamos uma paciente feminina, de 72 anos, com quadro de obstrução intestinal por intussuscepção do íleo para o ceco, secundária a massa tumoral por Linfoma Difuso de Grandes Células B. Como tratamento, realizou-se uma ileocectomia direita com linfadenectomia retroperitoneal. No estudo imuno-histoquímico, CD-20, MUM-1, BCL-6, BCL-2 e Ki - 67 foram positivos e CD-3, c-MYC e CD-10 foram negativos. Após um mês do ato cirúrgico, a paciente realizou um PET/CT o qual não foi evidenciado neoplasia linfoproliferativa em atividade. Os sítios mais comuns de linfomas no trato gastrointestinal são estômago, seguido do intestino delgado e do cólon, representando os linfomas primários colônicos apenas 3 a 4% de todos os tumores malignos do trato gastrointestinal. Devido a grande quantidade de tecido linfático, a região ileocecal é a mais comumente envolvida em linfomas intestinais primários. Como normalmente a doença é diagnosticada de forma tardia, o tratamento realizado costuma basear-se na combinação entre cirurgia e quimioterapia adjuvante.

**Palavras-chave:** Colectomia; Linfoma; Intussuscepção; Linfoma difuso de grandes células B.

## ABSTRACT

Diffuse Large B Cell Lymphoma is the most common non-Hodgkin's lymphoma, and is also the most common in adults. It is classified as high or low grade, according to its aggressiveness, and may have high mortality rates. Extranodal involvement is relatively common, and the main site is the gastrointestinal tract. In this case report, we present a female patient, 72 years old, with intestinal obstruction due to intussusception of the ileum to the cecum, secondary to tumor mass due to Diffuse Large B-Cell Lymphoma. As treatment, a right ileocectomy with retroperitoneal lymphadenectomy was performed. At immunohistochemical study, CD-20, MUM-1, BCL-6, BCL-2 and Ki - 67 were positive and CD-3, c-MYC and CD-10 were negative. One month after the surgery, the patient underwent a PET / CT scan which did not show any active lymphoproliferative neoplasia. The most common sites of lymphomas in the gastrointestinal tract are the stomach, followed by the small intestine and colon, with primary colonic lymphomas accounting for only 3 to 4% of all malignant tumors of the gastrointestinal tract. Due to the large amount of lymphatic tissue, the ileocecal region is the most commonly involved in primary intestinal lymphomas. As the disease is usually diagnosed late, the treatment performed is usually based on the combination of surgery and adjuvant chemotherapy.

**Keywords:** Colectomy; Lymphoma; Intussusception; Diffuse large B-cell Lymphoma.

## Introdução

Linfomas são neoplasias do sistema linfático que podem ser classificados em alto grau (crescimento rápido) ou baixo grau (crescimento lento). O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) não só é o mais comum dos Linfomas Não-Hodgkin (LNH), como é o linfoma mais comum em adultos <sup>(1)</sup>. Além disso, é classificado como de Alto Grau, ou seja, tem comportamento agressivo, podendo ter elevadas taxas de mortalidade se não tratado adequadamente e a tempo <sup>(2-4)</sup>.

Sua incidência ao redor do mundo tem aumentado nas últimas décadas, o que pode ser relacionado ao aumento de sua notificação, aumento da incidência de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), além de fatores genéticos e ambientais <sup>(4,5)</sup>.

Essa condição atinge principalmente pacientes idosos, apresentando uma massa tumoral de crescimento acelerado, podendo acometer sítio extranodal. Qualquer órgão pode ser sítio primário do LDGCB. Sintomas B (febre, emagrecimento e sudorese noturna) estão presentes em mais de um terço dos pacientes e corroboram para doença agressiva. O acometimento extranodal é relativamente comum, e o principal sítio é o trato gastrointestinal <sup>(1,5-7)</sup>.

O LDGCB representa cerca de 5% de todos os casos de intussuscepção em adultos, sendo responsável por 1% das obstruções intestinais, encontrado na forma de massas tumorais, tendo como sítio mais comum de obstrução o intestino delgado <sup>(7-9)</sup>.

A região intestinal como localização primária de um LNH corresponde a cerca de 20% dos linfomas gastrointestinais, que por sua vez correspondem a cerca de 5 a 10% de todos os tumores gastrointestinais <sup>(9)</sup>.

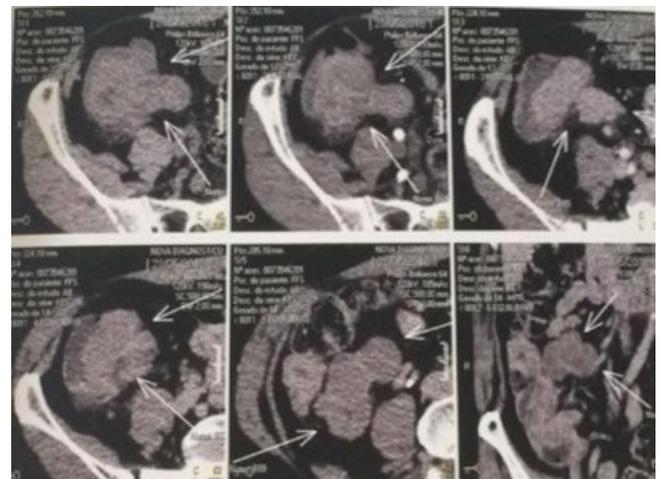
Os linfomas primários do cólon são raros, representando apenas 3 a 4% de todos os tumores malignos do trato gastrointestinal (TGI), sendo os locais mais comuns de linfomas no TGI o estômago, seguido do intestino delgado e depois do cólon <sup>(6)</sup>.

Os autores se depararam com um raro caso de intussuscepção causada por um Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B primário na região da válvula ileocecal.

## Relato do Caso

Paciente sexo feminino, 72 anos, previamente hígida, branca, natural do interior do Rio Grande do Norte, procedente de João Pessoa – PB. A paciente iniciou, no começo de maio, quadro com dor moderada em fossa ilíaca direita com irradiação para a região periumbilical. Negou perda de peso e alterações no apetite. Após uma semana, a dor intensificou-se e tornou-se difusa no abdômen, acompanhada de episódios de êmese.

Realizou hemograma, o qual não apresentou alterações, e uma tomografia computadorizada de abdômen, a qual evidenciou uma aparente área de espessamento focal parietal ao nível do ceco, persistente em todas as fases, com impregnação leve pela substância de contraste com aparente processo expansivo primário de contornos lobulados, localizados juntos à base do ceco, podendo estar relacionada a conglomerado gangliônico, sem invasão em vaso ilíacos ou aórticos, com sinais sugestivos de intussuscepção intestinal (Figura 1).



**Figura 1** - Processo expansivo primário de contornos lobulados localizados juntos à base do ceco e sinais sugestivos de intussuscepção.

Foi então submetida à videocolonoscopia que progrediu até o ceco, sem evidências de anormalidades (Figura 2).

Optou-se pela realização de uma videolaparoscopia, submetendo a paciente a ileocelectomia direita com linfadenectomia retroperitoneal, evidenciando na peça cirúrgica uma massa intraluminal na região da válvula íleocecal, com intussuscepção do íleo para o ceco, com conglo-

merados linfonodais pericecais (Figuras 3 e 4). No inventário da cavidade abdominal, não foram visualizados sinais de disseminação à distância da doença.



**Figura 2** - Colonoscopia com aspecto normal.



**Figura 3** - Massa intraluminal na válvula com intussuscepção para o ceco.



**Figura 4** - Peça cirúrgica de ileocolectomia direita com linfoadenectomia.

O exame histopatológico da peça evidenciou uma neoplasia maligna indiferenciada de padrão epitelióide, ulcerada, com invasão neoplásica angiolinfática. No estudo imunohistoquímico, CD-20, MUM-1, BCL-6, BCL-2 e Ki -

67 foram positivos e CD-3, c-MYC e CD-10 foram negativos. O diagnóstico foi um linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B.

