

Revista Científica

HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR



Edição 4(1) | 2023

Janeiro/Junho

ISSN Online - 2965-0585

ISSN Impresso - 2674-6956



HOSPITAL E
MATERNIDADE
JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



Revista Científica
DO HOSPITAL MATERNIDADE
JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR



HOSPITAL E
MATERNIDADE
JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Equipe Editorial

Diretora Geral

Silvana Furtado Sátiro – Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editor Geral

Orivaldo Alves Barbosa - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editor Científico

Paulo Marcos Lopes - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editor Executivo

Mercia Marques Jucá - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editor de Texto

Sílvia Maria Negreiros Bomfim Silva - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editores Associados

Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Nathália Sousa e Silva - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Rafael da Silva Cunha - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

José Walter Correia – Hospital Geral Dr. César Cals

Conselho Editorial

Ângela Rocha Mapurunga

Bruno Gadelha Bezerra Silva

Cássia Maria Holanda Pinheiro

Elciana Almeida Loyola

Fernanda Pereira de Sousa

Francisco Edson Ximenes Gomes

Francisco Julimar Correia de Menezes

Francisco Nogueira Chaves

João Antônio Lopes

José Walter Correia

Kilvia Kelly Gomes de Vasconcelos

Márcia Correia Viana

Maria Elidiana de Araújo Gomes

Matthaus Rabelo da Costa

Nathália Sousa e Silva

Rafael Da Silva Cunha

Raquel Lima Sampaio

Sebastiana Shirley de Oliveira Lima

Silvana Furtado Sátiro

Sílvia Maria Negreiros Bonfim Silva

Solange Araújo Paiva Pinto

Suporte de Tecnologia da Informação

José Pereira da Fonseca Filho - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Imagem da Capa

ASCOM - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Secretária Editorial

Mercia Marques Jucá. - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Diagramação

Open Journal Solutions

Acesso e Contato

<http://revista.hmjma.ce.gov.br>

revistacientificahmjma@gmail.com

Revista Científica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar / Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar. v. 4, n. 1/2023 (jan./jun. 2023) - Fortaleza: HMJMA, 2023. 70p.

Semestral

SSN Eletrônico - 2965-0585

ISSN Impresso - 2674-6956

Sumário

Editorial

Atuação da cirurgia buco-maxilo-facial no Hospital José Martiniano de Alencar: tratando faces, mudando vidas . 13

Artigo Original

Iana Vitória Araújo Marques, João Pedro Andrade Augusto, Karen Suzyanne Coelho Gomes, Raíra Marques Oliveira, Edmilson Cruz Lopes, Francisco Julimar Correia de Menezes

Análise epidemiológica da Doença Inflamatória Intestinal no Brasil nos últimos 10 anos 15

Josfran da Silva Ferreira Filho, Rebecca Ruthely de Abreu Mattos, Murilo Alves Teixeira Neto, Raimundo Thompson Gonçalves Filho, José Lincoln Carvalho Parente

Análise epidemiológica das biópsias orais e maxilofaciais do Hospital José Martiniano de Alencar 19

Relato de Caso

Bruno Gadelha Bezerra Silva, Davidson Anthony Aragão Freire, Carlos Eduardo Lopes Soares, Lorena Cavalcante de Lemos, Nicolas Andrade Moreira, Marcos Túlio Monteiro Tavares

Criptorquidia e orquidopexia em adulto jovem: um relato de caso 27

Marcela Romero da Frota Levy, Douglas Marques Ferreira de Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Karen Suzyanne Coelho Gomes, Natan Rolim de Assunção Bisio, Anik Moraes Marangoni

Hérnia de Littre umbilical encarcerada: um relato de caso 31

Dielly Chaves Moreira, Larisce Lopes Sarmiento, Felipe Siqueira Teixeira, Lidiane Quaresma, Pedro Amorim Vidal, Ingrid Sarmiento Guedes

Hérnia de Richter: relato de caso e descrição cirúrgica 35

Lorena Cavalcante de Lemos, Davidson Anthony Aragão Freire, Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto, Dielly Chaves Moreira, Anik Moraes Marangoni, Isabela Franco Freire

Íleo biliar pós-colecistectomia: relato de caso 39

Robert William de Azevedo Bringel, Eric Arcanjo Bringel, Júlia Oliveira de Assis

Sarcoma de Kaposi retal isolado em paciente portador de HIV e infecção pelo vírus herpes humano tipo 8: relato de caso 43

Talita Guimarães Andrade, Aline Macêdo Ramos, Sâmya Pessoa de Amorim Marinho, Gabriel Pinheiro Furtado, Thais Guimarães Andrade, Orivaldo Alves Barbosa

Síndrome de Sheehan: a propósito de um caso clínico 49

Relato de Experiência

Isabela Franco Freire, Natan Rolim de Assunção Bisio, Marcos Túlio Monteiro Tavares, João Luiz Bezerra de Menezes Saraiva, Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega, Paulo Marcos Lopes

Evento de conscientização sobre cirurgia bariátrica para pacientes: um relato de experiência em grande centro de cirurgia digestiva 55

Giselle Maria Duarte Menezes, Juliana Benicio Muniz, Lúcia Maria Caminha Colares, Ângela Rocha Mapurunga, Maria Elidiana Araújo Gomes

Vigilância de doenças notificáveis em hospital de Fortaleza: um relato de experiência 61

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Científica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Rev Cientí 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 Cientí 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 apótem 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 antecidos 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 deveram 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 Cientí 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):

Atuação da cirurgia buco-maxilo-facial no Hospital José Martiniano de Alencar: tratando faces, mudando vidas

Oral and maxillofacial surgery performance at Hospital José Martiniano de Alencar: treating faces, changing lives

No Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, a Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial é mais do que uma especialidade odontológica; é uma fonte de transformação e esperança para nossos pacientes. Com uma equipe dedicada de cirurgiões especialistas, estamos há 09 anos realizando procedimentos que restauram a função e a estética facial, proporcionando uma qualidade de vida melhor para aqueles que atendemos.

A atuação da Cirurgia Buco-maxilo-facial em nosso hospital abrange uma ampla gama de intervenções, desde cirurgias buco-dentárias como frenectomias em bebês recém nascidos na maternidade em atuação conjunta com a fonoaudiologia, remoção de dentes inclusos, biópsias, exodontias de pacientes internados, avaliação odontológica de pacientes pré cirurgia bariátrica em nosso ambulatório até procedimentos mais complexos sob anestesia geral como correções de deformidades faciais congênitas, tratamentos de lesões císticas e neoplasias benignas da face, tratamentos complexos de trauma facial, tratamentos de fissuras labiopalatais, tratamento odontológico sob anestesia geral de pacientes com necessidades especiais em conjunto com a equipe do Centro de Especialidades Odontológicas -

Centro de reconstruções de tecidos moles e ósseos. Nossa equipe trabalha em estreita colaboração com outras especialidades do hospital, já tendo operado casos em conjunto com a cirurgia geral, garantindo uma abordagem holística e integrada para cada caso.

Além disso, estamos comprometidos em promover a educação e a pesquisa. Recebemos residentes em Cirurgia Buco-maxilo-facial dos programas de residência do IJF, HGF e Hospital Bastista Memorial e estágios para estudantes de Odontologia interessados em aprender com profissionais experientes e adquirir habilidades práticas em cirurgia bucomaxilofacial. Também estamos envolvidos em estudos clínicos e projetos de pesquisa que visam aprimorar ainda mais os tratamentos disponíveis para nossos pacientes.

Nossa missão é proporcionar cuidados de excelência, compaixão e inovação a todos os que procuram os serviços do Hospital José Martiniano de Alencar. Estamos orgulhosos do trabalho que realizamos na área da Cirurgia Bucomaxilofacial, já tendo realizado mais de 1.000,00 cirurgias desde o início de nossas atividades em 2015 e estamos comprometidos em continuar elevando os padrões de cuidados de saúde em nossa comunidade e além dela. Juntos, estamos transformando vidas, um sorriso de cada vez.

Dr. Raimundo Thompson Gonçalves Filho

Cirurgião Buco Maxilo Facial / Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, Fortaleza-Ceará

Análise epidemiológica da Doença Inflamatória Intestinal no Brasil nos últimos 10 anos

Epidemiological analysis of Inflammatory Bowel Disease in Brazil over the last 10 years

Iana Vitória Araújo Marques¹; João Pedro Andrade Augusto¹; Karen Suzyanne Coelho Gomes²; Raíra Marques Oliveira²; Edmilson Cruz Lopes²; Francisco Julimar Correia de Menezes³

1 – Graduando(a) de Medicina da Universidade de Fortaleza e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Graduando(a) de Medicina pela Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

3 – Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo do Instituto Doutor José Frota (IJF) e Docente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

Artigo submetido em: 04/03/2024

Artigo aceito em: 23/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A Doença Inflamatória Intestinal é representada, principalmente, pela Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa, e é caracterizada por um processo multifatorial e imunomediado em indivíduos com predisposição genética para o desenvolvimento e evolução desse quadro. Observa-se uma tendência mundial no aumento de casos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, cujas hipóteses explicativas baseiam-se na influência do estilo de vida e da globalização. No Brasil, apesar da baixa incidência, é progressivamente destacável o aumento expressivo do número de casos nos últimos anos. O estudo foi realizado por uma análise de dados do sistema de Declaração de Morbidade Hospitalar do SUS. Foi analisado uma prevalência do sexo feminino em ambas as doenças e, na faixa etária, em adultos jovens. Acerca das regiões brasileiras, ocorreu uma prevalência no Sul e Sudeste. Importante ressaltar que a região Norte apresentou a maior taxa de mortalidade. Esse cenário pode ser consequência de disparidades socioeconômicas e subnotificações.

Palavras-chave: doença de Crohn; colite ulcerativa; epidemiologia.

ABSTRACT

Inflammatory Bowel Disease, represented mainly by Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, is characterized by a multifactorial and immune-mediated process in individuals with a genetic predisposition for the development and evolution of this condition. There is a global trend towards an increase in cases, both in developed and developing countries, whose explanatory hypotheses are based on the influence of lifestyle and globalization. In Brazil, despite the low incidence, there has been an increase in the number of cases in recent years. The study was carried out by analyzing data from the Hospital Morbidity Declaration system provided by SUS. The prevalence of females in both diseases and, in the age group, in young adults was analyzed. Regarding Brazilian regions, there was a prevalence in the South and Southeast. The North region had the highest mortality rate. This scenario may be a consequence of socioeconomic disparities and underreporting.

Keywords: crohn disease; colitis ulcerative; epidemiology.



INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) representada, principalmente, pela Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa, é caracterizada por um processo multifatorial, imunomediado e descontrolado em indivíduos que tenham predisposição a desenvolver tal quadro diante da interação entre fatores ambientais e a microbiota intestinal, ocasionando distúrbios digestivos e inflamação na totalidade ou em partes do trato gastrointestinal ^[1,2]. Os principais sintomas característicos variam entre sangramentos anorretais, cólicas abdominais, diarreias, constipação e manifestações extra-intestinais, como acometimento da mucosa oral e perda ponderal ^[1]. Acerca da epidemiologia no contexto global, observa-se uma tendência mundial no aumento de casos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sendo noticiado novos casos em regiões pouco notificadas anteriormente, tendo como exemplo os países asiáticos, africanos e na Europa Oriental, indicando mais fortemente as relações com fatores ambientais e sociais ^[3]. No Brasil, a incidência e prevalência dessa doença é baixa, mas os registros de aumento no número de casos e hospitalizações têm ocorrido ^[2].

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo realizar uma análise temporal dos últimos 10 anos acerca da Doença Inflamatória Intestinal, no Brasil, na última década, mediante o uso do Sistema de Declaração de Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do DATASUS.

METODOLOGIA

Optado por um estudo transversal, pois por meio do mesmo será possível descrever características clínicas e sociodemográficas perante o tema proposto, e quantitativo visando uma melhor análise da coleta de informações obtidas através do Sistema de Declaração de Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do DATASUS. Portanto, trata-se de um estudo transversal quantitativo, com amostra de 48.821 indivíduos internados

por Doença Inflamatória Intestinal, seja Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa, nos últimos dez anos (2013-2023), notificadas por meio, exclusivamente, do Sistema de Declaração de Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do DATASUS. Avaliaram-se as variáveis por local de residência, taxa de mortalidade, sexo e faixa etária.

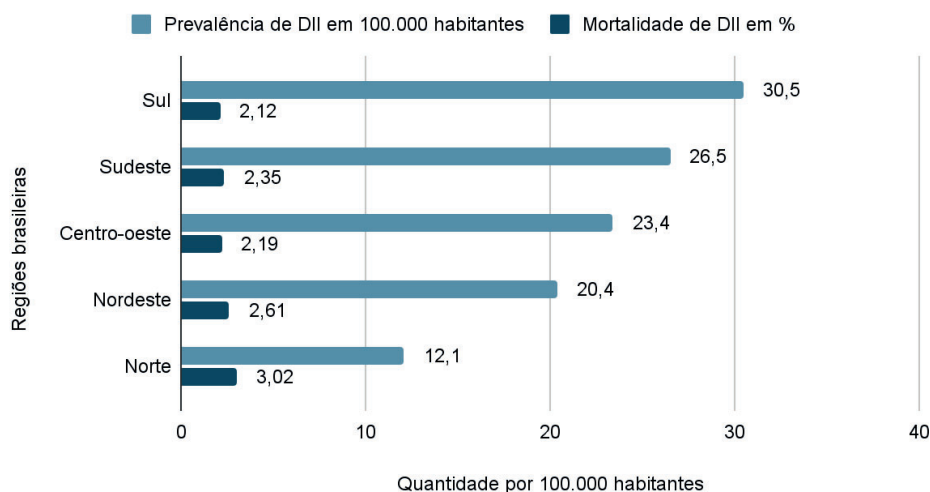
RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intervalo de tempo analisado, as mulheres apresentaram maior número de casos, totalizando 25.815 (52,87%), já os homens foram responsáveis por 23.006 (47,12%) casos ^[4]. A predominância da doença inflamatória intestinal em mulheres demonstrada neste estudo apresenta concordância com outros estudos realizados no Brasil, sendo a Retocolite Ulcerativa mais frequente nessas pacientes quando comparada à Doença de Crohn. Em relação à faixa etária, a doença atinge seu pico nos adultos jovens, tendo a segunda, a terceira e a quarta década de vida somando 45,78% dos casos registrados neste período (n=22.351); dado que corrobora com a literatura, a qual coloca tal faixa etária como a de predominância da doença ^[4,2]. Em contrapartida, até os 15 anos tem-se apenas 15,29% dos casos (n=7.465), sendo a faixa etária menos acometida, em concordância com os trabalhos médicos atuais; contudo, destaca-se que este é o período em que a doença se apresenta com maior gravidade. Tratando-se das diferenças entre as regiões, o Sul apresentou maior prevalência da DII (30,5/100.000hab.), seguido do Sudeste (26,5/100.000hab.), Centro-oeste (23,4/100.000hab), Nordeste (20,4/100.000hab.), e por fim, Norte (12,1/100.000 hab.) ^[4]. Esses dados podem relacionar-se com as questões socioeconômicas das regiões brasileiras, que possuem disparidades quanto à coleta dos dados e à busca pelos pacientes, pois a infraestrutura e os centros especializados que incentivam o diagnóstico precoce destas patologias estão mais bem definidos nas regiões mais desenvolvidas do país, como as do sul e sudeste, além da influência europeia nessas regiões ^[5]. Vale ressaltar que a subnotificação, ou seja, não registrar adequadamente o número de casos, pode contribuir para a discrepância entre os dados do Sul e do Norte do país, o que demonstra a dificuldade de obtenção de dados em um país com dimensões continentais, como o Brasil. Já com relação à mortalidade por região, o Norte exibiu maior taxa de mortalidade (3,02%), segui-

do pelo Nordeste (2,61%), Sudeste (2,35%), Centro-Oeste (2,19%) e Sul (2,12%)^[4,5]. Fatores econômicos, sociais

e culturais podem influenciar nesses números, que são mais baixos nas regiões com maior desenvolvimento.

Relação da DII nas regiões brasileiras



CONCLUSÃO

A prevalência de DII foi maior no sexo feminino, e principalmente nas regiões Sul e Sudeste, podendo apresentar correlação com o fato de serem regiões de maior desenvolvimento no âmbito industrial, com consequentes mudanças ambientais por tal fato. Por fim, é cabível, também, mencionar os fatores relacionados à subnotificação, como a falta de investimentos na obtenção de dados, que podem causar discrepâncias entre algumas regiões brasileiras, como Sul e Norte. Ressalta-se a necessidade de observação dos fatores epidemiológicos para sugerir tratamentos eficazes imunomoduladores para controle sintomático e posteriores intervenções e cirurgias^[6].

REFERÊNCIAS

1. Seyedian SS, et al. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life*. 2019;12(2):113-122. doi:10.25122/jml-2018-0075. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685307/>
2. Quaresma AB, Kaplan GG, Kotze PG. The globalization of inflammatory bowel disease: the incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Brazil. *Curr Opin Gastroenterol*. 2019;35(4):259–264. doi: 10.1097/

MOG.0000000000000534. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30973356/>

3. Selvaratnam S, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in South America: A systematic review. *World J Gastroenterol*. 2019;25(47):6866-6875. doi:10.3748/wjg.v25.i47.6866. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6931006/>
4. DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. URL: <http://www.datasus.gov.br>
5. Kotze PG, Damião AOMC. Research in inflammatory bowel disease in Brazil: a step forward towards patient care. *Arq Gastroenterol*. 2020;57(3):225–226. doi:10.1590/S0004-2803.202000000-43. URL: <https://www.scielo.br/j/ag/a/bNBL36JDXx7ghfVhGymth-FL/?lang=en>
6. Gomes TNF, de Azevedo FS, Argollo M, Mizputen SJ, Ambrogini O Jr. Clinical and Demographic Profile of Inflammatory Bowel Disease Patients in a Reference Center of São Paulo, Brazil. *Clin Exp Gastroenterol*. 2021;14:91–102. doi:10.2147/CEG.S288688. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33762838/>

* Autor correspondente:

Francisco Julimar Correia de Menezes

Email:

julimarmd@gmail.com

Análise epidemiológica das biópsias orais e maxilofaciais do Hospital José Martiniano de Alencar

Epidemiological analysis of oral and maxillofacial biopsies at Hospital José Martiniano de Alencar

Josfran da Silva Ferreira Filho¹, Rebecca Ruthely de Abreu Mattos², Murilo Alves Teixeira Neto³, Raimundo Thompson Gonçalves Filho³, José Lincoln Carvalho Parente³

1 – Mestrando em Ciências da Reabilitação / Hospital de Reabilitação em Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC – USP), Bauru, São Paulo.