Após 30 dias de pós-operatório a paciente realizou PET-CT, sugestivo de ausência de doença neoplásica linfoproliferativa em atividade. Com estadiamento 2, atualmente a paciente segue em acompanhamento com a oncologia clínica realizando quimioterapia no esquema CHOP-R a cada 21 dias.

## Discussão

A maioria dos linfomas de cólon são provenientes das células B, sendo o Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B o tipo histológico mais comum dentre os primários. A sua etiologia ainda é desconhecida. No entanto fatores de risco como imunodeficiência, radioterapia prévia e doenças inflamatórias intestinais se destacam para a sua ocorrência<sup>(10-12)</sup>.

Quando há intussuscepção, os sintomas mais comuns são dor abdominal, perda de peso, náuseas, vômitos e alterações no hábito intestinal. Febre, constipação, diarreia e sangramento gastrointestinal também podem ocorrer<sup>(11)</sup>.

O diagnóstico se dá por análise histológica da lesão, que pode ser feita com o auxílio de biópsia realizada através de colonoscopia ou por estudo anatomopatológico da peça cirúrgica obtida após ressecção, como no caso da paciente citada. Exames de imagem como Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e Ultrassonografia podem auxiliar no diagnóstico e estadiamento da doença, descrevendo a extensão do tumor e acometimento extra-colônico, caso exista<sup>(2,4,13-15)</sup>.

O sistema de Ann Arbor, posteriormente modificado por Mussheff and Schmidt Volmer, é o mais aplicado para estadiamento de linfomas gastrointestinais primários (Quadro 1).

Como a doença é diagnosticada costumeiramente de forma tardia, o tratamento realizado de rotina baseia-se na combinação entre cirurgia e quimioterapia adjuvante. O esquema quimioterápico frequentemente administrado é uma combinação de CHOP (Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisona) acrescido do anticorpo monoclonal Rituximab, compondo o chamado CHOP-R. A radioterapia fica reservada apenas para casos específicos<sup>(2,3,6,10,11,14,15)</sup>.

**Quadro 1** - Sistema de Ann Arbor modificado.

Estágio	Descrição
Estágio 1	- Tumor confinado ao trato gastrointestinal (IE).
Estágio 2	- Tumor com envolvimento linfonodal regional (IIE 1). - Envolvimento linfonodal além dos linfonodos regionais (IIE 2).
Estágio 3	- Tumor com outros envoltimentos linfonodais regionais (fígado e baço) ou órgãos extra-abdominais.

### Referências

- Li S, Young KH, Medeiros LJ. Diffuse large B-cell lymphoma. *Pathology*, 2018; 50(1): 74-87.
- Sehn LH, Gascoyne RD. Diffuse large B-cell lymphoma: optimizing outcome in the context of clinical and biologic heterogeneity. *Blood*, 2015; 125(1), 22-32.
- Sehn LH. Introduction to a clinical review series on aggressive B-cell lymphoma, 2015.
- Sarid N, Sherban A, Bendet A, Adam S, Herishanu Y, Perry C, et al. CT findings are highly predictive for perforation in patients with diffuse large B-cell lymphoma involving the intestines. *Leukemia & Lymphoma*, 2018; 59(8): 1878-1883.
- Monteiro TAF, Arnaud MVC, Monteiro JL F, da Costa MRM, da Costa Vasconcelos PF. Linfoma de Hodgkin: aspectos epidemiológicos e subtipos diagnosticados em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 2016; 7(1), 5-5.
- Suresh B, Asati V, Lakshmaiah KC, Babu G, Lokanatha D, Jacob LA, Anand A. Primary gastrointestinal diffuse large B-cell lymphoma: A prospective study from South India. *South Asian Journal of Cancer*, 2019; 8(1): 57.
- Negrean V, Graur F, Moiş E, Al-Hajjar N. Ileocecal obstruction due to B-cell non-Hodgkin lymphoma. *Chirurgia (Bucur)*, 2016; 111(1): 71-3.
- Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult intussusception: a retrospective review. *World journal of surgery*, 2015; 39(1): 134-138.
- Zheng-Yi H. Osteopontin as a predictive factor of requirement to primary surgical intervention and a prognostic factor in small intestinal non-Hodgkin lymphoma. *Academia Journal of Biotechnology*, 2016; 4(12): 453-459
- Jang SW, Lim DR, Kuk JK, Kim T, Shin EJ. Clinical outcomes of surgical management for primary gastrointestinal diffuse large B-cell lymphoma: At a single institution experience. *Korean Journal of Clinical Oncology*, 2017; 13(2): 75-82.
- Ren Y, Chen Z, Su C, Tong H, Qian W. Diffuse large B-cell lymphoma in colon confounded by prior history of colorectal cancer: A case report and literature review. *Oncology letters*, 2016; 11(2): 1493-1495.
- Vaidya R, Witzig TE. Incidence of bowel perforation in gastrointestinal lymphomas by location and histology. *Annals of Oncology*, 2014; 25(6): 1249-1250.
- Oliver AC, Irigoien V, Sgarbi N, Peixoto A, Turcatti P, Diaz L, Zunino J. Resonancia magnética como screening inicial de diagnóstico de compromiso secundario del sistema nervioso central en LNH difuso de grandes Células B. *Revista de la Facultad de Ciencias Médica*, 2018; 75(2): 67-71.
- Müller A, Torres MA, Soyano AE, Soyano A. Tratamiento del linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) en estadios avanzados. *Gaceta Médica de Caracas*, 2017; 125(4): 276-298.
- Navia HF, Manrique ME. Linfoma primario del intestino delgado: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2017 ;32(1): 65-71.

#### \* Autor correspondente:

AFONSO NONATO GOES FERNANDES  
R. Des. Floriano Benevides Magalhães, 221 - Edson Queiroz, Fortaleza - CE, 60811-905  
Email: afonsongf1@gmail.com

# HÉRNIA DE AMYAND EM PACIENTE IDOSO - RELATO DE CASO

ARTHUR LIMEIRA LIMA LEITE<sup>1</sup>; HELLEN CRYSLÉN BERNARDO BEZERRA<sup>2\*</sup>; YURI QUINTANS ARAÚJO<sup>2</sup>; GUILHERME BRUNO FONTES VIEIRA<sup>1</sup>; ISABELE FONTENELE DE SANTIAGO CAMPOS<sup>3</sup>; FERNANDO HOLANDA COSTA JUNIOR<sup>1</sup>.

1 - Médico Cirurgião Geral formado pelo Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC).

2 - Acadêmico (a) do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

3 - Graduanda do curso de Medicina da Unichristus.

Artigo submetido em: 14/07/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

Quando o apêndice cecal encontra-se presente no saco herniário inguinal é dada a denominação Hérnia de Amyand, um tipo raro de hérnia que possui uma incidência de 1% entre todas as hérnias inguinais. O apêndice inflamado no interior do saco herniário pode causar sinais e sintomas que simulam uma hérnia inguinal encarcerada, sendo o diagnóstico realizado principalmente no intra-operatório. Relatamos o caso de um paciente de 82 anos com hérnia inguinal dolorosa, irreduzível e sinais flogísticos associados. Durante o procedimento cirúrgico, foi identificado no interior do saco herniário o apêndice cecal, a bexiga e alças de delgado. Foi realizada apendicectomia e hernioplastia inguinal à direita com aposição de tela de Márlex.

**Palavras-chave:** Hérnia Inguinal; Apendicectomia; Cirurgia.

## ABSTRACT

When the cecal appendix is present in the inguinal hernia sac, it is called Amyand's Hernia, a rare type of hernia that has an incidence of 1% among all inguinal hernias. The inflamed appendix inside the hernial sac can cause signs and symptoms that simulate an incarcerated inguinal hernia, the diagnosis being made mainly during the operation. We report the case of an 82-year-old patient with painful, irreducible inguinal hernia and associated inflammatory signs. During the surgical procedure, the cecal appendix, bladder and small bowel loops were identified inside the hernial sac. Appendectomy and inguinal hernioplasty were performed on the right with marlex mesh apposition.