2 – Cirurgiã-Dentista / Prática privada, Fortaleza-Ceará.

3 – Cirurgião Buco Maxilo Facial / Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, Fortaleza-Ceará.

Artigo submetido em: 23/06/2023

Artigo aceito em: 03/07/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

Introdução: Em face da necessidade de estimular a prevenção e o diagnóstico precoce das patologias orais e maxilofaciais, evidencia-se a escassez de dados epidemiológicos sobre as alterações bucais diagnosticadas na cidade de Fortaleza, Ceará. **Objetivo:** Dessa forma, o objetivo deste trabalho é realizar um levantamento epidemiológico, sendo um estudo observacional quantitativo epidemiológico, dos prontuários de pacientes submetidos a biópsias realizadas no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco maxilo facial do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA), situado em Fortaleza, Ceará. **Metodologia:** Foram examinados os prontuários no período de 04 de maio de 2015 a 31 de dezembro de 2020, totalizando um total de 68 (sessenta e oito) meses. Foram avaliados dados referentes a identificação do paciente: idade, sexo, naturalidade, localização da lesão, tipo de biópsia, diagnóstico inicial, referente aos diagnósticos clínico, final e histopatológico. **Resultados:** Os dados coletados foram tabulados e importados no programa Statistical Package for The Social Sciences para fins de análise estatística. O nível de significância adotado será de 95%. No Brasil, existem diversos estudos que enfatizam a incidência e a prevalência de lesões que acometem o sistema estomatognático, tendo em vista a alta diversidade de doenças que acometem o complexo buco maxilo facial. **Conclusão:** O estudo reflete a importância de pesquisas epidemiológicas orais e maxilo facias em serviços de saúde.

Palavras-chave: Biópsia; Cirurgia Oral; Diagnóstico Oral; Levantamento Epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: A nearly and consistent diagnosis for oral and maxillofacial pathologies, as well as the poor epidemiological data on the oral disorders diagnosed in the city of Fortaleza, Ceara, a great comprehension concerning such entities is needed. **Aim:** The current article described an epidemiological survey for medical patients records undergoing their biopsies performed at the Service of Oral and Maxillo facial Surgery and Traumatology of the José Martiniano de Alencar Hospital in Fortaleza, Ceará. **Medical records** were analyzed from May 5, 2015 to December 31, 2020, in 72 (seventy-two) months. **Data related to patient's identification** were examined: age, sex, birthplace, type of lesion and biopsy, early diagnosis, references to clinical, final and histopathological diagnoses. **Histopathological reports**, as well as clinical hypotheses, were categorized into thirteen groups of lesions. The gathered data were organized and imported into the Statistical Package for The Social Sciences program to prompt the statistical analysis. The level of significance adopted will be 95%. In Brazil, there are several studies that emphasize the incidence and prevalence of lesionsthat affect the stomatognathic system, based on the high diversity of diseases that affect the oral and maxillo facial complex. The study reflects the importance of oral and maxillo facial epidemiological research in health services.

Keywords: Biopsy; Oral surgery; Oral diagnosis; Epidemiological Survey.



INTRODUÇÃO

Os estudos epidemiológicos têm um importante papel na saúde pública, discutindo informações sobre a prevalência e distribuição de um grupo de doenças na população^{1,2,3,4}. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a pesquisa epidemiológica é um dos principais recursos para identificar situação atual e estimar as necessidades de implementação e manutenção da saúde bucal de uma dada população^{5,6}.

O conhecimento acerca da frequência de doenças bucais é de grande auxílio na determinação de um diagnóstico preciso, considerando que levantamentos epidemiológicos avaliam a distribuição de determinadas lesões, revelando a influência de fatores como idade, gênero e perfil socioeconômico diante das patologias. A realização destes estudos, nas diversas regiões do país, é fundamental para que se desenvolvam programas de prevenção e promoção de saúde, considerando-se as variáveis demográficas na prevalência das lesões⁷. Levantamentos epidemiológicos sobre lesões do complexo buco maxilo facial fornecem dados sobre a prevalência de alterações e doenças, além de permitir e estimar a possibilidade de identificá-las na prática clínica¹. No Brasil, há divergências sobre a epidemiologia das lesões bucais em relação a diversas variáveis, a saber: idade, sexo, raça, hábitos, tempo, estágio de desenvolvimento e atividade laboral^{5,6}. O papel do cirurgião-dentista (CD) no diagnóstico de alterações patológicas que acometem a boca é primordial. Nessa prática, muitas vezes o CD necessita de exames complementares específicos para auxiliar o diagnóstico tais como: exames imagiológicos, laboratoriais e anatomo histopatológico que por sua vez exige a realização de biópsia^{8,9}. A biópsia representa um ato cirúrgico em que se coleta um tecido alterado para submissão à análise anatomohistopatológica^{10,11}, considerada o principal recurso laboratorial especializado para o diagnóstico de algumas lesões¹². Uma biópsia ideal deve incluir, essencialmente, tecido clinicamente alterado, como área avermelhada/verrucosa/nodular/endurecida ou ulcerada para avaliação patológica e tecido sadio para comparação. Isso aumenta as chances de capturar a doença em questão^{13,14,15}. Por

meio dessa análise, é possível identificar características microscópicas do tecido alterado. O objetivo do presente estudo foi realizar um levantamento epidemiológico dos prontuários de pacientes submetidos a biópsias realizadas no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco maxilo facial do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA), situado em Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo observacional quantitativo do tipo seccional, em indivíduos submetidos a biópsias do complexo buco maxilo facial no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, região de Fortaleza – Ceará. Para tanto, foram seguidas as recomendações para pesquisas observacionais propostas pela iniciativa Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Von-ELM 2007). Foram examinados prontuários do serviço no período compreendido de 05 de maio de 2015 a 31 de dezembro de 2020, totalizando 68 meses.

Este estudo seguiu a todos os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, satisfazendo os requisitos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade Paulo Picanço, em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob o registro de nº 4.549.278.

Participantes

A amostra estudada constituiu-se dos prontuários de indivíduos atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco maxilo facial no hospital citado.

Crerios de inclusão e exclusão

Foram avaliados dados referentes a identificação do paciente: idade, sexo e naturalidade; bem como dados relativos às lesões estudadas: localização da lesão, tipo de biópsia, diagnóstico inicial e histopatológico. Foram incluídos todos os prontuários que contenham os dados referentes a procedimentos de biópsia realizados no complexo oral e maxilo facial. Como critérios de exclusão, prontuários preenchidos

de forma ilegível ou não adequadamente preenchidos. Foram retirados da pesquisa os prontuários que continham laudos histopatológicos de procedimentos não realizados no referido hospital. Foram excluídos do presente trabalho 16 prontuários, por não cumprirem com os critérios estabelecidos.

Fontes de dados/Mensuração

A criação do banco de dados ocorreu através do preenchimento de uma planilha digital composta de tópicos relativos às variáveis estudadas (Microsoft Excel 2018). A análise dos prontuários foi realizada por um pesquisador, calibrado previamente por dois profissionais, no que diz respeito aos procedimentos e preenchimento dos prontuários.

Os prontuários digitais foram utilizados como fonte de coleta de dados e em caso de inacurácia, o prontuário físico foi utilizado para consulta. Os pacientes que tiveram recidivas nas lesões já diagnosticadas ou realizaram mais de uma biópsia em regiões anatômicas diferentes, foram contabilizados como um novo participante.

Tamanho do estudo

A amostra de conveniência que contemplou os critérios previamente estabelecidos totalizou 321 participantes.

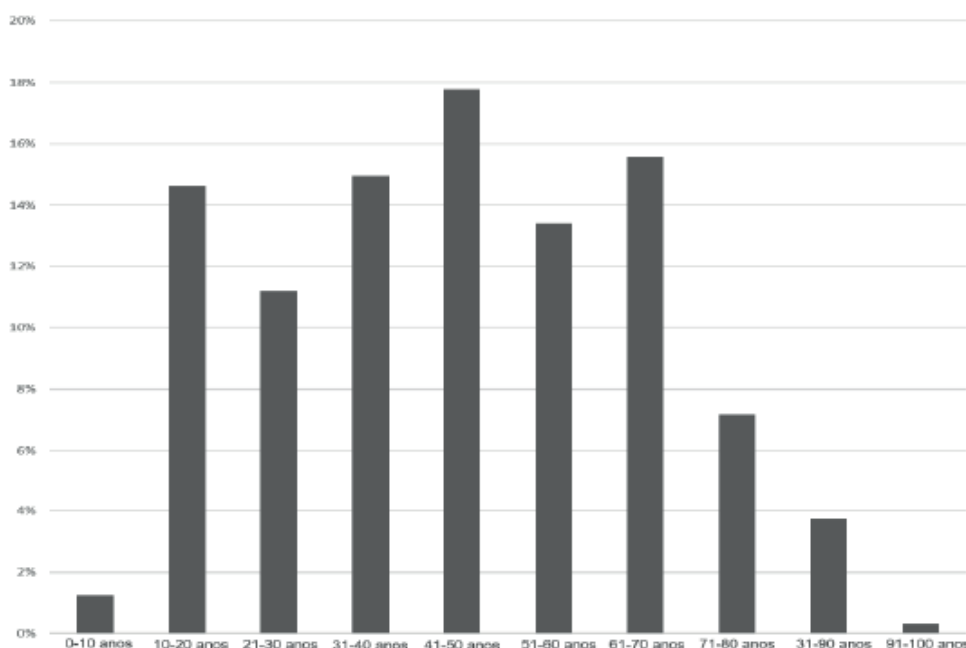
Métodos estatísticos

Os dados foram digitados e processados no SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 20.0. A margem de erro ou nível de significância é de 5,0%. Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e medidas estatísticas: valor mínimo, valor máximo, média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação – técnicas de estatística descritiva.

RESULTADOS

Quanto ao sexo, percebeu-se um equilíbrio entre o sexo masculino, com 163 prontuários (50,8%) e feminino, com 158 (49,2%). Observou-se a predominância do sexo masculino no grupo de neoplasias malignas, enquanto as lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles foram mais encontradas em mulheres. Quanto à idade, a distribuição da faixa etária classificou-se em 10 grupos, de 0 a 100 anos, e observou-se um predomínio da faixa etária de 41 a 50 anos (17,8%) e uma menor frequência nas faixas etárias extremas, de 91 a 100 anos com 0,3% e de 0 a 10 anos, com 1,2%.

Gráfico 1 - Distribuição dos casos segundo a faixa etária

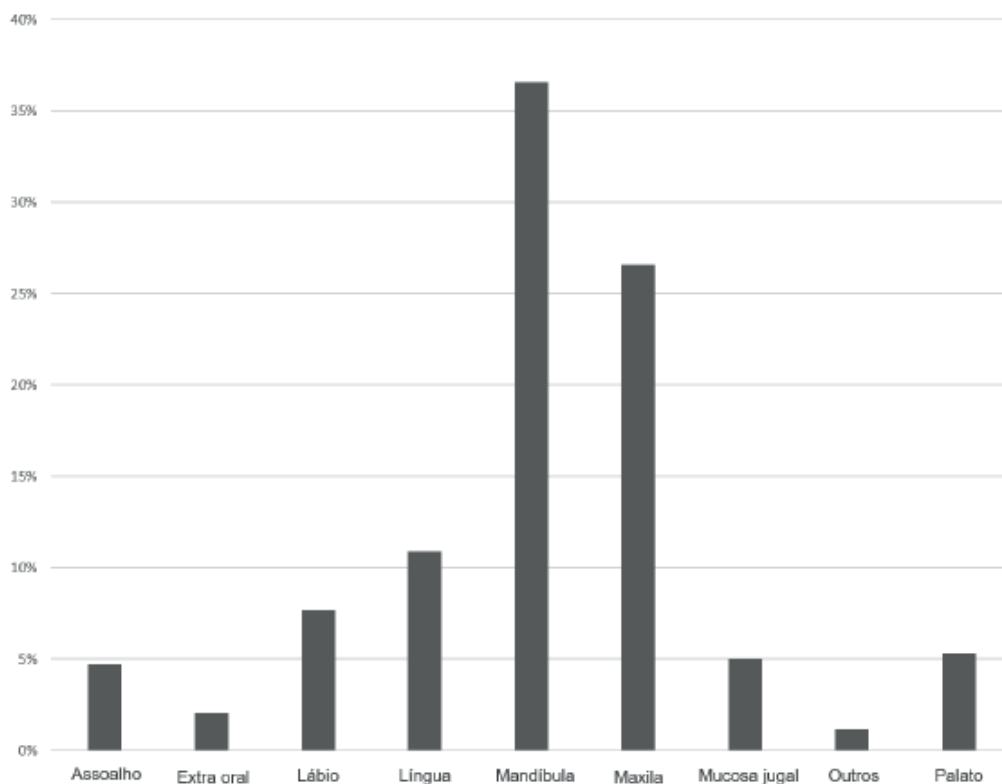


Fonte: Autoria própria (2021)

O maior percentual de lesões acomete as 5ª e 7ª décadas de vida. Em relação ao sexo feminino, a faixa etária com maior prevalência foi a de 41-50 anos (24,1% do público feminino). Quanto ao público masculino, a mais prevalente foi de 31-40 anos (18,4% dos homens). Foram identificados um total de 95 municípios, compreendidos principalmente no estado do Ceará. Cidades de outros estados (Amazonas, Maranhão, Minas Gerais, Piauí, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e São

Paulo) também foram identificadas e observou-se a predominância de pacientes naturais de Fortaleza-Ceará, com 106 participantes (33%). As regiões das lesões comumente observadas: mandíbula (36,5%), maxila (26,5%) e língua (10,9%). As demais localizações foram: lábio (7,6%), assoalho (4,7%), mucosa jugal (5,2%), sítios extra-orais (2,1%), palato (5,3%) e outros (1,2%). A mandíbula configurou-se como a localização anatômica mais frequente, tanto em homens quanto em mulheres.

Grafico 2 - Distribuição dos casos segundo a localização anatômica das lesões



Fonte: Autoria própria (2021)

O total das lesões (339 localizações anatômicas) representa um valor diferente do número de participantes da pesquisa, pois alguns pacientes apresentavam mais de uma lesão. Em relação aos tipos de biópsias realizadas, houve uma predominância de biópsias excisionais, com 209 (65,1%), e biópsias incisionais, com 112 (34,9%). Acerca da

relação do diagnóstico clínico das lesões, a Tabela 1 apresenta os 13 grupos de lesões. Os cistos dos maxilares foram as lesões mais identificadas, representando 19,6% da amostra total investigada e prevalentes nas mulheres (57,1%), com faixa etária de 11-30 anos; enquanto nos homens (42,9%), na faixa etária de 21-30 anos.

Tabela 1 - Número e percentual totais descritos em cada grupo de lesões

Grupos de lesões	Total (nº)	Percentual (%)
Processos infecciosos	7	2,2%
Patologias ósseas benignas	31	9,7%
Patologia de glândulas salivares	23	7,2%
Lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles	39	12,1%
Neoplasias malignas dos maxilares	52	16,2%
Cistos dos maxilares	63	19,6%
Tumores intra-ósseos dos maxilares	43	13,4%
Patologias intra-epiteliais	14	4,4%
Tecidos normais	5	1,6%
Outras lesões	16	5%
Diagnóstico inconclusivo	8	2,5%
Material impróprio/fragmento não representativo	0	0%
Tumores de tecido mole	20	6,2%
Total	321	100%

Fonte: Autoria própria (2021)

O cisto mais encontrado foi o cerato cisto odontogênico, frequentemente na mandíbula. Foram realizadas 53 biópsias excisionais e 10 biópsias incisionais. O diagnóstico clínico e histológico foi compatível em 96,8% desse grupo de lesão. O grupo de neoplasias malignas – representativo de 16,2% do presente trabalho – foi o segundo mais frequente. As lesões mais encontradas foram da categoria de carcinomas, principalmente no sexo masculino (73,1%). A faixa etária

de maior prevalência foi de 61-70 anos (39,5%). A localização mais frequente foi na mandíbula, seguida da língua. A neoplasia maligna mais prevalente foi o carcinoma de células escamosas. As neoplasias benignas intra-ósseas dos maxilares representam 13,4%, sendo executadas 30 biópsias excisionais e 13 incisionais. Pacientes entre 31-40 anos e mandíbula como sítio de acometimento foram evidenciadas com parâmetros prevalentes 79,1%.

Tabela 2 - Distribuição do nível de concordância dos diagnósticos histopatológico por ano, Fortaleza, Ceará

Ano	Nº	Concordância	Nº	Não concordância	Total de lesões por ano
2015	05	100%	0	0%	05
2016	31	73,8%	11	26,2%	42
2017	56	83,6%	11	16,4%	67
2018	69	81,2%	16	18,8%	85
2019	59	71%	24	29%	83
2020	34	87,2%	05	12,8%	39

Fonte: Autoria própria (2021)

O tumor ameloblastoma evidenciou-se como a lesão com maior prevalência. Quanto ao grupo de lesões hiperplásicas e reacionais de tecidos moles (12,1% do total) predominância em 29 mulheres em comparação com 10 homens; a faixa etária de maior prevalência foi de 41-60 anos. A biópsia excisional apresentou-se como modalidade mais comum para hiperplasias (84,6%). A compatibilidade entre os diagnósticos clínico e histopa-

tológico foi evidenciada: em 248 lesões (77,3%), houve concordância clínica- histopatológica e 22,7% dos diagnósticos clínicos não coincidiram com os histológicos.