**Keywords:** Hernia, Inguinal; Appendectomy; Surgery.

## Introdução

A hérnia deslizando ocorre quando há a protrusão de um órgão através de uma abertura na parede abdominal e o seu peritônio forma parte do saco herniário<sup>(1)</sup>. A frequência de hérnias deslizando em reparos eletivos de hérnia inguinal varia de 6 a 8%, e pacientes idosos que apresentam longa história de hérnia inguinal são o grupo com a maior probabilidade de ocorrência<sup>(2)</sup>.

Quando uma hérnia inguinal contém no seu saco herniário o apêndice cecal ela é denominada hérnia de Amyand<sup>(3)</sup>. A incidência desse achado é baixa, ocorrendo em menos de 1% dos pacientes com hérnia inguinal. A presença de complicações no apêndice torna a situação ainda mais rara, pois a incidência cai para cerca de 0,1%. O apêndice inflamado no interior do saco herniá-

rio pode causar sinais e sintomas que simulam uma hérnia inguinal encarcerada e, por essa razão, a hérnia de Amyand é predominantemente diagnosticada no intra-operatório<sup>(4)</sup>.

Apresentamos o caso de um paciente de 82 anos que apresentou uma hérnia inguinal encarcerada. Durante o procedimento cirúrgico, foi identificado no interior do saco herniário o apêndice cecal, a bexiga e alças de delgado. Foi realizada apendicectomia e hernioplastia inguinal à direita com aposição de tela de Márlex.

## Relato do Caso

Paciente do sexo masculino, 82 anos, natural e procedente de Fortaleza-CE, foi internado no dia 20/01/2020 em um hospital terciário de Fortaleza relatando, há 7 dias da admissão, início

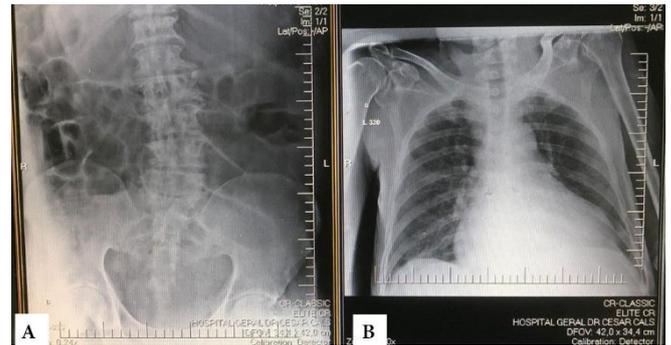
de um quadro de dor abdominal intensa em região de fossa ilíaca direita e região inguinal direita, em pontada, sem irradiações, associado a vômitos biliosos pós-prandiais, parada da eliminação de fezes e distensão abdominal. O paciente também relatou apresentar hérnia inguinal direita há mais de 20 anos, havendo aumento do conteúdo herniário concomitante ao início dos sintomas. Apresenta como comorbidades hipertensão arterial sistêmica, sequela motora de acidente vascular cerebral prévio, hiperplasia prostática benigna e fibrilação atrial. Ex-tabagista, fumante durante 34 anos, nega etilismo e uso de drogas ilícitas.

Ao exame físico na admissão, paciente apresentava abdome globoso, distendido, ruídos hidroaéreos presentes, porém lentificados, timpânico à percussão, doloroso à palpação, com presença de hérnia inguinal à direita, volumosa, endurecida ao toque, dolorosa, irreductível, com sinais flogísticos associados e sem nenhuma mobilidade.

Foi solicitada rotina de abdome agudo com radiografia de abdome na incidência antero-posterior (AP) em decúbito dorsal horizontal e ortostase, e radiografia de tórax com incidência pósterio-anterior (PA) em ortostase. A radiografia de abdome demonstrou alças intestinais dilatadas, sugerindo uma obstrução intestinal, e a radiografia de tórax estava dentro dos parâmetros de normalidade (Figura 1). Com base nos achados radiológicos e clínicos, foi dado o diagnóstico de hérnia inguinal direita encarcerada com obstrução intestinal associada, sendo encaminhado o paciente para cirurgia.

Foi realizada inguinotomia direita paralela à prega inguinal e dissecção por planos com identificação do anel inguinal externo, com diérese da aponeurose do músculo oblíquo externo. No procedimento cirúrgico, foi encontrado o apêndice cecal hipertrofiado envolvido ao conteúdo herniário, a bexiga herniada fazendo parte da parede do saco herniário, alças de delgado herniadas, dilatadas, sem sinais de isquemia, e omento de aspecto necrótico. Realizou-se redução das alças de delgado e de bexiga, apendicectomia e hernioplastia inguinal à direita com aposição de tela de Márlex. O exame anatomopatológico do apêndice cecal demonstrou que a víscera possuía textura amarronzada e firme, contendo trechos de

necrose. O omento foi retirado, mas não foi enviado para biópsia.



**Figura 1 - A.** Radiografia de Abdome em AP demonstrando alças intestinais dilatadas. **B.** Radiografia de Tórax em AP dentro dos parâmetros de normalidade.

O paciente evoluiu com pneumonia aspirativa no pós-operatório, apresentando tosse produtiva e episódios isolados de febre, sendo tratado com antibioticoterapia de amplo espectro. No mais, evoluiu satisfatoriamente, evacuando, flatulando, com diurese clara em fraldas, sem náuseas e vômitos, recebendo alta após término de esquema de antibiótico.

## Discussão

As hérnias são definidas como uma projeção, protrusão ou protuberância de um órgão ou de parte dele através da parede que normalmente o contém. Em se tratando de hérnias abdominais, geralmente tal evento é favorecido quando há aumento na pressão intra-abdominal e uma fraqueza dos músculos de tal região <sup>(2)</sup>.

Dessa forma, o perfil de paciente mais predisposto a desenvolver esta condição são homens com idade mais avançada, obesos, fumantes, constipados crônicos, com aumento prostático ou portadores de doença dos tecidos conectivos <sup>(2)</sup>. Em concordância com o descrito na literatura, o caso apresentado trata-se de um homem idoso, tabagista e portador de hiperplasia prostática benigna.

Foi criado o termo hérnia de deslizamento para referir-se a um subtipo raro de hérnias em que o saco herniário é parcialmente formado pela parede de uma víscera, como o cólon, bexiga urinária, apêndice vermiforme, ceco ou ureter <sup>(5)</sup>. Bendavid classificou as hérnias inguinais de deslizamento em três variantes anatômicas: Tipo I, definido como uma hérnia em que parte do saco peritoneal é formado pela parede da víscera; Tipo

II, definido como uma hérnia que contém o mesentério do órgão retroperitoneal, junto com o órgão correspondente, com o mesentério formando parte da parede do saco peritoneal; Tipo III, a hérnia consiste na protrusão da víscera propriamente dita, de modo que o saco peritoneal é bem pequeno ou mesmo ausente <sup>(1)</sup>. Ainda com tal sistematização proposta, o conceito de hérnia de deslizamento é comumente mal-empregado por cirurgiões, até mesmo pelos mais experientes <sup>(2)</sup>. Na hérnia de paciente apresentado, foram encontradas múltiplas vísceras, incluindo alças de intestino delgado acompanhadas de omento, bexiga urinária e até mesmo o apêndice vermiforme, sendo classificada como Tipo I, de acordo com a classificação de Bendavid.

A bexiga urinária está envolvida em apenas 1 a 3% dos casos de hérnias inguinais <sup>(6)</sup>. Algumas vezes, os pacientes com o envolvimento de tal víscera podem manifestar sintomas de obstrução urinária, como urgência, noctúria, micção incompleta e aumento na frequência de micções. Além disso, também configuram como achados possíveis edema escrotal, hematuria, hidronefrose e insuficiência renal aguda <sup>(5)</sup>. No caso apresentado, entretanto, tais queixas não foram observadas.

Quando o apêndice cecal encontra-se presente no saco herniário inguinal, a hérnia ganha o epônimo de Hérnia de Amyand (HA) <sup>(7)</sup>. Trata-se de um tipo raro de hérnia que possui uma incidência de 1% entre todas as hérnias inguinais. Geralmente, a apresentação da HA é semelhante à da hérnia inguinal comum, sem nenhuma especificidade <sup>(8)</sup>.