DISCUSSÃO

No Brasil, existem diversos estudos que enfatizam a incidência e a prevalência de lesões que

acometem o sistema estomatognático, tendo em vista a alta diversidade de doenças que acometem o complexo bucomaxilofacial^{16,17,18}. A identificação das lesões é orientada por meio de procedimentos que consideram características clínicas, imagiológicas, cirúrgicas e histopatológicas, objetivando a melhora ou o controle das mesmas, sendo a sua correlação importante para a obtenção dos diagnósticos diferencial e final, bem como uma terapêutica individual^{19,20, 21}. Na presente pesquisa, foram analisados dados clínicos registrados em prontuários odontológicos e laudos histológicos de procedimentos via cirurgias buco maxilo faciais e profissionais em formação na referida especialidade. O diagnóstico clínico tem apresentado alterações significantes nos últimos anos, em decorrência do aumento no número de exames complementares e do expressivo aumento de tecnologia aplicada à saúde²². A realização do exame clínico conduzido e de exames complementares tendem a auxiliar na elaboração de hipóteses diagnósticas adequadas²³. Ressalta-se a atenção que o CD deve ter em relação às lesões orais mais frequentes e o conhecimento das variáveis clínicas e histopatológicas, referente às condições de cada paciente como: idade, sexo, localização anatômica, tipo de biópsia realizada e diagnóstico clínico sugerido pelos profissionais. Referente aos tipos de biópsias, as excisionais foram mais prevalentes do que as incisionais sendo resultados concordantes com a literatura, justificando-se pelas lesões bucais apresentarem tamanho reduzido e progressão indolente, permitindo ao profissional optar por esse procedimento¹⁸. A avaliação da concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões bucais permite analisar a acurácia e a capacidade do profissional em realizar um diagnóstico clínico apropriado²⁴. Assim, quanto à concordância desta pesquisa, o diagnóstico histopatológico correspondeu ao clínico em 77,3% das lesões, sendo avaliadas para cada ano e o percentual de concordância em menor grau ocorreu no ano de 2019, com 71% e o maior encontrado em 2015, com 100% de concordância. A aplicação eficiente da histopatologia requer a correlação de resultados microscópicos com toda informação do diagnóstico clínico disponível²⁵. Há na literatura registro da concordância entre o diagnóstico clínico e

o histopatológico de lesões bucais que coincidiram em 79,9% dos casos, resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo^{26,27}. Entre as patologias mais importantes na Odontologia, destacam-se as lesões císticas definidas como entidades patológicas comuns que envolvem o complexo maxilo mandibular correspondentes a cavidades revestidas por tecido epitelial, contendo, no seu interior, substância líquida ou semissólida²⁸. O ameloblastoma é um tumor odontogênico agressivo que se forma a partir do epitélio odontogênico^{29,30,31,32}; Relacionado ao grupo de tumores intra-ósseos dos maxilares, o ameloblastoma foi o tumor mais comum dentre o grupo, representando 79,1% deste. O carcinoma oral é uma das formas mais prevalentes de neoplasia maligna em todo o mundo³³, é um subconjunto maligno da região de cabeça e pescoço que inclui câncer das superfícies da mucosa dos lábios, assoalho bucal, dois terços anteriores da língua, mucosa bucal, superfícies gengivais inferior e superior, palato duro e mole, assim como trígono retromolar^{34,35}. O grupo de neoplasias malignas foi um dos mais acometidos na pesquisa e com o diagnóstico dos laudos histológicos desses pacientes os CDs encaminharam os pacientes para serviços assistenciais oncológicos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de 90% das neoplasias malignas da cavidade oral são carcinomas de células escamosas com predominância no gênero masculino e predileção pela 5ª e 6ª décadas de vida, dados que coincidem com o presente trabalho³⁶. O CD ocupa importante função na prevenção e diagnóstico precoce de lesões na cavidade oral. A falta de padronização e variedade de profissionais envolvidos no preenchimento dos prontuários pode ser uma limitação deste estudo.

CONCLUSÃO

O estudo reflete a importância de pesquisas epidemiológicas orais e maxilo faciais em serviços de saúde e afirma a necessidade, por meio de adequado diagnóstico e tratamento no que diz respeito as patologias do complexo buco maxilo facial, da atuação do cirurgião-dentista no atendimento interdisciplinar ao indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Hoff K, da Silva SO, de Carli JP. Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. *RFO*. 2015 Set/Dez; 20(3): 319-324.
2. Lin HC, Corbet EF, Lo EC. Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res*. 2001 May; 80(5): 1486-90.
3. Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008 Jan;105(1): 79-85.
4. Nascimento JS, Júnior AT, Pires FR, Barros EMVB, Azevedo RS. Brazilian oral pathology: a retrospective survey of 245 cases from a Surgical Pathology Hospital Laboratory. *BDS*. 2016 Apr/Jun; 19(2): 96-103.
5. Demko CA, Sawyer D, Slivka M, Smith D, Wotman S. Prevalence of oral lesions in the dental office. *Gen Dent*. 2009 Sep/Oct; 57(5): 504-9.
6. Pinto ASB, Pinto MSC, de Araújo NS. Epidemiological survey of oral and maxillo facial complex biopsies: 13 year retrospective study. *BDS*. 2015 Oct/Dec; 18(4): 51-58.
7. Dogenski LC, Trentin MS, Linden MSS, Pedro REL, Carli JP. Alterações estomatológicas mais frequentes e seu processo diagnóstico - Revisão de Literatura. *Rev. Salusvita [Online]*. 2019; 38(2): 423-441.
8. Silva TFA, Souza RB, Rocha RD, Araújo FA, Morais HHA. Levantamento das Biópsias Realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac*. 2011 Abr/Jun; 11(2): 91-100.
9. Alhindi NA, Sindi AM, Binmadi NO, Elias WY. A retrospective study of oral and maxillo facial pathology lesions diagnosed at the Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University. *Clin Cosmet Invest Dent*. 2019 Mar; 4(11):45-52.
10. Melrose RJ, Handlers JP, Kerpel S, Summerlin DJ, Tomich CJ. American Academy of Oral and Maxillo facial Pathology. The use of biopsy in dental practice. The position of the American Academy of Oral and Maxillo facial Pathology. *Gen Dent*. 2007 Sep/Oct; 55(5):457-61.
11. Brazao-Silva MT, De Carvalho BO, Pinto RA. A biópsia na prática odontológica: revisão de literatura. *Rev. da ACBO*. 2018; 7(3): 197-203.
12. Masthan KMK, Leena Sankari S, Aravindha Babu N, Rajguru JP. How to help the oral pathologist in making an accurate diagnosis. *J Clin Diagnostic Res*. 2013; 7(1): 181-184.
13. Kumaraswamy KL, Vidhya M, Rao PK, Mukunda A. Oral biopsy: oral pathologist's perspective. *J Cancer Res Ther*. 2012; 8(2): 192-198.
14. Chaturvedi MI, Pathan AK. Diagnostic Dilemma at Preoperative Biopsy Diagnosis of Oral Cavity Lesions with Recommendations. *Ann. Path. and Labor. Med*. 2016; 3(3): 206-11.
15. Rao RS, Chatura KR, Sv S, Prasad K, Lakshminarayana S, Ali FM, et al. Procedures and pitfalls in incisional biopsies of oral squamous cell carcinoma with respect to histopathological diagnosis. *Dis Mon*. 2020 Dec; 66(12):101035.
16. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr; 61(4):344-9.
17. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral & maxillo facial pathology*. 4a ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2015.
18. Nascimento GJF, Paraíso DP, Góes PSA, Sobral APV. Estudo epidemiológico de 2.147 casos de lesões bucomaxilofaciais. *Rev. Bras Patol Oral*. 2005; 4(2):1-11.
19. Xavier JC, Andrade SC, Arcoverde CAL, Lucena KCR, Cavalcanti UDNT, Carvalho AAT. Levantamento epidemiológico das lesões bucais apresentadas por pacientes atendidos no Serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Pernambuco durante o período de janeiro de 2006 a julho de 2008. *Inter. J of Dent*. 2009; 8:135-139.
20. Simões CA, Lins RC, Henriques ACG, Casal C, Castro JFL. Prevalência das lesões diagnosticadas na região maxilofacial no laboratório de patologia oral da Universidade Federal de Pernambuco. *Int J Dent*. 2007; 6(2):35-38.

21. Marin HJI, Silveira MMF, Souza GFM, Pereira JRD. Lesões bucais: concordância diagnóstica na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Odontol Clín-Científ.* 2007 Out/Dez; 6(4):315-8.
22. Viscomi F. Diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico: discordâncias. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2): 109-26.
23. Barbosa RPS, Paiva MEB, Rodrigues TLC, Rodrigues FG. Valorizando a biópsia na clínica odontológica. *Arq Odontol.* 2005; 41(4): 278-368.
24. Souza JG, Soares LA, Moreira G. Concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões bucais diagnosticadas em Clínica Universitária. *Rev Odontol UNESP.* 2014 Jan/Feb; 43(1): 30-35.
25. Vier FV, Rockenbach MIB, Yurgel LS, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Diagnósticos histopatológicos do Laboratório de Patologia do Serviço de Estomatologia da PUC-RS, nos anos de 2000 a 2002 e sua relação com o diagnóstico clínico. *Rev Odonto Ciênc.* 2004;19(46): 382-8.
26. Vaz DA, Valença DL, Lopes RBM, Silva AVC, Pereira JRD. Concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *RPG Rev. Pós Grad.* 2011;18(4): 236-243.
27. Nanami R, Sampaio C, Olivete J, Pizzatto E, Moresca R, Giovanni AF. Prevalência de cistos maxilares diagnosticados em um centro de referência brasileiro. *RSBO.* 2009; 6(2): 143-146.
28. Cruz MCFN, Almeida KGB, Lopes FF, Bastos EG, Freitas RA. Levantamento de biópsias da cavidade oral, realizadas no Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra/UFMA, da cidade de São Luís (MA), no período de 1992 a 2002. *RBPO.* 2005; 4(3):185-8.
29. Fregnani ER. Avaliação epidemiológica de 8.875 diagnósticos histopatológicos orais realizados pelo Serviço de Diagnostico Oral da Disciplina de Patologia Bucal da FOP/UNICAMP em um período de 32 anos. Piracicaba, 2003. [Dissertação de mestrado]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2003.
30. Moresco FC, Nora Filho MR, Balbinot MA. Levantamento Epidemiológico dos Diagnósticos Histopatológicos da Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da ULBRA-Canoas/RS. *Stomatos.* 2003; 9(17): 29-34.
31. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: Biological profile of 3677 cases. *European J Can. Part B Oral Oncology.* 1995; 31B: 86–99.
32. Sciubba JJ, Eversole LR, Slootweg PJ. Odontogenic tumours. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, eds. *World Health Organization Classification Head and Neck Tumours.* IARC Press: Lyon, 2005. p. 283-328.
33. International Agency for Research on Cancer [Internet]. France: Global Cancer Observatory. [cited 9 May 2021]. Available from: <http://glo-bocan.iarc.fr/Default.aspx>.
34. Huang Z, Huang D, Ni S, Peng Z, Sheng W, Du X. Plasma microRNAs are promising novel biomarkers for early detection of colorectal cancer. *Int. J. Cancer.* 2010; 127:118–126.
35. National Center for Biotechnology Information [Internet]. USA: National CancerInstitute (US). [cited 23 Apr 2021]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66005/>.
36. Martinelli KG, Vieira MM, Barros LAP, Maia RMLC. Análise retrospectiva das lesões da região bucomaxilofacial do serviço de anatomia patológica bucal - Odontologia/UFES. *Rev. Bras. de Pesq. em Saúde.* 2011;13(2): 24-31.

*** Autor correspondente:**

Josfran da Silva Ferreira Filho

Email:

josfranctbmf@gmail.com

Criptorquidia e orquidopexia em adulto jovem: um relato de caso

Cryptorchid and orchidopexy in a young adult: a case report

Bruno Gadelha Bezerra Silva¹, Davidson Anthony Aragão Freire², Carlos Eduardo Lopes Soares², Lorena Cavalcante de Lemos², Nicolas Andrade Moreira³, Marcos Túlio Monteiro Tavares³

1 – Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

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

3 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza.

Artigo submetido em: 01/03/2024

Artigo aceito em: 23/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A criptorquidia é a ausência testicular na bolsa escrotal que pode estar relacionada com alterações histopatológicas e funcionais que prejudicam a fertilidade ou ainda promovem risco aumentado de malignidade. São mais comuns na infância e os guidelines atuais se baseiam em estudos com a população pediátrica estabelecendo bem diagnóstico e manejo desses casos. Entretanto, há casos de diagnóstico tardio, cujo manejo é controverso. Este artigo relata o caso de um paciente de 22 anos com diagnóstico intra-operatório de criptorquidia.

Palavras-chave: Criptorquidia; Lipoma Intestinal; Neoplasias Testiculares; Infertilidade.

ABSTRACT

Cryptorchidism is the absence of testicles in the scrotum that may be related to histopathological and functional changes that impair fertility or promote an increased risk of malignancy. They are more common in childhood and current guidelines are based on studies with the pediatric population establishing the diagnosis and management of these cases. However, there are cases of late diagnosis, the management of which is controversial. This article reports the case of a 22-year-old patient with an intraoperative diagnosis of cryptorchidism.

Keywords: Cryptorchidism; Intestinal Lipoma; Testicular Neoplasms; Infertility

INTRODUÇÃO

A criptorquidia é uma condição patológica na qual há falha na descida testicular para a bolsa escrotal e que pode estar associada a infertilidade ou malignidade. ⁽¹⁾ É a anomalia geniturinária congênita mais comum com prevalência de 3.4-5.8% nos nascidos à termo e de até 30% nos pré-termos. ⁽²⁾

A etiologia pode ser genética, hormonal, anatômica ou relacionada a fatores maternos ⁽³⁾ enquanto a localização do testículo pode ser classificada como retrátil, escrotal alto, abdominal ou no canal inguinal. ⁽⁴⁾ Até 25% dos pacientes com criptorquidia apresentam hérnia inguinal combinada. ⁽⁵⁾

O exame físico é a principal ferramenta de investigação e permite diagnóstico sem necessidade de exames complementares. A ultrassonografia abdominal se limita a casos de investigação de diagnósticos diferenciais uma vez que há baixa acurácia para diferenciar ausência ou ectopia testicular.

Neste artigo apresentamos um relato de caso sobre um paciente adulto com criptorquidia e história de diagnóstico prévio de ausência testicular.

RELATO DO CASO

Paciente masculino de 23 anos, foi admitido com queixa de abaulamento em região inguinal direita, que aumentava com esforço, associado a dor local e progressiva desde a infância. Relata ainda que, aos 4 anos de idade, foi submetido a exploração cirúrgica para criptorquidia direita, sem sucesso por ausência testicular, segundo relatório cirúrgico.

Ao exame físico, se apresentava em bom estado geral, com abdome flácido e indolor à palpação e com hérnia inguinal redutível à direita sem sinais sugestivos de isquemia local ou encarceramento. Os exames laboratoriais pré-operatórios sem alterações.

O paciente foi submetido à inguinotomia à direita sem achado de hérnia inguinal nem de cordão espermático, decidida por exploração de anel inguinal interno e achado de testículo direito viável em cavidade abdominal. Pelo aspecto do testículo sem deterioração nem atrofia, foi realizada orquidopexia extra-dartos.

Em acompanhamento ambulatorial, foram solicitados marcadores tumorais para avaliação de

neoplasia testicular, apesar da aparência viável do testículo, e realizado encaminhamento para acompanhamento ambulatorial com urologista. Apresentou HBCG e AFP negativo, LDH de 148 e sem outras alterações.

DISCUSSÃO

O manejo cirúrgico da criptorquidia em criança está bem estabelecido devido ao potencial risco de 2.9 vezes de malignidade após a fixação testicular e à maior incidência, de 5 a 10 vezes, de tumores testiculares em pacientes com criptorquidia em relação à população sem essa condição. ^(4, 8) Além disso, há alteração funcional que prejudica a espermatogênese e regulação endócrina principalmente quando ocorre bilateralmente. ⁽⁵⁾

Em pacientes pediátricos, o tratamento deve ser iniciado aos 6 meses, uma vez que raramente há resolução após essa idade, e o processo de posicionamento deve ser finalizado até os 18 meses para otimizar a preservação de células germinativas. ⁽⁷⁾ Todavia, em adultos, a abordagem é controversa, uma vez que há poucos estudos nessa faixa etária.

Estudos recentes em adultos relatam os benefícios da preservação testicular, como manutenção da produção dos hormônios sexuais, o que promove melhor qualidade de vida após operatória inclusive com fertilidade conjugal e também com baixo risco de malignidade ^(4, 6, 10).

Um follow-up de 63 meses pós-orquidopexia em um centro especializado na Ásia, com 37 pacientes e idade média de 30 anos, não apresentou nenhuma evidência laboratorial nem ultrassonográfica de malignidade. Apenas um paciente apresentou atrofia testicular. ⁽²⁾

Alguns cuidados podem ser tomados para melhor prognóstico como: biópsia incisional de testículos pequenos, orquiectomia em casos de atrofia ou evidência de deterioração, orientação ao paciente e familiares sobre riscos e importância do autoexame, seguimento trimestral no primeiro ano e, então, anualmente com ultrassonografia doppler, testosterona, BHCG, AFP e LDH séricos. ⁽²⁾

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOLCOMB, George W. Ashcraft - Cirurgia Pediátrica - cap 45 - testículos não descidos e tumores testiculares. Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788595155015
2. Han H, Li J, Lei HE, Yin H, Tian L. Laparoscopic orchidopexy for the treatment of cryptorchidism in adults: a description of the technique and outcomes. BMC Urol. 2024 Jan 2;24(1):1. doi: 10.1186/s12894-023-01386-4. PMID: 38166868; PMCID: PMC10763021.
3. Elamo HP, Virtanen HE, Toppari J. Genetics of cryptorchidism and testicular regression. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2022;36(1):101619.
4. JEONG, S. C. et al. Clinical Characteristics and Treatment of Cryptorchidism in Adults: A Single Center Experience. The World Journal of Men's Health, v. 32, n. 2, p. 110, 2014.
5. Hutson JM (2013) Undescended testis: the underlying mechanisms and the effects on germ cells that cause infertility and cancer. J Pediatr Surg 48(5):903
6. VILJOEN, J. T.; ZARRABI, A.; VAN DER MERWE, A. Management of cryptorchidism in adolescent and adult males. African Journal of Urology, v. 26, n. 1, 22 set. 2020.
7. RADMAYR, C. et al. Management of undescended testes: European Association of Urology/ European Society for Paediatric Urology Guidelines. Journal of Pediatric Urology, v. 12, n. 6, p. 335–343, dez. 2016.
8. Cho A, Thomas J, Perera R, Cherian A. Undescended testis. BMJ. 2019;364:l926
9. Chiba K, Ishikawa T, Yamaguchi K, Fujisawa M. The efficacy of adult orchido-pexy as a treatment of male infertility: our experience of 20 cases. Fertil Steril. 2009;92(4):1337–9
10. Bergbrant S, Omling E, Björk J, Hagander L. Cryptorchidism in Sweden: a Nationwide Study of Prevalence, Operative Management, and Complications. J Pediatr. 2018;194:197–203e6.