Apesar de ser possível a identificação do conteúdo herniado a partir de exames de imagem, tais como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada (TC), e ainda, em se tratando de bexiga, a cistografia, a solicitação de tais exames não é rotina, de modo que eles são realizados apenas em casos que existem outras suspeitas diagnósticas ou que não estão muito bem definidos. Dessa forma, tanto apêndice como bexiga são, mais comumente, encontrados no intra-operatório <sup>(6, 8)</sup>. Devido à investigação do quadro de abdome agudo obstrutivo do no caso apresentado, foram solicitadas radiografias de tórax e abdome do paciente, entretanto, embora tenha

sido constatada hérnia inguinal, o seu conteúdo só foi esclarecido no intra-operatório.

A depender do aspecto do apêndice encontrado na cirurgia, a HA pode ser classificada em quatro diferentes categorias: Tipo 1, apêndice normal na hérnia inguinal; Tipo 2, apendicite aguda na hérnia inguinal; Tipo 3, apendicite aguda com peritonite; Tipo 4, apendicite na hérnia inguinal com concomitante patologia abdominal. Destaca-se ainda que, caso o apêndice cecal encontre-se inflamado, é possível haver quadro algíco associado <sup>(8)</sup>.

O reparo de hérnias inguinais de deslizamento pode ser feito por via laparoscópica, a partir das técnicas de reparo transabdominal pré-peritoneal (TAPP), ou de reparo total extra-peritoneal (TEP). A técnica laparoscópica TAPP é preferida no caso de hérnias de deslizamento por causa da possibilidade de visualização para confirmar o envolvimento do órgão abdominal no saco herniário. Entretanto, a técnica aberta de herniorrafia de Lichtenstein também é uma excelente opção a depender do quadro do paciente <sup>(5)</sup>. No caso abordado, foi preferida a técnica aberta por haver encarceramento e devido ao conteúdo herniário volumoso.

Quanto ao apêndice, não há consenso se deve ser realizada apendicectomia ou apenas reduzi-lo de volta ao abdome, caso este não se encontre inflamado, e apenas corrigir o defeito herniário, ficando a decisão à preferência do cirurgião <sup>(7)</sup>. Por apresentar-se com caráter já necrótico, optou-se pela remoção do apêndice no paciente apresentado.

## Referências

1. Bendavid R. Sliding hernias. *Hernia*. 2002; 6(3): 137-40.
2. Kamat M, Singh N, Nattey K. A rare encounter of obstructed direct inguinal hernia of sliding variety. *Int J Surg Case Rep*. 2018; 49: 209-214.
3. Patoulias D, Kalogirou M, Patoulias I. Amyand's Hernia: an Up-to-Date Review of the Literature. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2017; 60(3): 131-134.
4. Shaban Y, Elbuli A, McKenney M, Boneva D. Amyand's hernia: A case report and re-

- view of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 47: 92-96.
5. Konik RD, Narh-Martey P, Bogen G. Recurrence of an inguinal hernia containing the dome of the bladder following laparoscopic repair with mesh: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 25: 218-20.
  6. Mahadevappa B, Suresh SC, Natarajan K, Thomas J. Cystogram with dumbbell shaped urinary bladder in a sliding inguinal hernia. *J Radiol Case Rep.* 2009; 3(2): 7-9.
  7. Junaid J, Fawad A. A normal appendix in a painful sliding hernia--an unusual case. *J Pak Med Assoc.* 2012; 62(4): 416-7.
  8. Toffaha A, El W, Elaiwy O, Obaid M, Al-yahri O. First sliding Amyand hernia harbouring appendicular schistosomiasis: Case report. *Int J Surg Case Rep [Internet].* 2019; 63: 143-6.

**\* Autor correspondente:**

HELLEN CRYSLÉN BERNARDO BEZERRA

Avenida Dr. Silas Munguba, 6360 - Passaré, Fortaleza - CE, 60743-762.

# IMPACTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO PROCESSO DO LUTO: RELATO DE CASO

LETÍCIA DE MIRANDA STRAITENBERGER RIBEIRO<sup>1\*</sup>; MARIANA BASTOS SANTANA DA CUNHA<sup>1</sup>; MARINA SOUTO MARTINS<sup>1</sup>; THACILA MARIA ROCHA CAROLINO PASSOS<sup>1</sup>; SÓCRATES BELÉM GOMES<sup>2</sup>.

1 – Acadêmica de Medicina da Universidade de Fortaleza.

2 – Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Ceará.

Artigo submetido em: 08/07/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

O luto corresponde a um conjunto de reações fisiológicas para a manutenção da saúde psíquica, decorrente de uma perda real ou abstrata. O atendimento na Atenção Primária à Saúde é responsável pelo primeiro contato, atenção longitudinal e integral ao paciente, proporcionando acolhimento mais completo e humano, auxiliando-o na compreensão da perda, na vivência e na superação do estado enlutado. O caso relatado ilustra a importância da empatia e do reconhecimento pela equipe da Estratégia Saúde da Família do estado de sofrimento do paciente, principalmente, em períodos de grandes perdas humanas, como durante a pandemia do novo Coronavírus.

**Palavras-chave:** Luto; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Coronavírus.

## ABSTRACT

Grief corresponds to a set of physiological reactions to maintain mental health, resulting from a real or abstract loss. Primary health care is responsible for the first contact, longitudinal and comprehensive care for the patient, providing a more complete and humane reception, assisting him in understanding the loss, in experiencing and overcoming the bereaved state. The reported case illustrates the importance of empathy and recognition by the Family Health Strategy team of the patient's state of suffering, especially during periods of great human loss, such as during the new Coronavirus pandemic.

**Keywords:** Mourning; Primary Health Care; Family Health Strategy; Coronavirus.

## Introdução

O luto corresponde a um conjunto de reações importantes para a manutenção da saúde mental, decorrente de uma perda real ou abstrata, sendo influenciado pela interação de componentes físicos, psicológicos e sociais <sup>(1)</sup>.

Devido aos diversos tipos de respostas ao enfrentamento do luto, é imprescindível caracterizar as etapas desse processo, com o intuito de possibilitar o reconhecimento de irregularidades do padrão que necessitem de intervenção terapêutica <sup>(2)</sup>.

Segundo Elisabeth Kubler-Ross (1969), cinco fases englobam as reações do paciente ao luto. A primeira corresponde à negação, na qual a defesa psíquica do indivíduo nega a presença do problema. Na segunda, a raiva e o ressentimento

são resultado da frustração de passar pela perda. Durante a terceira etapa, representada pela barganha, ocorre a negociação do indivíduo com si mesmo para tentar sair daquela situação. Já na fase da depressão, há a melancolia e o sentimento de impotência diante do processo. E, no último estágio, caracterizado pela aceitação, o indivíduo consegue compreender a situação e enfrentar a perda <sup>(3)</sup>.

O atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) abrange o primeiro contato do enfermo com o sistema, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade da atenção integral, proporcionando, assim, uma assistência contínua e global ao paciente <sup>(4)</sup>.

Diante disso, a estratégia de saúde da família garante uma relação mais completa, humana

e acolhedora para prestar assistência ao processo do luto, visando facilitar o desenvolvimento da reconstrução da identidade e da vida do enlutado, ajudando-o no exercício de novos papéis <sup>(2)</sup>.

Desse modo, é de fundamental importância fornecer apoio ao paciente, compreendendo que o processo do luto é vivenciado de forma particular, auxiliando-o na compreensão da perda, permitindo que seja vivenciada e ultrapassada de forma saudável <sup>(2)</sup>.

### Relato do Caso

Paciente 62 anos, sexo masculino, pardo, viúvo, acompanhado por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de longa data, comparece à Unidade de Saúde Básica (UBS) para controle pressórico, negando uso de anti-hipertensivos.

Desde o início do tratamento da comorbidade na UBS, apresentava autocuidado comprometido e uso irregular ou inexistente das medicações prescritas desde então, a saber: Hidroclorotiazida 25 mg e Losartana 50 mg.

Na consulta em questão, além da queixa principal relatada, notou-se que o paciente apresentava humor deprimido, fala lenta e arrastada e olhar desesperançoso. Quando questionado, compartilhou a informação de que um de seus filhos havia cometido suicídio há sete meses e que sua esposa foi a primeira vítima do município em que reside a vir a óbito em decorrência das complicações pela infecção pelo vírus Sars-Cov-2, causador da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19).

Durante o atendimento, refere que apresentou sintomas característicos de síndrome gripal, como tosse, febre e dispneia, há dois meses. No entanto, evoluiu com melhora clínica, sem intercorrências. Informou ainda presença de insônia inicial. Ao exame físico, verificou-se elevação pressórica (PA=150 x 100 mmHg).

Como plano terapêutico, optou-se pelo reinício de anti hipertensivos, com a associação de Benazepril 20 mg com Anlodipino 5 mg, além da educação em saúde, psicoeducação e da abordagem do luto. Ademais, foi prescrito Zolpidem 10 mg para tratamento da insônia.

Portanto, conclui-se que o paciente estava em enfrentamento de luto após a perda, em um curto período, de dois parentes de primeiro grau. Além disso, ressalta-se o papel da equipe da saúde

de da atenção básica no reconhecimento desses quadros, propondo condutas para a melhoria da qualidade de vida do paciente e favorecimento do restabelecimento da saúde mental.

### Discussão

É comum os profissionais da saúde enfrentarem dificuldades ao lidar com a morte, e, principalmente, com questões não biológicas, buscando evitar o vínculo e mantendo uma relação exclusivamente técnica. Por esse motivo, no dia a dia, acaba surgindo a indiferença à dor, criando uma relação fria e distante <sup>(2)</sup>, pois o cuidar do outro expõe as próprias emoções sobre o luto <sup>(5)</sup>.

Aprender a ressignificar a visão do profissional de saúde, desde o sofrimento até a valorização da vida, é um passo fundamental, o qual é construído a partir de recursos pessoais de enfrentamento e resiliência, necessitando ser realizado constantemente <sup>(4)</sup>, através do reconhecimento dos sentimentos de perda e luto <sup>(3)</sup>.

A morte de um ente querido, na maioria das vezes, resulta em frustração por perder a pessoa e a relação que se tinha com ela. Então, para muitas pessoas, o mundo passa a ser vazio e a vida sem sentido <sup>(5)</sup>. Portanto, é de fundamental importância criar um novo caminho na ausência da pessoa que se foi, onde as mudanças vêm com muito esforço e geralmente são dolorosas <sup>(5)</sup>.

A estratégia de Saúde da Família fornece um excelente espaço para acompanhar o processo de luto através da visão multidisciplinar do indivíduo e de sua família em todas as dimensões. Para tal faz-se necessário ter conhecimento acerca da realidade de vida atual e pregressa da pessoa enlutada, sendo importante que os membros das equipes de saúde estejam sensibilizados, oferecendo um olhar humano e acolhedor sobre a pessoa entulhada e processo do luto <sup>(2)</sup>. Correlacionando com o caso, foi identificado, em uma consulta de rotina, que o paciente apresentava fâcies entristecida, sem esperança e desanimado, evidenciando a importância de ser analisado de forma ampla, pois o atendimento, naquele momento, era um pedido de ajuda, pois, de repente, ele se viu, de uma maneira trágica, sozinho, lidando com duas grandes perdas, o suicídio do filho e a morte da esposa, que foi o primeiro óbito por coronavírus no município em que residiam. Sendo este óbito motivo de grande impacto social, o

que acabou por se tornar mais um conflito para o paciente lidar.

A empatia e a capacidade de reconhecimento da equipe de saúde foram de fundamental importância para identificar o processo do luto e, assim, encaminhá-lo para uma consulta com o médico da equipe. Sem esse reconhecimento, o paciente teria maior dificuldade de vivenciar as fases dos seus sucessivos lutos, pois já apresentava sintomas como insônia, dificuldade de concentração e falha de memória, os quais são comuns quando se enfrenta a perda de um ente querido.

Portanto, o apoio multidisciplinar para esses pacientes, que são muitas vezes negligenciados, para lidar com a dor que estão enfrentando, principalmente, nesse momento de pandemia, é essencial para o enfrentamento desse processo.

### Referências

1. Gomes LB, Gonçalves JR. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Revista de Ciências Humanas*. 2015; 49(2): 118-139.
2. Onari P. Fundamentação teórica - O luto na estratégia saúde da família. São Paulo: Especialização em Saúde da Família; 1-7 p.
3. Netto JVG. As fases do luto de acordo com Elisabeth Kubler-Ross; 2015; 9: 4-8.
4. Vieira RR, Robortella AR, Souza AB, Kerr GS, Oliveira JAC. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016; 11(38): 1-7.
5. Magalhães MV, Melo SCA. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde em debate*, 2015; 1(1): 65-77.

#### \* Autor correspondente:

LETÍCIA DE MIRANDA STRAITENBERGER RIBEIRO  
R. Des. Floriano Benevides Magalhães, 221 - Edson Queiroz, Fortaleza - CE, 60811-905  
Email: leticiamsribeiro@gmail.com

# MIELITE TRANSVERSA AGUDA SECUNDÁRIA AO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO – RELATO DE CASO

GUSTAVO SÁ PALÁCIO CÂMARA<sup>1\*</sup>; AMANDA ALENCAR SILVA BENEVIDES<sup>1</sup>; PAULO MARCELO SÁ PALÁCIO CÂMARA<sup>1</sup>; GABRIEL MAGALHÃES SARAIVA<sup>1</sup>; ROGÉRIO CRUZ SARAIVA<sup>2</sup>.

1 – Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Christus, Fortaleza, Brasil.

2 – Médico do Hospital Regional da Unimed, Fortaleza, Brasil.

Artigo submetido em: 15/07/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença autoimune que pode afetar todos os órgãos e tecidos do corpo humano. Possui uma vasta apresentação de manifestações clínicas, dentre elas, manifestações neuropsicológicas, estando, as neurológicas, entre as mais raras. Apresentamos aqui então um relato de caso de mielite transversa aguda secundária ao Lúpus Eritematoso Sistêmico. A paciente foi atendida no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza/CE (HSCM-FOR/CE) e apresentou considerável melhora do quadro clínico e da qualidade de vida, demonstrando que os recursos terapêuticos empregados neste relato de caso propiciaram uma evolução favorável do quadro clínico da paciente.

**Palavras-chave:** Mielite Transversa Aguda; Lúpus Eritematoso Sistêmico; Manifestações Neurológicas.

## ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus is an autoimmune disease that can affect all organs and tissues in the human body. It has a wide range of clinical manifestations, including neuropsychological manifestations, with neurological manifestations being among the rarest. We present here a case report of acute transverse myelitis secondary to systemic lupus erythematosus. The patient was seen at the Santa Casa de Misericórdia Hospital in Fortaleza / CE (HSCM-FOR / CE) and showed a considerable improvement in the clinical condition and quality of life, demonstrating that the therapeutic resources employed in this case report provided a favorable evolution of the condition patient's clinical status.

**Keywords:** Acute Transverse Myelitis; Systemic Lupus Erythematosus; Neurological Manifestations.

## Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica que pode afetar todos os órgãos e tecidos do corpo. A predisposição genética, o sistema hormonal e os fatores se correlacionam no desenvolvimento e na atividade da doença. As manifestações clínicas e o envolvimento dos órgãos são amplamente heterogêneos, refletindo a complexidade de vias moleculares que convergem no fenótipo clínico do LES <sup>(1,2)</sup>.

As manifestações clínicas mais frequentes são lesões cutâneas e articulares proximais, seguidas de alopecia, inflamação de membranas pleural e pericárdica, nefrite, alterações hematológicas e lesões neuropsiquiátricas. Essas últimas mostram-se bem menos frequentes, no entanto,

podem causar convulsões, alterações de humor ou comportamento, depressão e alterações nervosas periféricas e medulares <sup>(1,2)</sup>.