*** Autor correspondente:**

Marcos Túlio Monteiro Tavares

Email:

tuliotav@edu.unifor.br

Hérnia de Littre umbilical encarcerada: um relato de caso

Incarcerated umbilical Littre's hernia: a case report

Marcela Romero da Frota Levy¹, Douglas Marques Ferreira de Lima¹, Afonso Nonato Goes Fernandes¹, Karen Suzyanne Coelho Gomes², Natan Rolim de Assunção Bisio³, Anik Moraes Marangoni³

1 – Médico(a) do Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

2 – Graduando(a) de Medicina pela Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

3 – Graduando(a) de Medicina da Universidade de Fortaleza e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

Artigo submetido em: 28/02/2024

Artigo aceito em: 01/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

Hérnia de Littre é uma apresentação rara caracterizada por um divertículo de Meckel dentro de uma hérnia, podendo ser umbilical, femoral e inguinal. O caso apresentado revela uma paciente de 83 anos com parada de eliminação de fezes e abaulamento em região umbilical, e durante tomografia de abdome foi identificada uma hérnia encarcerada. Foi submetida a enterectomia e identificaram a hérnia de Littre durante o período intraoperatório. A ressecção do divertículo de Meckel é importante para prevenir complicações, como obstrução intestinal, hemorragia e perfuração e deve-se levar em conta essa apresentação potencialmente grave para pacientes com hérnias.

Palavras-chave: hérnia; divertículo de Meckel; hérnia umbilical.

ABSTRACT

Littre's hernia is a rare presentation characterized by a Meckel's diverticulum within a hernia, which can be umbilical, femoral or inguinal. The case presented reveals an 83-year-old patient with stopped elimination of feces and bulging in the umbilical region, and during an abdominal tomography an incarcerated hernia was identified. She underwent enterectomy and Littre's hernia was identified during the intraoperative period. Resection of Meckel's diverticulum is important to prevent complications such as intestinal obstruction, hemorrhage and perforation and this potentially serious presentation must be taken into account for patients with hernias.

Keywords: hernia; Meckel diverticulum; umbilical Hernia.

INTRODUÇÃO

A hérnia umbilical é uma protrusão da parede abdominal que ocorre na área da cicatrização umbilical [1]. A presença de um divertículo de Meckel dentro da hérnia umbilical é uma experiência rara e com incidência desconhecida, que pode levar a complicações graves [2,3]. A prevalência de divertículo de Meckel na população adulta é cerca de 2% com uma proporção de 3:2 no sexo masculino em comparação com o feminino, considerada uma anomalia congênita das mais comuns do trato gastrointestinal [4,5].

Quadros clínicos derivados de complicações do divertículo de Meckel geralmente ocorrem em faixa etária pré-escolar [6]. A herniação do divertículo de Meckel, também conhecida como hérnia de Littre, possui outros sítios de apresentação mais comuns do que na região umbilical, como por exemplo em sacos herniários em região femoral ou inguinal [2].

Quando presente, esse tipo de hérnia geralmente se apresenta em quadros de obstrução intestinal, estrangulamento herniário e abdome agudo [2]. O diagnóstico desse tipo de hérnia é difícil, geralmente realizado apenas no intraoperatório, devido a baixa eficácia das ferramentas de diagnóstico por imagem durante o pré operatório [4].

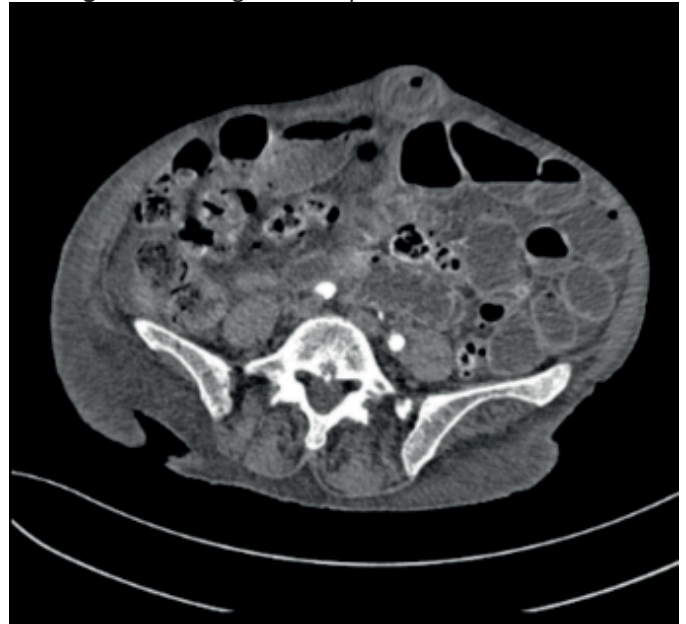
A intervenção cirúrgica é o tratamento de escolha na maioria dos casos [2]. O uso das telas durante o reparo cirúrgico é geralmente realizado em casos de grande defeito herniário e quando não há indícios de contaminação, sendo essa última considerada na não presença de perfuração ou encarceramento [4].

Este relato descreve o caso de um paciente de 83 anos de idade com hérnia umbilical encarcerada contendo apenas o divertículo de Meckel.

RELATO DE CASO

Paciente, 83 anos, com múltiplas comorbidades (Doença Renal Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Cardiomiopatia Chagásica), é atendida com parada de eliminação de fezes e abaulamento em região umbilical. No atendimento médico, foi realizado toque retal e identificado fecaloma, sendo realizada a extração. Por esta razão, foi optado pela realização de tomografia de abdome.

Figura 1 - Tomografia Computadorizada de Abdome



Foi identificada hérnia encarcerada, sendo indicada abordagem cirúrgica. Submetida a procedimento com achado de hérnia umbilical de colo de 3 cm, com pinçamento de base de divertículo de Meckel com sofrimento de 3 cm de alça de delgado, a cerca de 110 cm da válvula íleo cecal.

Figura 2 - Peça cirúrgica



Submetida a enterectomia de 5cm de extensão, incluindo o divertículo de meckel, com grampeador linear 75mm + entero-entero anastomose látero-lateral (01 plano posterior + 01 plano anterior) com prolene 3.0.

DISCUSSÃO

O divertículo de Meckel é uma anomalia congênita que resulta da persistência do ducto vitelino embrionário e é relativamente comum como uma má formação do trato gastrointestinal [3]. Inicialmente, o paciente mantém-se assintomático, porém pode evoluir com obstrução intestinal, processos inflamatórios e consequente perfuração [3].

A presença de um divertículo de Meckel dentro de uma hérnia umbilical é uma situação rara e pode ocasionar complicações graves, como a isquemia do divertículo, caso não seja diagnosticada e tratada em tempo adequado [2,3,4]. As localizações mais prováveis são inguinal, femoral e umbilical, por ordem crescente de registro [2].

O diagnóstico, em porção substancial dos casos, é realizado durante a operação por outra causa clínica, e seu diagnóstico precoce é dificultado pela raridade da hérnia de Littre, juntamente com sinais inespecíficos na apresentação clínica e em exames de imagens, que revelam-se, principalmente, somente em casos de complicações [7].

A sintomatologia clássica perpassa por dores abdominais intensa e em cólica e rebaixamento do estado geral, além de possível obstrução intestinal [8,9,10]. Importante atentar para quadro semelhante a outras situações clínicas, como gastroenterites, apendicites e diverticulite colônica [3,10]. O diagnóstico de hérnia umbilical com divertículo de Meckel observa-se com análise detalhada de exames de imagem, como ultrassom e tomografia computadorizada, e o tratamento geralmente envolve a ressecção cirúrgica do divertículo e da hérnia.

A ressecção do divertículo de Meckel é importante para prevenir complicações, como obstrução intestinal, hemorragia e perfuração [7]. Sendo assim, os médicos devem ter em mente essa apresentação potencialmente grave em pacientes com hérnia umbilical e considerar a ressecção cirúrgica do divertículo e da hérnia para evitar recorrência futura [7,8,9].

REFERÊNCIAS

1. Park, A. E., Roth, J. S., & Kavac, S. M. (2006). Abdominal Wall Hernia. *Current Problems in Surgery*, 43(5), 326–375. doi:10.1067/j.cpsurg.2006.02.004. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16679124/>
2. Khalifa MB, Belaid AB, Ghannouchi M, Nacef K, Fodha M, Boudokhane M. Umbilical Littre hernia: A rare case report of an acute abdomen. *Int J Surg Case Rep*. 2024;114:109182. doi:10.1016/j.ijscr.2023.109182. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38157626/>
3. Evola G, Piazzese E, Bonanno S, Di Stefano C, Di Fede GF, Piazza L. Complicated Littre's umbilical hernia with normal Meckel's diverticulum: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2021;84:106126. doi:10.1016/j.ijscr.2021.106126. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8250448/>
4. Prakash S, Sunil J, Shivakumar M, Shaikh O, Balasubramanian G. Incidental Meckel's Diverticulum in Umbilical Hernia. *Cureus*. 2023;15(6):e41115. Published 2023 Jun 28. doi:10.7759/cureus.41115. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10382715/>
5. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JC, Fingerhut AL. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg*. 2001;192(5):658-662. doi:10.1016/s1072-7515(01)00817-1. URL: https://journals.lww.com/journalacs/citation/2001/05000/meckel_s_diverticulum.15.aspx
6. Ali AY, Sarac A, Abdi AM, Mohamed AA. A strangulated umbilical hernia with perforated Meckel diverticulum: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2023;110:108681. doi:10.1016/j.ijscr.2023.108681. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10509809/>
7. Yadav A, Bhake A, Motwani G, divertículo de Rathi P. Meckel em uma hérnia umbilical encarcerada: um achado raro. *Int J Surg Case Rep*. 2022;101:107958. doi:10.1016/j.ijscr.2022.107958
8. Tadross RR, Weerasinghe SK, Buchs NC, et al. Divertículo de Meckel em hérnia umbilical encarcerada: relato de caso e revisão da literatura. *Hérnia*. 2018;22(3):523-525. doi:10.1007/s10029-017-1745-5
9. Syed A, Marzouk D, Murthy D, et al. Divertículo de Meckel em Hérnia Umbilical Encarcerada. *Cureus*. 2020;12(9):e10371. doi:10.7759/cureus.10371
10. Bianco FM, Crippa J, Perotti L, et al. Divertículo de Meckel em hérnia umbilical: relato de caso e revisão da literatura. *J Med Case Rep*. 2019;13(1):87. doi:10.1186/s13256-019-2028-5

* Autor correspondente:

Karen Suzyanne Coelho Gomes

Email:

karensuzyannecoelho@gmail.com

Hérnia de Richter: relato de caso e descrição cirúrgica

Richter's Hernia: case report and surgical description

Dielly Chaves Moreira¹, Larisce Lopes Sarmiento¹, Felipe Siqueira Teixeira¹, Lidiane Quaresma¹, Pedro Amorim Vidal², Ingrid Sarmiento Guedes²

1 – Médico(a) preceptor de Cirurgia do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil.

2 – Graduando(a) em medicina pela Universidade de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil.

Artigo submetido em: 04/03/2024

Artigo aceito em: 12/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A hérnia de Richter é uma condição rara em que uma porção da borda antimesentérica do intestino protrui através do defeito herniário, podendo resultar em obstrução intestinal e complicações graves se não forem tratadas adequadamente. Trata-se de uma condição com gravidade variável que pode levar ao estrangulamento ou encarceramento, exigindo intervenção cirúrgica imediata. Embora geralmente os pacientes apresentem dor abdominal, os sintomas podem ser vagos e o diagnóstico diferencial deve levar em consideração outras condições. Nesse contexto, a tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia são geralmente o exame de escolha para o diagnóstico. Este estudo tem como propósito relatar e descrever um caso bem-sucedido de correção de Hérnia de Richter em uma mulher de 66 anos, atendida em nosso serviço. Durante a cirurgia, identificou-se um encarceramento e sinais de necrose no saco herniário, o que exigiu uma laparotomia subsequente para uma avaliação mais detalhada do encarceramento.

Palavras-chave: Hérnia; Herniorrafia; Isquemia mesentérica.

ABSTRACT

Richter's hernia is a rare condition in which a portion of the antimesenteric border of the intestine protrudes through the hernial defect, potentially leading to intestinal obstruction and severe complications if not appropriately treated. It is a condition of varying severity that can result in strangulation or incarceration, necessitating immediate surgical intervention. Although patients typically experience abdominal pain, symptoms can be vague, and the differential diagnosis should consider other conditions. In this context, computed tomography and/or ultrasonography are usually the preferred diagnostic modalities. The purpose of this study is to report and describe a successful case of Richter's hernia correction in a 66-year-old woman treated in our facility. During surgery, incarceration and signs of necrosis were identified in the hernial sac, requiring subsequent laparotomy for a more detailed evaluation of the incarceration.

Keywords: Hernia; Herniorrhaphy; Mesenteric Ischemia.



INTRODUÇÃO

A hérnia de Richter é uma condição rara em que uma porção da borda antimesentérica do intestino protrui através do defeito herniário, podendo resultar em obstrução intestinal e complicações graves se não tratada adequadamente ^(1,2).

Trata-se de uma condição com gravidade variável, podendo levar a estrangulamento ou encarceramento, o que pode ocasionar isquemia intestinal e necrose, exigindo intervenção cirúrgica imediata. Essa condição pode ser confundida com outras formas de hérnia devido a sua apresentação atípica, o que pode resultar em um diagnóstico tardio e aumento da morbidade ^(2,3,4).

As hérnias de Richter podem ocorrer em qualquer idade, mas são mais comuns em pacientes idosos entre 60 e 80 anos, com uma incidência ligeiramente maior na população feminina. Cerca de 10% de todas as hérnias são do tipo Richter, sendo o canal femoral o local mais comum de ocorrência. A taxa de mortalidade em torno das hérnias de Richter estranguladas é de 17%. ^(1,4)

Embora geralmente apresentem dor abdominal, os sintomas podem ser vagos e o diagnóstico diferencial deve levar em consideração outras condições, como massas abdominais, obstrução intestinal e hérnias estranguladas. Nesse contexto, a tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia é geralmente o exame de escolha para o diagnóstico. ⁽⁴⁾

RELATO DE CASO

Feminino, 66 anos, procurou o atendimento médico com dor abdominal em região umbilical com irradiação difusa, associada a náuseas, tontura e vômitos em jato com 48h de evolução.

Paciente em bom estado geral, anictérica, acianótica, afebril, normocorada e hidratada. Ao

exame abdominal, apresentava dor de moderada intensidade a palpação, com presença de abaulamento não redutível em região inguinal direita. Foi submetida à tomografia abdominal que evidenciou a presença de hérnia em região inguinal direita com ânulo de 1,8 cm, contendo alça ileal em seu interior, comprimido a mesma, determinando acentuada distensão líquida de alças delgadas a montante, sugestivo de obstrução por compressão herniária.

A paciente foi submetida a herniorrafia femoral, apresentando achado intraoperatório de hérnia femoral com presença de encarceramento da borda antimesentérica do intestino delgado com sinais de necrose no saco herniário (Figura 1 e 2). Foi realizada laparotomia exploradora para avaliar o encarceramento de parte de alça de delgado para o orifício do canal femoral. O saco herniário não pôde ser reduzido para dentro da cavidade, devido ao colo estreito, sendo realizado a abertura do saco e posterior redução de segmento de alça de delgado.

Foi observado um segmento de delgado a cerca de 30 cm da válvula ileocecal com empalidecimento. Após a lavagem com soro aquecido, a alça manteve-se com tonalidade rósea, com boa circulação sanguínea e com início de peristalse. Foi realizada secção de parte do saco herniário até sua redução, visto que o mesmo apresentava-se de cobertura peritoneal, inclusive com parte de peritônio que recobria a bexiga. Foi realizada a sutura do orifício de peritônio com Prolene e herniorrafia femoral pela técnica de McVay, fixação do tendão conjunto ao ligamento de Cooper, encerrando o orifício femoral e posterior síntese da aponeurose do músculo oblíquo externo.

No pós-operatório, a paciente evoluiu sem queixas, com diurese, mas ainda negando flatos e evacuações. Aceitou dieta pastosa via oral e apresentou ferida operatória limpa e seca em condições de alta hospitalar 2 dias após a cirurgia.