Em 1999, o American College of Rheumatology (ACR) estabeleceu os critérios das manifestações neuropsiquiátricas no LES, entre elas a mielopatia. Essa deve ser considerada se o paciente apresentar evolução rápida (horas ou dias) de um ou mais sinais/sintomas, como fraqueza muscular bilateral nos membros inferiores, com ou sem envolvimento dos superiores; desordem sensorial, com similar nível de acometimento motor, com ou sem acometimento intestinal ou vesical. Deve-se excluir a lesão expansiva que cause compressão medular, bem como lesão na cauda equina <sup>(3)</sup>.

Dentre as manifestações neuropsiquiátricas mais raras no LES, encontra-se a Mielite Transversa Aguda (MTA), a qual pode acometer cerca de 1 a 2% dos pacientes, elemento de importante repercussão no prognóstico da doença, manifestando-se clinicamente por disfunção motora, sensitiva e/ou autonômica<sup>(4)</sup>. A MTA é uma condição clínica na qual um processo imunomediado acarreta lesões neurais na medula espinhal, apresentando como etiologia doenças desmielinizantes, parainfecciosas e sistêmicas autoimunes ou idiopática, impactando no prognóstico devido à alta morbidade. O termo mielite ainda é usado por muitos autores, no entanto, segundo a ACR, mielopatia é a nomenclatura mais apropriada para caracterizar alterações medulares associadas às doenças inflamatórias, como o LES. A causa da mielopatia no LES não é bem esclarecida, mas a participação de trombose e de vasculite tem sido implicadas nesse processo<sup>(4-6)</sup>.

Em face da pequena incidência de apresentação de MTA como manifestação do LES, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso de mielite transversa aguda secundária ao Lúpus Eritematoso Sistêmico.

### Relato do Caso

Paciente, 31 anos, sexo feminino, admitida no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (HSCM-FOR/CE), no dia 06 de Setembro de 2017, apresentando queixas de paraparesia em membros inferiores, dificuldade para deambular e retenção urinária.

A paciente relatou que o quadro teve início no dia anterior, referindo dificuldade para urinar e subir escadas, além de queixas de cefaleia, vômitos, náuseas e febre na semana anterior. Após a avaliação hospitalar, constatou-se paralisia flácida em membros inferiores, arreflexia e ausência de nível sensitivo. Após reavaliação foi percebido nível sensitivo em T12.

Evoluiu no segundo dia de internamento hospitalar com piora considerável do nível sensitivo, de T8 para T6, sendo, então, decidido pela equipe médica, pulsoterapia com Metilprednisolona 1g/dia durante 5 dias, pelo quadro característico de Mielite Transversa Aguda. A paciente realizou exame de ressonância nuclear magnética de coluna torácica, a qual foi condizente com o quadro de MTA, apresentando hipersinal em regi-

ão da coluna torácica, e punção lombar para exame do líquido, o qual não apresentou alterações.

Associado aos sintomas neurológicos, a paciente referiu ainda queixas de alopecia, turvação visual com nistagmo horizontal, rash malar discreto e artrite em articulações interfalangeanas proximais. Foi considerado e diagnosticado Lúpus Eritematoso Sistêmico, sendo associada a pesquisa do FAN e de anticorpos anti-Sm, cujos resultados dos exames foram positivos, e, devido à ausência de melhora após pulsoterapia, foram realizadas 5 sessões de plasmáfese.

Havendo uma melhora discreta do quadro, optou-se por iniciar Ciclofosfamida 1g/pulso, que não mostrou resposta considerável. Foi decidido, então, pela utilização de Metilprednisolona 2mg/kg/dia, com posterior redução para 1mg/kg/dia. Diante do quadro, a paciente apresentou melhora clínica e permaneceu internada para acompanhamento e segmento do tratamento no HSCM-FOR/CE obtendo como diagnóstico final MTA secundária ao LES.

### Discussão

O caso relatado é a respeito de uma paciente que apresentou queixas de sintomas neurológicos característico de Mielite Transversa Aguda associadas a queixas inflamatórias autoimunes sistêmicas e resultaram ao diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico após a pesquisa de anticorpos FAN e anti-Sm, cujos resultados dos exames foram positivos.

Sintomas neuropsiquiátricos ocorrem em 10 a 80% dos pacientes precedendo o diagnóstico de LES ou no decorrer de sua doença, variando amplamente, dependendo da população estudada, definição de caso usada e métodos usados para triagem, sendo os sintomas neurológicos, como os da paciente desse estudo, os mais raros<sup>(5)</sup>.

O Lúpus Eritematoso Sistêmico pode afetar o sistema nervoso em vários níveis, com neuropatias diferentes. A identificação desses mecanismos fisiopatológicos ajudou a descobrir possíveis mecanismos de desordens neuropsiquiátricas mediadas por imunidade, permitindo terapia mais precisa e eficaz<sup>(5)</sup>.

A patologia diversificada da MT é evidente em estudos que mostram que a MT relacionada

ao lúpus pode estar associada a vasculite do sistema nervoso central ou infarto trombótico da medula espinhal. A MT pode se apresentar como manifestação de distúrbios inflamatórios sistêmicos quando apresenta certos sintomas clínicos ou achados paraclínicos associados, como a erupção cutânea malar, livedo reticular, serosite, suores noturnos ou anticorpos autoimunes, juntamente com sintomas de rápida progressão de paraparesia, manifestados na paciente do estudo <sup>(5,6)</sup>.

As principais considerações no diagnóstico diferencial da MTA são condições que causam outros tipos de mielopatia, os vários distúrbios que causam MT secundária e desordens não mielopáticas que podem imitar a Mielite Transversa Aguda, como a síndrome de Guillain-Barré podendo ser diferenciada da clínica da paciente do caso por pacientes acometidos pela desordem não mielopática apresentarem evolução progressiva dos sintomas por semanas, além de eles manifestarem-se com caráter ascendente de acometimento e pelo exame de imagem que pode apresentar-se sem alterações <sup>(7)</sup>.

Houve ausência de melhora da paciente após pulsoterapia com Metilprednisolona 1g, sendo realizadas, posteriormente, cinco sessões de plasmáfereze, com apenas melhora discreta do quadro. Optou-se, então, por utilização de Metilprednisolona 2mg/kg/dia, com posterior redução para 1mg/kg/dia devido a não resposta também à prescrição de Ciclofosfamida 1g/pulso pós plasmáfereze. As neuropatias geralmente respondem à terapia com glicocorticóides em moderada a doses mais altas, mas nem todos os pacientes apresentam resposta resolutive. Um estudo controlado de 32 pacientes com LES e um início agudo de manifestações de doenças neurológicas graves compararam ciclofosfamida por pulso intravenoso com metilprednisolona IV <sup>(8)</sup>. A resposta à ciclofosfamida por pulso intravenoso foi avaliada em 31 pacientes com lúpus neuropsiquiátrico, 90% dos quais falharam na terapia anterior com glicocorticóides e, em alguns casos, drogas citotóxicas orais. Oito pacientes receberam plasmáfereze em adição à ciclofosfamida. Melhoria substancial foi observada em 61% e parcial houve melhora em 29% <sup>(8,9)</sup>.

Em resumo, a mielopatia no LES é muito rara, porém muito grave. Pode manifestar-se em todo o decorrer da ativação da doença ou em

fases de remissão possuindo significativa morbidade. É necessário maior desenvolvimento de estudos a respeito da terapia de casos de MTA secundária a doenças autoimunes, visto que ainda não há uma melhora significativa dos quadros com a terapia preconizada, além de a realização de estudos a longo prazo para análise longitudinal desses pacientes afim de estudar as recorrências desses episódios. O diagnóstico e tratamento precoce evita danos a longo prazo, devendo ao Lúpus Eritematoso Sistêmico entrar na investigação rotineira de quadros de Mielite Transversa Aguda <sup>(10)</sup>.

## Referências

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, Brasil. Lúpus. 2011.
2. Fava A, Petri M. Systemic lupus erythematosus: diagnosis and clinical management. *Journal of autoimmunity*. 2019; 96: 1-13.
3. Liang MH, Corzillius M, Bae SC, Lew RA, Fortin PR, Gordon C et al. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum*. 1999; 42(4): 599-608.
4. Costallat BL, Ferreira DM, Costallat LTL, Appenzeller S. Mielopatia no lúpus eritematoso sistêmico: achados clínicos, laboratoriais, radiológicos e evolutivos em uma coorte de 1.193 pacientes. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2016; 56(3): 240-251.
5. Shur PH. Neurologic manifestations of systemic lupus erythematosus. In: Post, T. W. UpToDate. Waltham: UpToDate; 2020.
6. Chitra K, Benjamin G. Transverse myelitis. In: Post, T. W. UpToDate. Waltham: UpToDate; 2020.
7. Lewis M, Gibson T. Systemic lupus erythematosus with recurrent Guillain-Barré-like syndrome treated with intravenous immunoglobulins. *Lupus*. 2003; 12(11): 857-859.
8. Barile-Fabris L, Ariza-Andraca R, Olguin-Ortega L, Jara LJ, Fraga-Mouret A, Miranda-Limon JM, et al. (Controlled clinical trial of IV cyclophosphamide versus IV methylprednisolone in severe neurological manifestations in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2005; 64(4): 620-625.

9. Trevisani VFM, Castro AA, Neto JFN, Atallah ÁN. Cyclophosphamide versus methylprednisolone for treating neuropsychiatric involvement in systemic lupus erythematosus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (2).
10. Vina ER, Fang AJ, Wallace DJ, Weisman MH. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy in patients with systemic lupus erythematosus: prognosis and outcome. *Semin Arthritis Rheum.* 2005; 35(3): 175-184.

**\* Autor correspondente:**

GUSTAVO SÁ PALÁCIO CÂMARA

Rua Coronel Jucá, 1000 - Meireles, Fortaleza - CE,  
60170-320.

E-mail: gucamara@hotmail.com

# HIPOPLASIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO E ATRESIA DO ESÔFAGO EM RECÉM-NASCIDO - RELATO DE CASO

GABRIEL MAGALHÃES SARAIVA<sup>1\*</sup>; GUSTAVO SÁ PALÁCIO CÂMARA<sup>1</sup>; PAULO MARCELO SÁ PALÁCIO CÂMARA<sup>1</sup>; AMANDA ALENCAR SILVA BENEVIDES<sup>1</sup>; GLAUBERTO ROLIM CARTAXO BEZERRA CRUZ<sup>1</sup>; ROGÉRIO CRUZ SARAIVA<sup>2</sup>.

1 – Acadêmico de Medicina do Centro Universitário Christus.

2 – Médico do Hospital Regional da Unimed, Fortaleza.

Artigo submetido em: 16/07/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

A hipoplasia do ventrículo esquerdo é caracterizada por um grau variável de subdesenvolvimento do ventrículo esquerdo e seus componentes, sendo considerado uma emergência cirúrgica. Essa situação pode progredir para problemas respiratórios, acidose crescente e colapso circulatório. Atresia esofágica (AE) com ou sem fístula traqueoesofágica é a anomalia congênita mais comum do esôfago e é caracterizada por salivação abundante, episódios de cianose e asfixia durante a amamentação. Esse artigo possui o objetivo de relatar um caso de um recém-nascido com síndrome hipoplásica do ventrículo esquerdo associado a uma atresia de esôfago.

**Palavras-chave:** Hipoplasia do Ventrículo Esquerdo; Atresia de Esôfago; Emergência Cirúrgica.

## ABSTRACT

Left ventricular hypoplasia is characterized by a variable degree of underdevelopment of the left ventricle and its components, being considered a surgical emergency. This situation can progress to respiratory problems, increasing acidosis and circulatory collapse. Esophageal atresia (LA) with or without tracheoesophageal fistula is the most common congenital anomaly of the esophagus and is characterized by abundant salivation, episodes of cyanosis and asphyxia during breastfeeding. This article aims to report a case of a newborn with hypoplastic left ventricular syndrome associated with esophageal atresia.

**Keywords:** Left Ventricular Hypoplasia; Esophageal Atresia; Surgical Emergency.

## Introdução

A hipoplasia do ventrículo esquerdo é caracterizada por um grau variável de subdesenvolvimento do ventrículo esquerdo e seus componentes, sendo compatível com a vida apenas nos primeiros dias devido à persistência do canal arterial ao nascimento, portanto torna-se fatal sem intervenção cirúrgica breve. Nenhum gene é específico para essa condição, porém existe um risco bem conhecido de recorrência em gestações futuras.

Os bebês geralmente estão em boas condições ao nascer, visto que o canal arterial é aberto e, portanto, a circulação sistêmica é suportada. Se o forame oval patente e o canal estão amplamente abertos, o bebê pode não estar visivelmente cianótico e o exame inicial

pode ser normal, que evidencia um grande forame oval patente (sopro contínuo pressão de pulso ampla). Esses pacientes têm fluxo sanguíneo pulmonar não controlado e grande carga de volume na circulação e geralmente desenvolvem sinais de insuficiência cardíaca congestiva com cardiomegalia, pletora e hepatomegalia com taquipneia crescente. Essa situação pode progredir para problemas respiratórios, acidose crescente e colapso circulatório.

No outro extremo do espectro, pacientes com um forame oval patente restritivo ou até mesmo septo atrial intacto tem congestão venosa pulmonar e são cianóticos e taquipneicos desde o nascimento. A sobrevivência depende da gravidade da obstrução e se deve ou não a

presença de uma válvula mitral e aórtica patente para permitir pelo menos alguma saída de sangue do coração esquerdo.

O diagnóstico é realizado pela ecocardiografia, que pode mostrar todos os aspectos da condição <sup>(1)</sup>. Bebês com diagnóstico no pré-natal apresentam melhor condição pré-operatória, incluindo níveis mais baixos de lactato e melhor função renal.

O reconhecimento da doença nesse período também permite que as famílias se preparem para uma criança com um defeito fatal, sendo realizado um acompanhamento com uma equipe multidisciplinar que cuidará do recém-nascido e explicará o prognóstico a curto e longo prazo da doença <sup>(2)</sup>.

Atresia esofágica (AE) com ou sem fístula traqueoesofágica é a anomalia congênita mais comum do esôfago. A incidência geral de atresia esofágica com ou sem fístula traqueoesofágica varia de um em cada 2500 a 4500 nascidos vivos, sendo a mortalidade, atualmente, limitada aos casos com grave risco de vida coexistente.

O diagnóstico de atresia esofágica é mais comumente feito durante as primeiras 24 horas de vida, mas pode ser realizado também no período pré-natal. Na sala de parto, o principal sinal da atresia esofágica é a impossibilidade da passagem de um cateter orogástrico além de 11 ou 12 centímetros. No berçário, os sinais clínicos mais importantes são salivação abundante, episódios de cianose e asfixia durante a amamentação <sup>(3)</sup>. No pré-operatório, a confirmação do diagnóstico é estabelecida com uma sonda nasogástrica de grande calibre no esôfago superior associada a uma radiografia do tórax e abdome, sendo este último para determinar a presença de gás intestinal indicativo de fístula traqueoesofágica distal <sup>(4)</sup>.

### Relato do Caso

Paciente recém-nascido (RN), sexo masculino, branco, nasceu de parto cesáreo no dia 30/07/18 na Unidade de Neonatologia do Hospital Regional Unimed em Fortaleza, pesando 2300g e com Apgar 2/10, sendo realizado intubação para melhorar a oferta de oxigênio, aspiração de VAS e aspiração gástrica.

A mãe realizou pré-natal, apresentando doença hipertensiva específica da gravidez

(DHEG), que resultou em um nascimento pré-termo do RN, que manifestou, ao nascer, taquidispneia (60 incursões respiratórias por minuto), cianose, ausculta pulmonar com roncosp difusos, hipotensão (pressão arterial média 59) e alterações na ausculta cardíaca nos focos aórtico e mitral, sendo realizado, no mesmo dia, um ecodopplercardiograma e uma radiografia simples de tórax devido suspeita de alterações nas câmaras cardíacas.

Ao exame, paciente apresentou hipoplasia de ventrículo esquerdo, de válvulas aórtica e mitral, que confirmou o diagnóstico de Síndrome Hipoplásica do Ventrículo Esquerdo (SHVE), com suspeita de atresia de esôfago, sendo solicitado um esofagograma.