Figura 1 - Hérnia femoral encarcerada



DISCUSSÃO

Uma das primeiras descrições de uma Hérnia de Richter (HR) foi feita por August Gottlieb Richter em 1778. Ele observou que esse tipo de hérnia ocorria quando havia protrusão de parte da circunferência do intestino através de um orifício herniário, com apenas parte da sua circunferência sendo afetada, podendo levar a complicações graves como isquemia, necrose e perfuração de víscera oca. ^(1,4,5,6)

Em casos de HR, pode haver pressão direta do anel de constrição sobre a parede intestinal, podendo comprometer a circulação sanguínea, causando isquemia e gangrena e, por isso, essa condição é responsável por 6 a 10% das hérnias estranguladas com evolução para gangrena. Outro fator que corrobora para essa situação, é o local das arteríolas terminais, no bordo antimesentérico, atrasando o diagnóstico e justificando o desenvolvimento das necroses. ⁽⁷⁾

O canal femoral possui margens firmes e é o local principal da HR, pois essa patologia ocorre, principalmente, em anéis herniários pequenos que não permitem a infiltração de uma alça intestinal, porém capazes de reter parte da circunferência da parede intestinal. Apesar disso, a HR pode ser observada também na linha de Spigel, na região inguinal, no local da incisão ou do dreno. ⁽⁷⁾

É comum a associação dessa hérnia com hérnias femorais, numa incidência que varia de 33 a 88% dos casos. Algumas variáveis modificáveis e não modificáveis podem predispor o aparecimento de hérnias femorais, como obesidade, gestação, constipação e idades avançadas. Apesar dessa patologia acometer qualquer faixa etária, a maior incidência é entre 60 e 80 anos e, principalmente, no sexo feminino. ^(4,8)

Trata-se de uma patologia que requer um alto índice de suspeita clínica e um diagnóstico precoce para evitar complicações graves. Como descrito neste relato de caso, a apresentação atípica e os sintomas vagos, como apenas dores abdominais, febre, vômitos, distensão abdominal e abaulamento da região inguinal, podem levar a um diagnóstico tardio, muitas vezes apenas no intraoperatório, aumentando a morbimortalidade associada à condição. ^(4,8)

Para iniciar o reparo da HR deve-se, primeiramente, observar a localização, a viabilidade do

Figura 2 - Segmento de alça de intestino delgado com sinais de isquemia na borda antimesentérica. Imagem do intraoperatório



tecido intestinal e a abordagem cirúrgica realizada para o diagnóstico e tratamento dessa condição. A técnica de McVay é utilizada em hérnias inguinais grandes, indiretas, recorrentes e femorais. Essa técnica consiste em: liberar o cordão espermático, destruir o orifício profundo do canal inguinal, dissecar a fáscia femoral anterior para visualizar a artéria e veias femorais. Por conseguinte, dissecar até a linha média, removendo a gordura e gânglios linfáticos do canal femoral, seccionar e ligar quaisquer colaterais para a circulação do obturador e ressecar segmentos de fáscia transversalis com prejuízos. Em casos de pequenas hérnias diretas, há a inversão e em grandes hérnias abertas, há a excisão do excesso. O cremaster é seccionado ao nível do orifício profundo para visualizar o cordão espermático e a parede posterior do canal inguinal é refeita. ⁽⁹⁾

CONCLUSÃO

Em conclusão, a hérnia de Richter é uma condição rara, mas potencialmente grave, que requer um alto índice de suspeita clínica e um diagnóstico precoce para evitar complicações graves. O caso apresentado destaca a importância do diagnóstico diferencial e do uso de exames de imagem para o diagnóstico. O tratamento cirúrgico é geralmente bem-sucedido, mas a morbidade e mortalidade podem ser elevadas em casos de diagnóstico tardio ou complicado.

REFERÊNCIAS

1. Bohatch Júnior MS, Silva AFV da, Monfredini NH, Kakinami E, Lima AC. Hérnia femoral de Richter. Relatos de Casos Cirúrgicos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2018;4(4):1–3.
2. Agrawal S, Daruwala C. Richter's hernia. *Clinical Imaging*. 2013 May;37(3):593–4.
3. Fischer DI, Rivin M, Perry ZH. A Port Site Richter's Hernia. *The American Surgeon* [Internet]. 2020 Dec 19 [cited 2023 Apr 6];3134820979186. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342300/>
4. Regelsberger-Alvarez CM, Pfeifer C. Richter Hernia [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725912/>
5. Habib Faridi S, Siddiqui B, Amanullah Khan M, Anees A, Ali SA. Suprapubic Fecal Fistula Due To Richter's Inguinal Hernia: A Case Report and Review of Literature. *Iranian journal of medical sciences* [Internet]. 2013 [cited 2023 Apr 7];38(2):129–31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3700059/>
6. Bayeh A, Limenh S. Richter's Type Recurrent Indirect Inguinal Hernia, an Extremely Rare Occurrence: A Case Report. *Open Access Emergency Medicine*. 2022 Jul;Volume 14:323–6.
7. COELHO, Julio Cezar Uili; HAJAR, Faissal Nemer; MOREIRA, Gabriela Araujo; HOSNI, Andréa Virmond El; SAENGER, Bruna Freitas; AGUILERA, Yan Sacha Hass; COSTA, Marco Aurelio Raeder da; CLAUS, Christiano Marlo Paggi. FEMORAL HERNIA: uncommon, but associated with potentially severe complications. *Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 1-5, 2021. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020210002e160>
8. Batista, A.B.E.; Araújo, A.C.A.A.; Vieira, R.R.B.T.; Pentagna, B.T.; de Paula, J.F.; Batista, C.A.M. Hérnia de Richter: Relato de caso. *Revista de Saúde*. 2019 Jul./Dez; 10 (2): 66-70
9. SETTE, Tássio Abreu de Miranda. HÉRNIA DA PAREDE ABDOMINAL - REVISÃO DA LITERATURA. 2021. 67 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal Fluminense de Niterói, Niteroi, 2021.

* Autor correspondente:

Pedro Amorim Vidal

Email:

pedroamorimv@hotmail.com

Íleo Biliar pós-colecistectomia: relato de caso

Post-cholecystectomy biliary ileus: case report

Lorena Cavalcante de Lemos¹, Davidson Anthony Aragão Freire¹, Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto¹, Dielly Chaves Moreira², Anik Moraes Marangoni³, Isabela Franco Freire³

1 – Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Preceptora do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

3 – Acadêmica de Medicina da Universidade de Fortaleza e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

Artigo submetido em: 06/02/2024

Artigo aceito em: 15/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

O íleo biliar, complicação incomum associada à colelitíase e ainda colecistite crônica, afeta predominantemente mulheres e idosos acima de 60 anos. Sua incidência é baixa, representando 0,5% das complicações biliares e obstruções intestinais, sendo rara sua ocorrência em pacientes colecistectomizados, havendo apenas 49 relatos de casos validados e publicados no período de 1939 a 2019 no mundo conforme revisão de database incluindo PubMed e MEDLINE. Esse artigo relata o caso de uma paciente jovem, de 48 anos, com quadro de obstrução intestinal por íleo biliar e história prévia de colecistectomia.

Palavras-chave: cálculos biliares; fístula biliar; obstrução intestinal.

ABSTRACT

Gallstone ileus, an unusual complication associated with cholelithiasis and also chronic cholecystitis, predominantly affects women and elderly people over 60 years of age. Its incidence is low, representing 0.5% of biliary complications and intestinal obstructions, and its occurrence is rare in patients with past cholecystectomy surgery and there are only 49 case reports validated and published in the period from 1939 to 2019 in the world according to a database review including PubMed and MEDLINE. This article reports the case of a young patient, 48 years old, with intestinal obstruction caused by gallstone ileus and a medical past history of cholecystectomy.

Keywords: gallstones; biliary fistula; bowel obstruction.

INTRODUÇÃO

O íleo biliar é um quadro raro que afeta principalmente mulheres e idosos acima de 60 anos com história de colelitíase, representando 0,5% das complicações biliares e até 0,5% das causas de obstrução intestinal, mais comumente afetando o intestino delgado. ^(1,2) Foi relatado primeiramente pelo anatomista e matemático dinamarquês Erasmus Bartholin em 1654. Entretanto, o quadro clínico considerado clássico de aerobilia, obstrução intestinal e cálculo impactado no intestino foi descrito pelo radiologista americano Leo George Rigler, que deu nome à tríade. ⁽²⁾

A fisiopatogenia do íleo biliar inicia com quadro de colelitíase que evolui com fístulas bilio-digestivas - comunicações anormais entre o sistema biliar e as vísceras ocas adjacentes. A impactação ocorre mais comumente no íleo (50-60%) ^(2,3,4), podendo ocorrer em outros segmentos, como no duodeno, causando obstrução intestinal alta, descrita pelo médico francês Léon Bouveret. ⁽⁵⁾

O quadro clínico é compatível com uma síndrome de obstrução intestinal e pode ser suspeitada também por meio de radiografia de abdome com os seguintes achados: dilatação de alças de delgado com níveis hidroaéreos, litíase biliar ectópica e aerobilia - a tríade de Rigler-, presente em até 50% dos casos. ^(2,3,4)

Neste artigo apresentamos um relato de caso sobre uma paciente com obstrução intestinal por íleo-biliar pós colecistectomia.

RELATO DE CASO

Paciente feminina de 48 anos, relatou histórico de 2 semanas de quadro algíco intenso, de início súbito, em cólica, localizada em mesogástrio, que piorava com alimentação, associado a náuseas, vômitos - ora bilioso ora fecaloides - e parada da eliminação de fezes com flatos presentes. Negou história sugestiva de colestase e outras queixas. Em sua história prévia, relatou diagnóstico de colelitíase sintomática 1 ano antes da admissão, e fora submetida a colecistectomia convencional havia 6 meses. Negou alergias, tabagismo e etilismo.

Ao exame físico da admissão, paciente apresentava-se desidratada, sem desconforto respiratório, abdome globoso por adiposidade com distensão abdominal e dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite aguda e sem sinais de instabilidade hemodinâmica.

Exames laboratoriais iniciais apresentaram alterações apenas na proteína C-reativa (PCR) com valor de 154 (VR < 5) e leucocitose de 16700/mm³ sem desvio à esquerda.

Realizou radiografia pelo protocolo de abdome agudo, que evidenciou dilatação de alças delgadas com níveis hidroaéreos. Foi, então, decidido por solicitar TC de abdome com contraste que evidenciou distensão da câmara gástrica e de delgado com formação de níveis líquidos exibindo locais de aparentes cálculos biliares no interior da luz ileal medindo 2,9 cm e 3,1 cm, aerobilia e íntimo contato da primeira porção do duodeno com a parede do colédoco, além de sinais de colecistectomia prévia.

Figura 1 - Tomografia Computadorizada de abdome com contraste evidenciando distensão gástrica e aerobilia

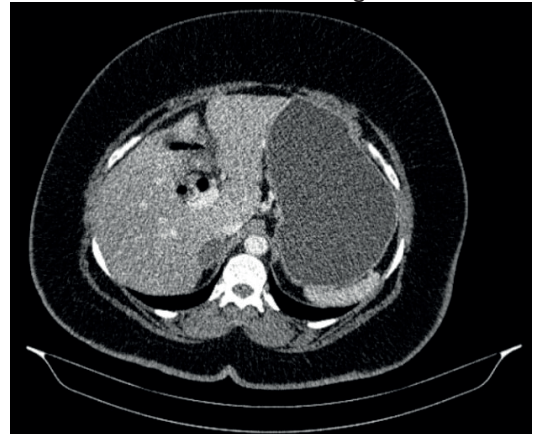
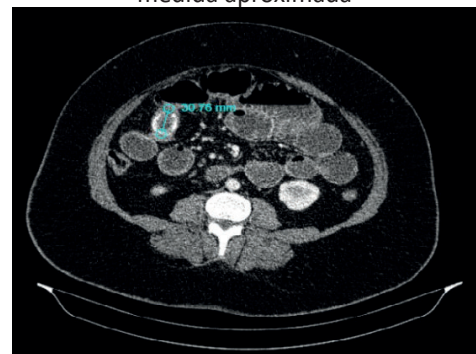


Figura 2 - Tomografia Computadorizada de abdome com contraste evidenciando cálculos impactados em íleo e sua medida aproximada



A paciente foi submetida a uma laparotomia, com achado de dois cálculos obstrutivos a aproximadamente 80 cm da válvula ileocecal, sem sinais de isquemia de alças. Foi realizada enterolitotomia e enterorrafia sem intercorrências e sem necessidade

de ressecção de alça devido viabilidade de segmento envolvido. Evoluiu no pós-operatório em bom estado geral, em progressão da dieta conforme aceitação, sem intercorrências.

Figura 3 - Achado intra-operatório de alça de íleo com presença de cálculos sem sinais de isquemia de alças

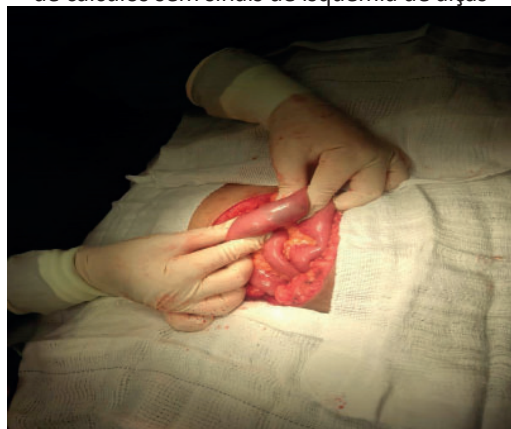
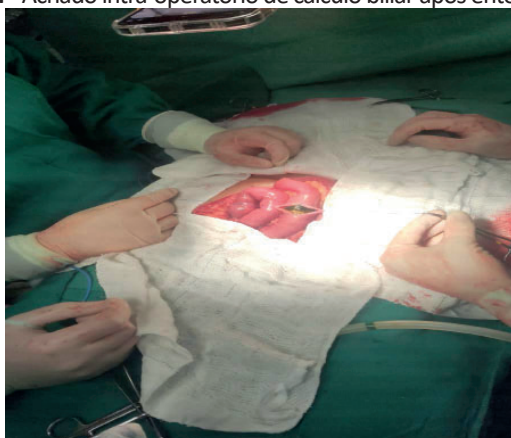


Figura 4 - Achado intra-operatório de cálculo biliar após enterotomia



No pós-operatório, foi solicitada colangiorrisonância para estudo de vias biliares, que evidenciou coleção no leito vesicular com paredes espessadas e conteúdo formando nível hidroaéreo, com aparente comunicação com a primeira porção duodenal e com o colédoco, determinando uma fístula bilio-entérica.

DISCUSSÃO

Classicamente, os pacientes apresentam história crônica de colelitíase com episódios recorrentes de colecistite aguda, levando a múltiplas aderências e formação de fístulas bilio-entéricas, mais comuns para duodeno (75-80%), seguida de cólon e estômago. ⁽⁶⁾ A primeira série de casos foi descrita em 1890 por Courvoisier, e descrevia 125 pacientes, atingindo mortalidade de 44%. ^(1,3)

O íleo biliar pós-colecistectomia é ainda mais raro. Considerando o período de 1939 a 2019, foram descritos apenas 49 relatos de casos validados e publicados no mundo conforme revisão de database incluindo PubMed e MEDLINE ⁽¹⁰⁾. Esses casos apresentaram mecanismos etiológicos diversos: fístulas despercebidas durante colecistectomia, cálculos em divertículos intestinais, coledocolitíase primária e a colecistectomia subtotal. ^(7,9) Esta técnica é realizada cada vez mais frequentemente a fim de evitar lesões iatrogênicas de vias biliares em colecistites agudas, mas é importante garantir que a vesícula remanescente encontra-se livre de cálculos. ⁽⁸⁾

O tratamento cirúrgico das fístulas bilio-entéricas consiste na dissecação meticulosa de aderências e ressecção do trajeto fistuloso que pode ser realizado no mesmo tempo cirúrgico da enterotomia para retirada de cálculos (mortalidade de 16,9%) ou ainda postergado para um segundo momento, melhor opção para pacientes operados em más condições (mortalidade 11.7%). ⁽⁹⁾

Nesse caso, como o estudo das vias biliares apresentou uma fístula entre o ducto colédoco e a primeira porção duodenal, foi decidido por conduta expectante uma vez que essa comunicação proporcionou drenagem natural calibrosa da via biliar, o que dificultará estase e conseqüente formação e crescimento de novos cálculos no colédoco.

REFERÊNCIAS

1. Keavery. A. P. (2022). Gallstone ileus. UpToDate. Retrieved August 23, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/gallstone-ileus>.
2. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdomo agudo por obstrução por íleo biliar. *RevcolSras Cir*. 2013;40:275-80
3. Ravikumar R. Williams JG. operative management of gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Enol*. 2010: 92:279.
4. Dai XZ, LI GQ, Zhang F. Wang XH, Zhang CY. Gallstone ileus: case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2013, 19:5586-9.
5. Kallas DC. Duodenum biliary obstruction (Bouveret syndrome): case report. *Relatos Casos Cir*. 2015;(2):21-3.

6. Huang S, Han Y, Chen J, Zhang J and Huang H (2022) Surgical Management of Cholecystoenteric Fistula in Patients With and Without Gallstone Ileus: An Experience of 29 Cases. *Front. Surg.* 9:950292. doi: 10.3389/fsurg.2022.950292
7. Relmy NA RySka O. Gallstone ileus Post-cholecystectomy. *Cureus.* 2023 Jan 4910:033345001107759/curous.33345.PMID:3679
8. Meier Guzzetta AA. Huerta S. Post-cholecystectomy Gallstone Ileus. *Am Suro.* 2020
9. F. Aguilar-Espinosa, R. Maza-Sánchez, F. Vargas-Solís, G.A. Guerrero-Martínez, J.L. Medina-Reyes, P.I. Flores-Quiroz Fístula colecisto-duodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, Volume 82, Issue 4, October–December 2017, Pages 287-295.

*** Autor correspondente:**

Isabela Franco Freire

Email:

isabelafrancofreire@edu.unifor.br

Sarcoma de Kaposi retal isolado em paciente portador de HIV e infecção pelo vírus Herpes humano tipo 8: relato de caso

Isolated rectal Kaposi's Sarcoma in an HIV-positive patient with human Herpesvirus type 8 infection: a case report

Robert William de Azevedo Bringel¹, Eric Arcanjo Bringel², Júlia Oliveira de Assis³

1 – Centro Endoscópico de Prevenção Oncológica

2 – Universidade de São Paulo

3 – Universidade Federal do Ceará

Artigo submetido em: 05/01/2024

Artigo aceito em: 23/02/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

O objetivo dos autores é descrever um caso de volumoso Sarcoma de Kaposi (SK) retal isolado, em paciente homossexual, portador de HIV e infecção pelo vírus Herpes humano tipo 8 (HHV 8), com queixas de dor e sangramento retal, demonstrando os achados endoscópicos e desafios no diagnóstico. Os dados foram colhidos do prontuário do paciente, com história clínica, exame físico, acesso aos exames endoscópicos e de imagem, resultados de exames laboratoriais e da patologia. Este é um dos raros relatos de SK retal isolado em paciente com SIDA e coinfeção pelo HHV 8, ressaltando a importância da suspeição e busca ativa em pacientes HIV-positivos com achados endoscópicos relevantes.

Palavras-chave: Sarcoma de Kaposi; Neoplasia do Reto; SIDA; Herpesvirus Humano 8.

ABSTRACT

The authors aim to describe a case of extensive isolated Rectal Kaposi's Sarcoma (KS) in a homosexual patient with HIV and Human Herpesvirus Type 8 (HHV-8) infection, presenting with complaints of rectal pain and bleeding. The study highlights endoscopic findings and diagnostic challenges. Data were obtained from the patient's medical records, including clinical history, physical examination, access to endoscopic and imaging tests, laboratory results, and pathology findings. This is one of the rare reports of isolated rectal KS in an AIDS patient with HHV-8 coinfection, emphasizing the importance of suspicion and active screening in HIV-positive individuals with relevant endoscopic findings.

Keywords: Kaposi's sarcoma; Rectal neoplasm; AIDS; Human Herpesvirus 8.

INTRODUÇÃO

O Sarcoma de Kaposi (SK) consiste em uma neoplasia maligna de baixo grau originária do endotélio vascular, ocorrendo tipicamente em pacientes imunossuprimidos. Na descrição inicial feita por Moritz Kaposi em 1872, era uma doença exclusivamente cutânea, rara, que acometia pacientes idosos, com curso relativamente benigno⁽¹⁾. Durante o surto epidêmico de HIV na década de 80, o SK se tornou mais frequente, diminuindo substancialmente nos anos subsequentes em virtude da instituição da terapia antirretroviral^(2,3). Em sua forma mais agressiva, a visceral, o SK é predominantemente visto em pacientes do sexo masculino que fazem sexo com homens (HSH) portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e com baixa contagem de CD4⁽⁴⁾. A coinfeção HIV-HV8 aumenta o risco e acelera o desenvolvimento do SK⁽⁵⁾.

O diagnóstico de SK retal costuma ser desafiador, necessitando de um alto grau de suspeição, especialmente em pacientes sem lesões cutâneas, devido a sobreposição de achados ao exame endoscópico com outras neoplasias e a natureza geralmente submucosa das lesões, dificultando a obtenção de boas amostras para o exame histopatológico^(6,7).

Os autores descrevem um caso de SK retal em paciente jovem, homossexual, com coinfeção por HIV-HV8, sem manifestação cutânea, destacando os achados endoscópicos e a dificuldade de diagnóstico.

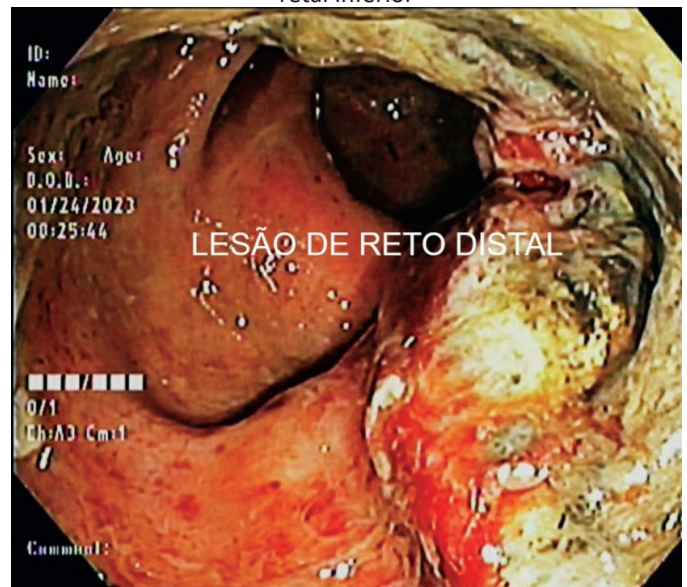
RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 24 anos, relatando surtos frequentes de diarreia há cerca de seis meses, com fezes líquida-pastosas, sem muco ou sangue, acompanhada de cólicas e tenesmo. Relacionava as crises diarreicas com a ingestão de leite ou derivados. Nas últimas três semanas passou a notar saída de muco e sangue nas evacuações e piora do tenesmo. Relatou perda de peso de 9 kg desde o início dos sintomas (93-84 Kg). Negava tabagismo e referia etilismo social. Como orientação sexual, referia hábito de sexo com homens (HSH). Nos antecedentes patológicos, apresentava intolerância à lactose confirmada por teste laboratorial. Sorologia para HIV colhida há três meses com resultado negativo. Havia realizado

uma colonoscopia em outro serviço há cerca de 15 dias da consulta, com achado de lesão ulcerovegetante extensa do reto distal, cuja biópsia relatava ausência de malignidade e achado histopatológico apenas de colite crônica inespecífica.

No exame físico, apresentava um bom estado geral, sem lesões cutâneas ou em mucosa oral. Ao toque retal, apresentava volumosa lesão vegetante, irregular, aderida aos planos profundos, sem mobilidade, ocupando cerca de metade da circunferência retal. Paciente foi então encaminhado para realização de nova colonoscopia (Innova Health - Centro Endoscópico de Prevenção Oncológica) com achado de lesão ulcerovegetante volumosa, localizada em parede posterior do reto distal, estendendo-se da linha pectínea até válvula retal inferior, friável, com área central extensa de necrose e fibrina, ocupando cerca de metade da circunferência retal, sugestivo de lesão neoplásica (Figuras 1 e 2). Foram realizadas múltiplas biópsias. O exame histopatológico novamente não demonstrou malignidade, mas referiu displasia na amostra.

Figura 1 - Colonoscopia demonstrando volumosa lesão ulcerovegetante do reto distal, com fundo necrótico e bordas hiperemiadas, estendendo-se da linha pectínea até válvula retal inferior



Fonte: Autores (2023)

Figura 2 - Colonoscopia demonstrando aspecto distal da lesão, junto à linha pectínea. Observem o aspecto neoplásico



Fonte: Autores (2023)

A ressonância magnética da pelve revelou volumosa lesão de aspecto neoplásico no reto distal com múltiplos linfonodos hipertrofiados no mesorreto. A ultrassonografia de abdome e a endoscopia alta de aspecto normal.

Em virtude da forte suspeita de neoplasia, repetimos a retoscopia com novas biópsias da lesão e finalmente o exame histopatológico revelou suspeita para neoplasia, descrevendo proliferação fusocelular moderadamente celular em lâmina própria e células com núcleos aumentados e hiper Cromáticos. Nesse momento, nova sorologia para HIV resultou positiva (Quimioluminescência - 4a geração - amostra reagente) e em conversa com o patologista foi orientada a realização de imuno-histoquímica para HHV 8, que resultou positiva, sendo fechado o diagnóstico de SK retal (Figura 3). Na época do diagnóstico, o paciente apresentava carga viral detectável (55298 cópias), contagem de CD4 - 25 e CD 8 - 240.

Figura 3 - Imuno-histoquímica. Painel de marcadores

Anticorpo	Clone	Interpretação
CD117	POLICLONAL	Positivo, fraco e focal
CD34	QBEnd/10	Positivo
CD31	JC70A	Positivo
HHV-8	13B10	Positivo
Calponina	EP798Y	Negativo
Desmina	D33	Negativo
Actina Músculo Liso (SMA)	1A4	Negativo
S100	POLICLONAL	Negativo
CK AE1/AE3	AE1/AE3	Negativo

Fonte: Autores (2023)

O paciente foi encaminhado para terapia antirretroviral, radio (20 sessões) e quimioterapia (17 ciclos), com resolução completa dos sintomas retais e atualmente aguarda re-estadiamento da lesão, incluindo nova colonoscopia.

Todas as informações coletadas foram resguardadas e todos os cuidados foram tomados para preservar a privacidade e o anonimato do paciente, de acordo com as diretrizes da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Seguindo os princípios éticos, foram fornecidos todos os esclarecimentos sobre o exame de colonoscopia, compreendendo seus riscos e benefícios, através de termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), bem como ter-

mo adicional consentindo a divulgação das imagens e dados coletados do prontuário, durante todo o atendimento, para fins científicos, ambos devidamente assinados pelo paciente. A elaboração do relato de caso seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Declaração de Helsinque.

DISCUSSÃO

Em 1872, Moritz Kaposi foi quem primeiro descreveu o angiossarcoma que leva seu nome. O dermatologista húngaro mencionou a entidade como múltiplos sarcomas pigmentados de pele. No início a doença era exclusivamente cutânea, acometendo

geralmente homens idosos, especialmente judeus e do mediterrâneo ⁽¹⁾. Existem basicamente quatro formas de SK: clássica, endêmica, iatrogênica associada a imunossupressão e/ou transplantes e forma epidêmica associada a SIDA. Usualmente raro, o SK tornou-se epidêmico com o surgimento da SIDA na década de 80. A partir daí muitas formas agressivas e multiviscerais passaram a ser descritas ⁽⁸⁾.

Do ponto de vista epidemiológico, a forte associação entre indivíduos masculinos HIV positivo que fazem sexo com homens e SK demonstrou que a doença tem provável etiologia sexualmente transmissível e tem relação com o estado imunológico do indivíduo ⁽⁴⁾. Com o avanço das pesquisas, sequências de DNA únicas de origem viral foram identificadas em tecidos do Sarcoma de Kaposi associado à SIDA, sendo o agente viral finalmente identificado, o herpesvírus do sarcoma de Kaposi (KSHV), também conhecido como vírus do herpes humano tipo 8 (HHV 8). Esse vírus parece ser necessário para o desenvolvimento do SK, sendo encontrado dentro do núcleo das células endoteliais, onde provocam alterações que levam a malignidade ⁽⁹⁾. A coinfeção HIV-HHV 8 origina as formas mais agressivas, cutâneas e multiviscerais, por vezes fatais. Portanto, a imunossupressão causada pelo HIV e infecção pelo HHV 8 são a chave para o desenvolvimento do sarcoma de Kaposi visceral.

O envolvimento visceral no SK associado a SIDA é relativamente comum, sendo o trato gastrointestinal o mais acometido, mas raramente se apresenta de forma isolada, sem manifestações cutâneas. Na forma visceral, não tem local preferencial, podendo acometer estômago, intestino, linfonodos e outros locais do TGI. Geralmente são assintomáticos, sendo o diagnóstico por achado incidental em exames endoscópicos. Quando atingem tamanhos maiores, podem causar sintomas específicos relacionados ao sítio da lesão: dor abdominal, náuseas, vômitos, alteração do hábito intestinal, melena e hematoquezia estão entre os principais. Kumar e Nautsch ⁽¹⁰⁾ descrevem um caso de SK associado a coinfeção HIV-HHV 8 com envolvimento retal, sem manifestação dermatológica, apresentando sintomatologia de dor retal e sangramento, cuja investigação demonstrou além da lesão retal, múltiplas lesões em outros órgãos, caracterizando

envolvimento multivisceral grave, evoluindo para óbito. Imeh et al. ⁽⁸⁾ publicaram um relato de caso de paciente com múltiplas lesões em estômago, cólon e reto. Da mesma forma que o estudo anterior, o paciente era portador de HIV/ HHV 8 e não apresentava lesões cutâneas.

O diagnóstico do SK gastrointestinal é feito por endoscopia e biópsias. São descritos três tipos mais frequentes de achados endoscópicos; tipo 1 - lesões maculopapulares avermelhadas, tipo 2 - lesões nodulares/ polipóides e tipo 3 - lesões elevadas com depressão central, com aspecto de vulcão ⁽⁷⁾. Em certas ocasiões, as lesões podem ser submucosas, dificultando a coleta de material. O achado histopatológico característico revela células fusiformes atípicas envolvendo endotélio. A imuno-histoquímica geralmente demonstra positividade para os marcadores do HHV8, CD31 e CD34, todos eles presentes no nosso caso ^(7, 10).

Do nosso conhecimento, o caso aqui relatado é o primeiro caso publicado de SK retal isolado, sem outras lesões viscerais ou cutâneas, em paciente portador de SIDA e coinfeção pelo HHV 8. A rara apresentação de lesão volumosa retal, ulcerovegetante, com queixas de dor retal intensa e hematoquezia, em paciente sem diagnóstico prévio de SIDA e sem lesões cutâneas, tornou o caso desafiador. O alto grau de suspeição de um dos autores, aliado a história clínica detalhada, orientou a busca intensa do diagnóstico de SK, confirmado somente após a terceira biópsia da lesão e da realização de imuno-histoquímica dirigida para o importante marcador de infecção pelo vírus herpes humano tipo 8. Felizmente, a insistência em busca do diagnóstico correto permitiu o planejamento terapêutico adequado e desfecho inicial favorável dessa grave doença visceral. O caso apresentado alerta para a importância de considerar o diagnóstico de SK visceral em pacientes portadores de HIV, especialmente em indivíduos do sexo masculino que fazem sexo com homens, os quais devem ser submetidos a busca ativa ao nos depararmos com achados endoscópicos relevantes.

REFERÊNCIAS

1. Bishop BN, Lynch DT. Kaposi Sarcoma. 2023 Jun 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30521260.
2. Simard EP, Pfeiffer RM, Engels EA. Cumulative incidence of cancer among individuals with acquired immunodeficiency syndrome in the United States. *Cancer*. 2011 Mar 1;117(5):1089-96. doi: 10.1002/cncr.25547. Epub 2010 Oct 19. PMID: 20960504; PMCID: PMC3052856.
3. Hoffmann C, Sabranski M, Esser S. HIV-Associated Kaposi's Sarcoma. *Oncol Res Treat*. 2017;40(3):94-98. doi: 10.1159/000455971. Epub 2017 Feb 9. PMID: 28259888.
4. Begré L, Rohner E, Mbulaiteye SM, Egger M, Bohlius J. Is human herpesvirus 8 infection more common in men than in women? Systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer*. 2016 Aug 15;139(4):776-83. doi: 10.1002/ijc.30129. Epub 2016 Apr 26. PMID: 27062038; PMCID: PMC5563519.
5. Letang E, Lewis JJ, Bower M, Mosam A, Borok M, Campbell TB, Naniche D, Newsom-Davis T, Shaik F, Fiorillo S, Miro JM, Schellenberg D, Easterbrook PJ. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with Kaposi sarcoma: higher incidence and mortality in Africa than in the UK. *AIDS*. 2013 Jun 19;27(10):1603-13. doi: 10.1097/QAD.0b013e328360a5a1. PMID: 23462220.
6. Olanipekun T, Kagbo-Kue S, Egwakhe A, Mayette M, Fransua M, Flood M. Lower Gastrointestinal Kaposi Sarcoma in HIV/AIDS: A Diagnostic Challenge. *Gastrointest Tumors*. 2019 Aug;6(1-2):51-55. doi: 10.1159/000500140. Epub 2019 Jul 18. PMID: 31602377; PMCID: PMC6738214.
7. Lee AJ, Brenner L, Mourad B, Monteiro C, Vega KJ, Munoz JC. Gastrointestinal Kaposi's sarcoma: Case report and review of the literature. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2015 Aug 6;6(3):89-95. doi: 10.4292/wjgpt.v6.i3.89. PMID: 26261737; PMCID: PMC4526844.
8. Imeh M, Gutierrez JO, Bhatija R, Shiza S, Murillo BA, Lubarsky R, Khanna R. Gastrointestinal Kaposi Sarcoma without Dermatological Lesions: A Case Report. *Am J Case Rep*. 2023 Dec 7;24:e941815. doi: 10.12659/AJCR.941815. PMID: 38060456; PMCID: PMC10711638.
9. Iftode N, Rădulescu MA, Aramă ȘS, Aramă V. Update on Kaposi sarcoma-associated herpesvirus (KSHV or HHV8) - review. *Rom J Intern Med*. 2020 Dec 17;58(4):199-208. doi: 10.2478/rjim-2020-0017. PMID: 32681788.
10. Kumar A, Nautsch D. Kaposi's Sarcoma of the Rectum in a Homosexual Male with HIV/AIDS. *ACG Case Rep J*. 2016 Dec 21;3(4):e192. doi: 10.14309/crj.2016.165. PMID: 28119943; PMCID: PMC5226188.

*** Autor correspondente:**

Robert William de Azevedo Bringel

Email:

robertbringel@gmail.com

Síndrome de Sheehan: a propósito de um caso clínico

Sheehan Syndrome: about a clinical case

Talita Guimarães Andrade¹, Aline Macêdo Ramos¹, Sâmya Pessoa de Amorim Marinho¹, Gabriel Pinheiro Furtado¹, Thais Guimarães Andrade², Orivaldo Alves Barbosa³

1 – MD, Internal Medicine Resident at General Hospital Dr. César Cals

2 – MD, Student Medicine at Unichristus Centro Universitário

3 – MD, General Hospital Dr. César Cals, Master in Health Education

Artigo submetido em: 08/03/2024

Artigo aceito em: 29/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

O hipopituitarismo pós-parto, também conhecido como Síndrome de Sheehan (SS), é uma condição resultante da necrose da glândula pituitária secundária à hipotensão grave ou choque devido sangramento uterino importante durante ou imediatamente após o parto. O conjunto de suas manifestações é consequência da diminuição de um ou mais dos hormônios secretados pela glândula, o que pode variar desde um quadro clínico leve até o óbito. Apesar de sua fisiopatologia ainda não ser totalmente esclarecida, a hemorragia pós-parto é considerado o principal mecanismo para desenvolvimento da SS, porém componentes genético e autoimune também possam estar relacionados com essa condição, já que, na maioria dos casos, observa-se lenta evolução, sendo diagnosticada muitos anos após a injúria inicial.

Relata-se, um caso raro de SS diagnosticado, em ambulatório de clínica médica, onze anos após última gestação, sendo manejado com reposição de hormônio tireoidiano e corticoterapia, apresentando melhora significativa de estado geral.