Foi realizada, no 4º dia de internação, a cirurgia de bandagem da artéria pulmonar direita e esquerda, restringindo o diâmetro da artéria pulmonar com uma fita externa para reduzir o fluxo pulmonar e proteger o pulmão das altas pressões que podem ser ocasionadas pela SHVE.

No 22º dia de internação, RN recebeu diagnóstico de Atresia de Esôfago com Fístula Traqueoesofágica (AEFT) ao receber a imagem do esofagogastroduodenoscopia, sendo realizada, no mesmo dia, a dilatação esofágica e a passagem da sonda nasoenteral para correção dessa patologia.

Porém, no quarto dia pós-operatório da cirurgia de AEFT, constatou-se uma fístula esôfago-pleural, complicação comum do procedimento, que é resolvida espontaneamente, e uma estenose de esôfago, também advinda do processo cirúrgico.

Posteriormente, ao 46º dia de internação, foi realizada a atriostomia com o implante de stent no Canal Arterial Persistente (CAP), para ser mantida uma ampla comunicação interatrial e ampliar o diâmetro na CAP, obtendo um melhor fluxo sanguíneo.

Ao 53º dia de internação, realizou-se uma esofagogastroduodenoscopia com dilatação da estenose de esôfago, com passagem de sonda nasoenteral de Dobb-Hoff, em vista da incapacidade de alimentação pelo método convencional devido a complicação causada pelo procedimento cirúrgico para correção da AEFT. Paciente evoluiu com remissão dos sintomas e

das complicações cirúrgicas, tendo alta após 70 dias de internação.

### Discussão

O termo síndrome hipoplásica do ventrículo esquerdo (SHVE) foi primeiramente utilizado em 1958 por Noonam e Nada, ocorrendo em até quatro em cada 10.000 nascidos vivos, a síndrome compreende 8% dos casos de cardiopatia congênita e geralmente é fatal no primeiro mês de vida. Essa síndrome é caracterizada por um defeito congênito em que o lado esquerdo do coração, incluindo a cavidade cardíaca inferior, as válvulas cardíacas e a aorta, está subdesenvolvido, podendo haver alterações em outros órgãos.

As manifestações clínicas da SHVE são determinadas pela porcentagem e a velocidade do fechamento do canal arterial, caracterizando-se por respiração acelerada, falta de ar, pulso fraco, palidez ou cianose e hipotermia<sup>(5)</sup>.

O aperfeiçoamento das técnicas em ultrassom tem sido de bastante importância para auxiliar no diagnóstico da doença, sobretudo no período gestacional da mãe, pois a SHVE pode ser diagnosticada ainda em período pré-natal por ultrassonografia fetal, além disso, em alguns casos, também pode-se utilizar de raio X de tórax e de eletrocardiograma. Se confirmado o diagnóstico, deve ser feita uma avaliação adicional incluindo a avaliação genética e a exclusão de outras malformações extracardíacas, tendo em vista que 25% dos fetos afetados têm uma doença genética associada<sup>(6)</sup>.

Atualmente o protocolo de tratamento da SHVE, se não for caracterizado como uma emergência cirúrgica, inicia-se com a utilização de prostaglandina administrada por via intravenosa para manter o canal arterial aberto até o momento indicado para o procedimento cirúrgico para reconstrução da válvula afetada, ou, até mesmo, um transplante cardíaco dependendo do caso e com isso aumentando a sobrevida do paciente e diminuindo a progressão das manifestações clínicas<sup>(7)</sup>.

A mortalidade imediata após o tratamento da SHVE tem sido reportada na literatura em até 60%. Entretanto, com os avanços na técnica operatória, com a utilização da tecnologia da Circulação Extra Corpórea (CEC) e com manejo

pós-operatório por equipes multidisciplinares foi relatada uma sobrevivência de até 80-90% dos pacientes. Dentre os fatores de risco para mortalidade após o procedimento cirúrgico, destacam-se o baixo peso de nascimento, diagnóstico de subtipo anatômico, anomalias cardíacas associadas, condições clínicas pré-operatórias e o diâmetro da aorta ascendente<sup>(8)</sup>.

A SHVE é, muitas vezes, uma emergência cirúrgica e a cirurgia de reparo do ventrículo afetado em suas três etapas, atualmente, é o processo mais seguro e eficiente.

Diante disso, é bastante importante o diagnóstico de forma precoce em recém nascidos com essa condição, visto que tem um impacto significativo para a implementação do tratamento adequado e aumentar a sobrevida desses indivíduos.

### Referências

1. Barron DJ, Kilby MD, Davies B, Wright JG, Jones TJ, Brawn WJ. Hypoplastic left heart syndrome. *The Lancet*. 2009;374(9689):551-564.
2. Feinstein, J. A., Benson, D. W., Dubin, A. M., Cohen, M. S., Maxey, D. M., Mahle, W. T. et al. Hypoplastic left heart syndrome: current considerations and expectations. *Journal of the American College of Cardiology*. 2012;59(1 Supplement):S1-S42.
3. Pinheiro, P. F. M., e Silva, A. C. S., & Pereira, R. M. Current knowledge on esophageal atresia. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2012;18(28): 3662-3672.
4. Spitz, L. Esophageal atresia: lessons I have learned in a 40-year experience. *Journal of pediatric surgery*. 2006;41(10):1635-1640.
5. Silva, J. P. D., Fonseca, L. D., Baumgratz, J. F., Castro, R. M., Franchi, S. M., Sylos, C. D. et al. Síndrome da hipoplasia do coração esquerdo: a influência da estratégia cirúrgica nos resultados. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2007;88(3):354-360.
6. Dionísio, M. T., Couceiro, A., Galhano, E., Matos, L., Mesquita, J., Sousa, G., Castela, E. Síndrome do Coração Esquerdo Hipoplásico: 19 anos de diagnóstico pré-natal. *Diagnóstico Prenatal*. 2011;22(1):2-6.

7. Fantini, F. A., Gontijo Filho, B., Martins, C., Lopes, R. M., Heiden, E., Vrandecic, E. et al. A operação de Norwood modificada para tratamento da síndrome de hipoplasia do coração esquerdo. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 2004;19(1):42-46.
8. da SILVA, J. P., da FONSECA, L., Baumgratz, J. F., Castro, R. M., Franchi, S. M., Lianza, A. C. et al. Síndrome do coração esquerdo hipoplásico: estratégia cirúrgica e comparação de resultados com técnicas de Norwood x Sano. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 2007;22(2):160-168.

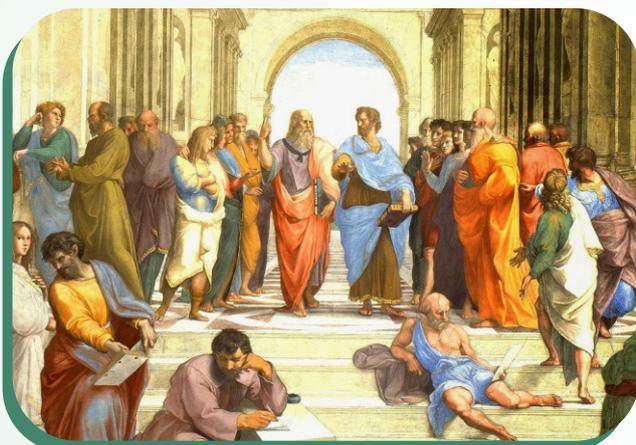
**\* Autor correspondente:**

GABRIEL MAGALHÃES SARAIVA

Rua Fonseca Lobo, 1355 - Fortaleza – CE.

Email: gabriel\_m\_saraiva@hotmail.com

## Centro de Estudos





**COOCIRURGE**

Cooperativa dos Cirurgiões Gerais do Ceará

# CON QUIS TAMOS

O PRÊMIO

PRIMEIROS PASSOS

▶ **BRONZE** ◀



PRÊMIO  
**somos  
coop**

EXCELÊNCIA EM GESTÃO

CICLO 2020/2021

**FNQ**  
gestão para transformação



**SESCOOP**





HOSPITAL E MATERNIDADE  
JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