Palavras-chave: Síndrome de Sheehan; Panhipopituitarismo; hemorragia pós-parto.

ABSTRACT

Postpartum hypopituitarism, commonly referred to as Sheehan's syndrome, arises from pituitary gland necrosis, a consequence of severe hypotension or significant uterine bleeding during or immediately after childbirth. The ensuing spectrum of manifestations stems from diminished secretion of one or more crucial hormones originating in the pituitary gland, ranging from mild clinical presentations to life-threatening outcomes.

While the complete pathophysiological understanding remains elusive, postpartum hemorrhage, still the leading cause of Sheehan's Syndrome. However, it is postulated that genetic and autoimmune factors play contributory roles, given the frequently observed gradual progression, often necessitating years after the initial insult for discernible effects to manifest.

In this report, we show a case of Sheehan's Syndrome diagnosed in an outpatient medical setting, over a decade after the last pregnancy. The patient received treatment involving thyroid hormone and corticosteroid therapy, resulting in a notable enhancement of her overall condition.

Keywords: Sheehan's Syndrome; Panhypopituitarism; Postpartum hemorrhage.



INTRODUÇÃO

A (SS) é um quadro de hipopituitarismo que ocorre após hemorragia pos-parto e o primeiro a descrever uma série de casos foi o Dr. Harold Leemig Sheehan, em 1937, podendo os sintomas ocorrerem logo após o parto ou tardiamente¹. Em 1913, Glinsky² e em 1914, Simmonds³ descreveram 2 casos de necrose pituitária puerperal. Dr. Harold Leemig Sheehan era um patologista dedicado e modesto. Se alguém mencionasse a SS, ele insistia que ela fosse referida como necrose hipofisária pós-parto⁴. É importante entender que a principal causa de hipopituitarismo é neoplásica e as de origem por inflamação autoimune da hipófise, infecção, trauma e granuloma, são muito mais raras. Os casos novos de tumores de glândula pituitária variam de 0,2 a 2,8 por 100 000 população por ano⁵.

A prevalência de hipopituitarismo é de 29–455 por 100 000, destes 61% são decorrentes de tumor hipofisário e apenas alguns da SS⁶. A prevalência da patologia traz a dificuldade do diagnóstico que muitas vezes é negligenciado por não ser uma patologia tão frequente, e por vezes, só executado o diagnóstico após a morte, ou em caso de coma de origem hipopituitária. Na metade do século passado a prevalência da SS era de 10 para cada 100 mil mulheres da população⁷.

Em 2011, na Islândia, foi realizado estudo retrospectivo o qual mostrou uma prevalência estimada de 5,1 por 100.000 mulheres. Apesar dos avanços nos cuidados obstétricos, anestesiológicos e de ressuscitação esta patologia não pode ser ignorada mesmo em países desenvolvidos⁸.

A fisiopatologia da SS, apesar de não ser completamente compreendida, tem alguns fatos fortemente envolvidos, como o aumento que a glândula hipofisária sofre durante a gravidez, devido a hiperplasia das células lactotróficas em resposta ao estímulo estrogênico e a vulnerabilidade da vascularização desta glândula quando ocorre alterações durante quedas pressóricas, principalmente a hipófise anterior que tem seu suprimento de uma rede capilar densa de baixa pressão. No entanto, outros mecanismos como vasoespasmo, trombose e distúrbios da coagulação também podem desempenhar um papel crucial ao restringir o suprimento

sanguíneo para a hipófise⁹. A duração da isquemia necessária para causar a necrose da pituitária anterior ainda não foi determinada, mas investigações experimentais em órgãos semelhantes sugerem que o tempo necessário seria de 1 a 3 horas. A destruição do lobo anterior causa uma insuficiência funcional imediata e quase completa. Logo, toda paciente que apresenta hemorragia pos-parto que levou ao choque hipovolêmico e ocorreu atraso na transfusão ou não houve colostro, devem ser acompanhada de perto do ponto de vista sintomático e laboratorial visando diagnóstico precoce⁷.

Os principais sintomas que caracterizam a síndrome são: amenorréia, apatia e inércia muito acentuadas, apesar dos pacientes raramente consultam seu médico de família e praticamente nunca irem a clínicas ginecológicas⁷.

Quanto mais precoce o diagnóstico, menor a morbi mortalidade da paciente. Quando a equipe médica não está atenta, pode ficar muito tempo, até 30 anos como já foi publicado, a seguir. Caso de paciente diagnosticada aos 66 anos, 36 anos após o último parto, quando teve sangramento abundante e o não acompanhamento adequado, permitiu que a paciente permanecesse por longo período da vida com prejuízos na sua capacidade laboral, física, regulação de temperatura, alterações de pele e da função sexual além de risco de vida por crise adrenal, sendo tudo amenizado com hidrocortisona, hormônio tireoidiano, estradiol e progesterona¹⁰.

Os principais sintomas relatados pelas pacientes são: astenia e adinamia em 85% das pacientes, amenorreia em 73%, perda de pelos axilares ou púbicos 67%, falha de amamentação em 65%, pele seca em 65%, baixa libido e intolerância ao frio em 60% e alterações cognitivas e hiporexia em 53%¹¹. Neste mesmo trabalho, os 60 pacientes foram analisados quanto ao exame físico, os principais achados foram: temperatura corporal normal em 72% dos pacientes, acima de 37 graus em 19% das pacientes e abaixo de 35 graus em 9% das pacientes. Diminuição ou ausência de pêlos púbicos ou axilares 93%, pele seca 82%, atrofia vaginal 58%, reflexos lentos 43%, atrofia da glândula mamária 33%, alterações cognitivas 17%, mixedema 17%¹¹. Os principais exames complementares são: TSH e T4 total, FSH/LH, Estradiol, Cortisol basal e estimulado, IGF-1, Ressonância magnética

com contraste da sela¹². O tratamento deve ser iniciado pela reposição com hidrocortisona, seguida do hormônio tireoidiano, estrogênio e progesterona se útero estiver presente¹³. O hormônio do crescimento pode ser utilizado para melhora da qualidade de vida e para o crescimento folicular¹⁴. O propósito deste relato é disseminar o conhecimento acerca desta condição rara à comunidade médica, contribuindo para um diagnóstico mais precoce e eficaz.

RELATO DE CASO

Conforme os preceitos estabelecidos pela Resolução 196/1996 do Sistema Único de Saúde para estudos envolvendo seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa avaliou e autorizou a divulgação deste caso. A paciente consentiu voluntariamente com a realização do estudo.

A paciente em questão, do sexo feminino, 37 anos, possui uma história obstétrica notável, com gestações prévias, sendo a última gravidez há 11 anos, sem intercorrências fetais. Além disso, apresenta diagnóstico de Hipotireoidismo há 5 anos, com uso irregular de hormônio tireoidiano. Iniciou o acompanhamento ambulatorial em 16/06/2022, relatando uma sintomatologia abrangente: fadiga, anorexia, alopecia, intolerância ao frio, incontinência urinária e perda de peso não quantificada, bem como episódios de sudorese, dispneia aos esforços, palidez e iminência de perda de consciência. Ao exame físico, exibia pele xerótica e palidez, além de apresentar emagrecimento (Figura 1). A paciente relata ciclo menstrual regular e nega alterações nos hábitos intestinais. Inicialmente, foi instituída terapia com Levotiroxina 100 mcg/dia.

Figura 1 - Tomografia de Hipófise sem contraste evidenciando afilamento focal do assoalho selar



Em seu retorno, em 27/07/2023, a paciente persistia com a sintomatologia descrita, acrescida de sonolência excessiva, dificuldade de ganho ponderal e adinamia, apesar do tratamento adequado com levotiroxina. Diante da suspeita de panhipopituitarismo, foram requisitados os seguintes exames: cortisol, TSH, ACTH, IGF-1, prolactina e testosterona (Tabela 1), evidenciando deficiência nos níveis de cortisol, TSH e IGF-1. Assim, o diagnóstico de pan-hipopituitarismo foi

firmado e a paciente passou a ser tratada com prednisona na dose de dez miligramas diários, mantendo-se a terapia com Levotiroxina. Em 08/02/2023, a paciente compareceu à consulta ambulatorial trazendo consigo os resultados da tomografia de hipófise (Figura 2), que revelou um afinamento focal do assoalho selar. A paciente obteve melhoras significativas em suas queixas, negando dispneia, fadiga e sonolência, além de relatar um ganho ponderal de cinco quilos ao longo de seis meses (Figura 3).

Tabela 1 - Exames laboratoriais

	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
TSH	0,007 µUI/mL	4,5 - 10 µUI/mL
IGF-1	27 µg/L	109 - 284 µg/L
Cortisol	< 1 mcg/dL	5 - 23 mcg/dL
Prolactina	42,6 ng/dL	< 30 ng/dL
Testosterona	9 ng/dL	12 - 60 ng/dL
ACTH	15 pg/dL	7 - 63 pg/dL

Figura 2 - Paciente pré-tratamento de reposição hormonal, apresentando adinamia, palidez e baixo peso

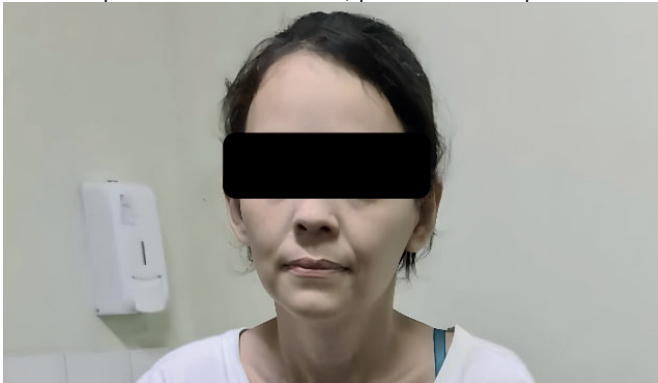


Figura 3 - Paciente após 3 meses de tratamento com prednisona e levotiroxina, evidenciando notável melhora dos sintomas e ganho de peso



DISCUSSÃO

A Síndrome de Sheehan é notoriamente desencadeada por hemorragia pós-parto, situando-se entre as principais causas de mortalidade materna, com maior incidência em regiões com acesso limitado a cuidados médicos. A hemorragia obstétrica é definida como uma perda sanguínea igual ou superior a 500 ml em partos vaginais, e igual ou superior a 1000 ml em partos por via abdominal, quando associada a um sangramento contínuo ou a índices de choque superiores a 0,9. As causas comuns dessa complicação englobam a atonia uterina, lacerações cervicais e vaginais, coagulopatias e retenção de tecido placentário. Diante de tais situações, é imperativo iniciar um protocolo de atendimento à hemorragia pós-parto, que compreende a ressuscitação volêmica, suporte transfusional e, em casos necessários, intervenções cirúrgicas para controle do sangramento¹⁵.

O estado hipovolêmico decorrente das hemorragias obstétricas acarreta prejuízos no suprimento sanguíneo à hipófise, culminando em infarto dessa glândula. O lobo anterior é acometido em aproximadamente 90% dos casos, enquanto o lobo posterior é afetado de forma mais rara¹⁶.

Em sua apresentação aguda, a Síndrome de Sheehan pode ser identificada imediatamente após o parto. As puérperas exibem sintomas como cefaleia, distúrbios visuais, fadiga, agalactia e sinais de insuficiência adrenal aguda, como hipotensão, hipoglicemia e hiponatremia. Essa apresentação é de extrema gravidade e pode resultar em óbito se não for prontamente tratada¹⁶.

No entanto, na maioria dos casos, a síndrome se manifesta de forma gradual e inespecífica, muitos anos após o parto. A diversidade na apresentação clínica da Síndrome de Sheehan decorre da variação na extensão das lesões na hipófise¹⁶. Entre as manifestações clínicas, a insuficiência adrenal secundária pode ser mais branda, manifestando-se com sintomas como hipotensão postural, taquicardia, fadiga, adinamia, anorexia, perda de peso e diminuição da libido. Contudo, em sua forma mais severa, pode resultar em óbito, visto que o cortisol é crucial para a manutenção do tônus vascular. O déficit de TSH, por sua vez, se reflete nos sintomas clássicos do hipotireoidismo, incluindo fadiga, alopecia, fragilidade

das unhas, intolerância ao frio e constipação, com a gravidade variando de acordo com a extensão da deficiência do hormônio tireoidiano.

Além disso, a Síndrome de Sheehan pode conduzir ao hipogonadismo secundário, resultante da produção insuficiente de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), levando a uma função ovariana comprometida, e, conseqüentemente, a ciclos menstruais irregulares, amenorreia e infertilidade. A produção de hormônio do crescimento (GH) também é afetada, culminando em alterações na composição corporal na idade adulta, com perda de massa magra e redução da densidade mineral óssea. É importante ressaltar que as células lactotróficas e somatotróficas, devido à sua localização mais lateral e maior irrigação sanguínea, são as mais frequentemente lesadas¹⁷. No caso da paciente em questão, os sinais e sintomas apontavam para deficiência na produção de ACTH e TSH, uma vez que ela não relatava irregularidades menstruais e referia boa produção de leite em suas duas gestações.

Em síntese, diante de uma história obstétrica marcada por perda sanguínea significativa, seguida de choque hipovolêmico e manifestações como déficit na produção láctea pós-parto, irregularidade menstrual ou os sintomas hormonais mencionados acima, a Síndrome de Sheehan deve ser considerada como diagnóstico diferencial. Nesse contexto, é crucial a realização de dosagens hormonais específicas, assim como testes de tolerância à insulina ou estímulo ao glucagon. Além disso, exames de imagem, especialmente a ressonância nuclear magnética, apresentam um alto valor diagnóstico, sendo superior à tomografia de hipófise nesse contexto. A ressonância pode revelar uma sela túrcica vazia ou parcialmente ocupada¹⁶.

Por fim, é importante mencionar outras causas de hipopituitarismo que devem ser consideradas como diagnósticos diferenciais da Síndrome de Sheehan. Os tumores hipofisários representam a condição mais comum associada a essa condição. Além dos sintomas hormonais clássicos, podem ocorrer alterações visuais e cefaleia quando há compressão do quiasma óptico pela massa tumoral, comumente visível na ressonância nuclear como uma sela túrcica alargada¹⁶.

A hipofisite linfocítica, uma doença autoimune rara, caracteriza-se pela infiltração maciça de linfócitos e plasmócitos na hipófise, resultando na destruição do parênquima glandular. Essa condição pode se assemelhar à Síndrome de Sheehan, apresentando sintomas e imagens semelhantes, o que pode dificultar a diferenciação entre as duas patologias¹⁶.

O tratamento central da Síndrome de Sheehan consiste na reposição hormonal conforme as deficiências apresentadas. A corticoterapia deve ser iniciada em casos de insuficiência adrenal, com titulação baseada na sintomatologia e nos resultados laboratoriais. Dado que a fisiopatologia dessa condição envolve uma deficiência de ACTH, e não uma alteração na glândula adrenal em si, a reposição de mineralocorticoides não é necessária. A reposição dos hormônios tireoidianos deve ser feita conforme os níveis séricos de T4 livre, com cautela em pacientes idosos com doença coronariana devido ao risco de desencadear angina pectoris. A reposição de estrogênio e progesterona é indicada em mulheres jovens que ainda não atingiram a menopausa, desde que não haja contra-indicações, como cirrose hepática, histórico prévio de tromboembolismo ou hipertensão de difícil controle. Quanto à reposição de GH, ainda não há um consenso estabelecido. Caso seja realizada, deve ser feita de maneira gradual e progressiva, com dosagem de IGF-1 a cada 4-8 semanas¹⁸.

CONCLUSÃO

O panhipopituitarismo que ocorre na síndrome de Sheehan é uma condição rara, pouco conhecida e de diagnóstico desafiador. A compreensão sobre essa condição é de grande importância, visto que gera impacto significativo na saúde feminina. Esse relato de caso objetiva alertar e informar a comunidade médica para que esse diagnóstico não continue despercebido.

REFERÊNCIAS

1. Sheehan HL. Post-partum necrosis of the anterior pituitary. *Journal of Pathology and Bacteriology* 1937 45 189–214. (doi:10. 1002/path.1700450118).

2. Simmonds M. Uber hypophysisschwund mit todlichem ausgang. *Dtsch Med Wschr* 1914; 40: 322–23.
3. Glinski LK. Z kazuistyki zmian anatomo-patologicznych w przysadce mozgowej. *Przegl Lekarski* 1913; 52: 13–14.
4. Kovacs K. Sheehan syndrome. *Lancet*. 2003;361:520-522.2.
5. Vance ML. Hypopituitarism. *N Engl J Med* 1994; 330: 1651–62.
6. Regal M, Paramo C, Sierra SM, Garcia-Mayor RV. Prevalence and incidence of hypopituitarism in an adult Caucasian population in northwestern Spain. *Clin Endocrinol* 2001; 55: 735–40.
7. Sheehan HL. The frequency of post-partum hypopituitarism. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth* 1965 72 103–111. (doi:10.1111/j.1471-0528.1965.tb01380.x)
8. Kristjansdottir HL, Bodvarsdottir SP, Sigurjonsdottir HA: Sheehan’s syndrome in modern times: a nationwide retrospective study in Iceland. *Eur J Endocrinol*. 2011, 164:349-54. 10.1530/EJE-10-1004
9. Keleştimur F: Sheehan’s syndrome. *Pituitary*. 2003, 6:181-8. 10.1023/b:pit-0000023425.20854.8e
10. A Case Report of Sheehan Syndrome: A Rare Cause of Hypopituitarism. Ana Luís Vasconcelos, Rita Pinto Ribeiro, Patrícia Cláudio Ferreira, Joana Maciel, Rosário Araújo. *Cureus* 2024 Feb 4;16(2):e53544. DOI: 10.7759/cureus.53544.
11. Gei-Guardia O, Soto-Herrera E, Gei-Brealey A, Chen-Ku CH: Sheehan syndrome in Costa Rica: clinical experience with 60 cases. *Endocr Pract*. 2011, 17:337-44. 10.4158/EP10145.OR
12. Delayed Sheehan’s syndrome diagnosed during the evaluation of secondary infertility: A case report. Surbhi Saxena, Vishesh Verma, Samir Samadarshi, Thinley Dorji, Jayaraman Muthukrishnan. *Clin Case Rep*. 2024;12:e8521. DOI: 10.1002/ccr3.8521
13. Alexandraki KI, Grossman A. Management of hypopituitarism. *J Clin Med*. 2019;8:2153.
14. Sood A, Mohiyiddeen G, Ahmad G, Fitzgerald C, Watson A, Mohiyiddeen L. Growth hormone for in vitro fertilisation (IVF). *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;11:CD000099.
15. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Nov 2]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?source=history_widget#H3811883508
16. Karaca Z, Laway BA, Dokmetas HS, Atmaca H, Keleştimur F. Sheehan syndrome. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2016 Dec 22;2(1):1–15. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrdp201692>
17. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-hypopituitarism>
18. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypopituitarism>

*** Autor correspondente:**

Orivaldo Alves Barbosa

Email:

orivaldo.alves.barbosa@gmail.com

Evento de conscientização sobre cirurgia bariátrica para pacientes: um relato de experiência em grande centro de cirurgia digestiva

Awareness event about bariatric surgery for patients: an experience report in a large digestive surgery center

Isabela Franco Freire¹, Natan Rolim de Assunção Bisio¹, Marcos Túlio Monteiro Tavares², João Luiz Bezerra de Menezes Saraiva², Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega³, Paulo Marcos Lopes³

1 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA)

2 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

3 – Staff do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA)

Artigo submetido em: 19/03/2024

Artigo aceito em: 06/05/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A obesidade, um problema de saúde global, é caracterizada pelo excesso de gordura corporal, com influência etiológica multifatorial. Com estágios progressivos, pode levar a várias comorbidades, exigindo intervenções multidisciplinares, incluindo mudanças no estilo de vida, tratamentos medicamentosos e cirurgia bariátrica em casos graves. Doenças de grande prevalência na população geral têm forte associação com a obesidade, comorbidades que a cirurgia bariátrica busca remitir após sua realização. Podemos destacar algumas comorbidades de maior incidência, como a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares, dislipidemia e esteatose hepática. A abordagem multidisciplinar pré-operatória é fundamental para reduzir riscos cirúrgicos e melhorar os resultados. Um grande centro de cirurgia digestiva, visou a realização de um programa destinado a pacientes com desejo de serem submetidos a uma cirurgia bariátrica. O programa, conduzido por equipe multiprofissional, forneceu orientações abrangentes sobre obesidade, tratamento e critérios de inclusão. Realizada triagem baseada no IMC e comorbidades direcionou pacientes para avaliação e intervenções, destacando a abordagem multidisciplinar. Dada a forte associação de comorbidades na população obesa, a cirurgia bariátrica entra como uma opção de tratamento que visa não só a redução de peso sustentada, mas também a resolução de comorbidades a longo prazo.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

Obesity, a global health issue, is characterized by excess body fat, with multifactorial etiological influence. With progressive stages, it can lead to various comorbidities, requiring multidisciplinary interventions, including lifestyle changes, medication treatments, and bariatric surgery in severe cases. Diseases with high prevalence in the general population are strongly associated with obesity, comorbidities that bariatric surgery aims to resolve after its completion. We can highlight some comorbidities with higher incidence, such as Type 2 Diabetes Mellitus (DM2), cardiovascular diseases, dyslipidemia, and hepatic steatosis. Preoperative multidisciplinary approach is crucial to reduce surgical risks and improve outcomes. A major digestive surgery center aimed to implement a program targeting patients desiring bariatric surgery. The program, led by a multiprofessional team, provided comprehensive guidance on obesity, treatment, and inclusion criteria. Screening based on BMI and comorbidities directed patients for evaluation and interventions, highlighting the multidisciplinary approach. Given the strong association of comorbidities in the obese population, bariatric surgery emerges as a treatment option aimed not only at sustained weight reduction but also at the long-term resolution of comorbidities.

Keywords: bariatric surgery.



Esta obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

INTRODUÇÃO

A obesidade configura, atualmente, um problema de saúde pública na maior parte do mundo. Ela consiste, em termos objetivos, em uma acumulação em excesso de massa gordurosa na composição corporal do paciente, com influência multifatorial. O mecanismo utilizado para verificar esse acometimento é o Índice de Massa Corporal (IMC), medido em kg/m^2 . O IMC configura um ótimo método populacional de rastreamento do sobrepeso e da obesidade, bem como serve para classificar o doente em tipos de obesidade conforme o aumento do índice. Deve-se, entretanto, estar ciente das limitações deste cálculo, que exclui pacientes com muita massa muscular (como atletas, por exemplo).^{1,2,3}

Dessa forma, um paciente que tem $\text{IMC} > 25\text{kg}/\text{m}^2$ enquadra-se na categoria “Sobrepeso”, não sendo, ainda, obeso. Esse estágio permite a intervenção conjunta da equipe multidisciplinar para evitar a progressão para estágios de obesidade estabelecida. Isso não impede, porém, que o paciente tenha consequências cardiometabólicas da presença do excesso de tecido adiposo. Os estágios posteriores configuram-se acima do $\text{IMC} > 30\text{ kg}/\text{m}^2$, em que se encontra a obesidade tipo 1. A obesidade tipo 2 está nos pacientes com $\text{IMC} > 35\text{ kg}/\text{m}^2$, e a tipo 3 com $\text{IMC} > 40\text{ kg}/\text{m}^2$. Essa última também é chamada de obesidade mórbida, apesar de esta nomenclatura guardar um tom estigmatizante.²

IMC	Classificação
18 - 24,9	Normal
25 - 29,9	Sobrepeso
30 - 34,9	Obesidade tipo 1
35 - 39,9	Obesidade tipo 2
≥ 40	Obesidade tipo 3 ou
15 pg/dL	Obesidade Mórbida

A doença guarda forte associação com comorbidades como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), esteatose hepática, doenças cardiovasculares, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidentes vasculares encefálicos, osteoartrite, doenças biliares, apneia obstrutiva do sono e doenças respiratórias. Essa ampla gama de doenças têm amplificação ou causa quando estabelecidas

no contexto da obesidade, ressaltando o potencial de dano orgânico que culmina em maiores taxas de morbimortalidade geral em obesos.^{2,3}

Para o tratamento dessa enfermidade, foram empregados diversos métodos comportamentais, medicamentosos e cirúrgicos. A mudança do estilo de vida é considerada essencial, qualquer que seja a outra terapia empregada em conjunto. A adição de exercícios físicos, a reeducação alimentar e as intervenções psicoterapêuticas auxiliam no complexo processo de perda de peso. O tratamento medicamentoso, embora promissor e útil para alguns pacientes, ainda não oferece perda de peso sustentada a longo prazo como ocorre no tratamento cirúrgico. Para enquadramento no tratamento cirúrgico, importa ressaltar que estão inclusos aqueles pacientes com obesidade tipo 2 que têm pelo menos duas das doenças associadas antes mencionadas, ou os pacientes com obesidade tipo 3 em qualquer caso. Importa ressaltar as limitações cirúrgicas inerentes a qualquer procedimento: um paciente demasiadamente obeso sofre riscos peri e intraoperatórios que podem contraindicar o tratamento.^{2,3,4}

Assim, antes de ser encaminhado para a equipe cirúrgica, é requerido que o paciente entenda o compromisso que a cirurgia bariátrica exige, qualquer que seja a técnica cirúrgica empregada. Os pacientes com IMC muito elevado (ou super-obesos, nomenclatura usual porém altamente estigmatizante) necessitam de dietas de déficit calórico previamente à cirurgia, de modo a diminuir o risco cirúrgico. Um estudo conduzido por Tabesh et al mostra que a literatura indicou, a partir de uma dieta deficitária pré operatória: aumento de perda de peso tanto antes quanto após o procedimento; diminuição do IMC antes da cirurgia; diminuição do tamanho do fígado e do conteúdo gorduroso intrahepático; diminuição do tecido adiposo visceral e da profundidade da cavidade abdominal; menores desafios para a equipe cirúrgica, que culminou em menos conversões para cirurgia aberta, tempo de cirurgia, perda de sangue, complicações, tempo de hospitalização e úlceras ou fístulas. De modo geral, a perda de peso adequadamente conduzida no pré operatório leva a melhora global da composição corporal e das comorbidades clínico-cirúrgicas associadas à obesidade.⁴

Atualmente, a abordagem cirúrgica é o único meio que leva à perda de peso sustentada ao longo de anos. Múltiplos estudos demonstraram um follow-up positivo em relação à perda de peso aos 5, 10 e 20 anos de pós-operatório. Em média, a perda é de 60% do peso excedente, a depender da técnica empregada. Além disso, as doenças relacionadas à obesidade previamente citadas demonstram redução ou remissão total após a cirurgia bariátrica.²

No Ceará, um grande centro de cirurgia digestiva atua como relevante instituição que promove eventos para pacientes interessados em realizar a cirurgia bariátrica. Atualmente, é o hospital que mais realiza cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O evento ocorreu na cidade de Fortaleza, Ceará e foi realizado no auditório de um hospital de referência da cidade, na sexta-feira, dia 26 de janeiro de 2024, tendo como intuito o ingresso de pacientes no Programa de Cirurgia Bariátrica. Os convites foram emitidos para os pacientes que manifestaram desejo de fazer parte do programa durante os ambulatórios da cirurgia geral, e tiveram seus nomes incluídos em uma lista. O acesso aos ambulatórios se dava pela central de regulação da rede de atenção primária, para os pacientes que expressaram o desejo de realizar a cirurgia.

Durante o decorrer do evento, os participantes receberam instruções de uma equipe multiprofissional, composta por 4 cirurgiões, 1 anestesista, 1 cirurgião buco-maxilo-facial, 2 psicólogas, 2 nutricionistas, 1 fonoaudióloga, 2 fisioterapeutas, 1 assistente social, 1 cardiologista e 1 enfermeira. As instruções repassadas abordaram: o que é obesidade, quais são as opções de tratamento, quais as indicações, os riscos e as complicações e como é realizada a cirurgia. Após o repasse das orientações, houve o encaminhamento à triagem, para definir se poderiam realizar o agendamento da consulta com o médico cirurgião para dar seguimento ao processo.

A equipe multidisciplinar atuava de maneira conjunta, visando fornecer o melhor preparo do paciente para o processo cirúrgico e pós-operatório, sendo realizada a avaliação da arcada dentária para adequação cirúrgica, o condicionamento para a cirurgia e para a

reabilitação, e os ajustes na mastigação pela equipe de odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia, respectivamente. Os pacientes foram avaliados, ainda, pela assistência social, que explorava as questões socioeconômicas necessárias para a sustentação de uma alimentação balanceada e para a suplementação de vitaminas, conforme os planos alimentares realizados pela equipe de nutrição. A enfermagem era responsável pelo seguimento do paciente, coordenando e checando a realização de exames e a presença nas consultas, encaminhando à equipe médica quando o paciente estava adequado aos planos traçados. Por fim, a equipe de psicologia era responsável por orientar os pacientes, em uma abordagem em grupo, sobre a relação da alimentação com transtornos de ansiedade e de humor. As orientações eram passadas em 3 etapas diferentes nas quais, uma delas, era realizada mediante a presença de familiares para se estimar o nível de suporte familiar.

Durante a triagem, os pacientes foram pesados e medidos, com o intuito de calcular o índice de massa corpórea (IMC), utilizado como critério para definir o destino do paciente. Para ser encaminhado aos cirurgiões, o participante deveria estar incluso em 3 das seguintes categorias: IMC maior que 40 e menor que 50, IMC maior que 35 com presença de comorbidade ou IMC maior que 30 com Diabetes Mellitus de difícil controle. Dentre as comorbidades, as inclusas eram: Diabetes tipo 2, apneia do sono, disfunção erétil, infertilidade (masculina e feminina), incontinência urinária de esforço na mulher, estigmatização social e depressão, hipertensão arterial, colecistopatia calculosa, veias varicosas e/ou doença hemorroidária, osteoartrites, síndrome dos ovários policísticos, esteatose hepática, hipertensão intracraniana idiopática, hérnias discais, dislipidemia, refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica, doenças cardiovasculares, asma grave não controlada e pancreatites agudas de repetição.

Pacientes que apresentaram o IMC maior que 50 foram dirigidos para a avaliação da equipe multidisciplinar, onde receberam um plano alimentar e nutricional, com orientações de restrição alimentar e dieta hipocalórica individualizada, além de orientação psicológica, para que percam peso através de dieta e exercício físico e, futuramente, receberão uma reavaliação para saber se já estão

aptos a realizar a cirurgia de acordo com os critérios já citados anteriormente. Caso o paciente não conseguisse baixar o IMC para valores menores que 50, ou se baixasse e voltasse a subir para níveis acima desse valor, o paciente era excluído do programa.

Além disso, os pacientes que se enquadraram nos critérios para a realização da cirurgia foram encaminhados ao ambulatório para a consulta com o cirurgião e a realização de exames que incluíam: hemograma, glicemia, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, FA, Gama-GT, albumina, ferritina, ácido fólico, Vitamina D, zinco, vitamina B12, B-HCG e sorologias para hepatites e HIV. Eram solicitados, além dos exames laboratoriais: endoscopia digestiva alta, ultrassonografia de abdome, eco e eletrocardiograma, teste ergométrico e raio-x de tórax. Estes foram orientados a perder, idealmente, 10% do peso corporal, como forma de demonstração de interesse e de engajamento no processo. Os pacientes que chegam à cirurgia são os que demonstraram, desde o primeiro encontro, a determinação para superar as metas pré-estabelecidas. Cerca de 10% dos pacientes desistem durante o processo.

O presente trabalho trata-se, então, de um estudo descritivo, na forma de relato de experiência, sobre a ação ocorrida no mês de janeiro a respeito do ingresso de pacientes no Programa de Cirurgia Bariátrica do hospital.

DISCUSSÃO

Conforme supracitado, a obesidade é fortemente associada a comorbidades, com 76.3% dos pacientes apresentando doença hepática gordurosa não alcoólica num estudo transversal de 139 pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica, nesse contexto, dada a alta prevalência de comorbidades na população obesa, a bariátrica se apresenta como uma opção efetiva tanto para a perda de peso sustentada quanto para a melhora de comorbidades a longo prazo.⁶ Ademais, o emprego de dietas anteriores à cirurgia pode melhorar o manejo intraoperatório do paciente que será submetido, refletido por alterações de IMC e até exames laboratoriais e, por consequência, reduzir a morbimortalidade perioperatória. Dentre as dietas, a com melhor resultados nesses pacientes foi

a dieta cetogênica de muito baixa caloria.⁷ Desse modo, fica clara a importância do manejo nutricional adjunto à terapia médica, com a dieta hipocalórica mediante avaliação individualizada de nutricionista no programa. Ademais, a fração estimada de 10% de pacientes excluídos do programa de cirurgia bariátrica é atribuída largamente à má adesão ao tratamento proposto pela equipe multidisciplinar, não adotando as práticas mastigatórias, dietéticas e físicas propostos previamente.

Na triagem de pacientes feita conforme o relato, os pacientes com IMC maior que 50 foram encaminhados diretamente à perda de peso, recomendando a perda de 10% do peso corporal isso se deve ao fato da intervenção cirúrgica ser mais difícil pela grande quantidade de gordura visceral nesses pacientes, além da maior chance de múltiplas comorbidades estarem presentes, numa pesquisa feita com 789 cirurgiões de 73 países em 2021, 55.34% dos profissionais recomendam a perda de peso antes da cirurgia para seus pacientes de IMC >50kg/m² e apenas 42.6% a perda de peso de pelo menos de 10%. Assim, mostra-se como um tópico divisivo dentre os profissionais, no entanto, a maior parte (89.9%) concorda que cirurgias nesse perfil de paciente devem ser realizadas apenas por cirurgiões experientes.⁵ Porém, a presença de dados definidores de conduta de qualidade a respeito do manejo pré-operatório é escassa, no entanto, é importante salientar essa correlação positiva dos pacientes com IMC alto e mortalidade perioperatória, assim, a perda de peso anterior à cirurgia nestes pacientes é uma estratégia que pode reduzir a mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Pepe RB, Lottenberg AM, Fujiwara CTH, et al. Position statement on nutrition therapy for overweight and obesity: nutrition department of the Brazilian association for the study of obesity and metabolic syndrome (ABESO-2022). *Diabetol Metab Syndr.* 2023;15(1):124.
2. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2022;18(12):1345-1356.

3. Mayoral LP, Andrade GM, Mayoral EP, et al. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. *Indian J Med Res.* 2020;151(1):11-21.
4. Tabesh MR, Eghtesadi M, Abolhasani M, Maleklou F, Ejtehadi F, Alizadeh Z. Nutrition, Physical Activity, and Prescription of Supplements in Pre- and Post-bariatric Surgery Patients: An Updated Comprehensive Practical Guideline. *Obes Surg.* 2023;33(8):2557-2572.
5. Kermansaravi M, Lainas P, Shahmiri SS, et al. The first survey addressing patients with BMI over 50: a survey of 789 bariatric surgeons. *Surg Endosc.* 2022;36(8):6170-6180.
6. Schwenger KJP, Fischer SE, Jackson TD, Okrainec A, Allard JP. Non-alcoholic Fatty Liver Disease in Morbidly Obese Individuals Undergoing Bariatric Surgery: Prevalence and Effect of the Pre-Bariatric Very Low Calorie Diet. *Obes Surg.* 2018;28(4):1109-1116.
7. Erdem NZ, Ozelgun D, Taskin HE, Avsar FM. Comparison of a pre-bariatric surgery very low-calorie ketogenic diet and the Mediterranean diet effects on weight loss, metabolic parameters, and liver size reduction. *Sci Rep.* 2022;12(1):20686.

*** Autor correspondente:**

Isabela Franco Freire

Email:

isabelafrancofreire@edu.unifor.br

Vigilância de doenças notificáveis em hospital de Fortaleza: um relato de experiência

Surveillance of notifiable diseases in a hospital in Fortaleza: an experience report

Giselle Maria Duarte Menezes¹, Juliana Benicio Muniz², Lúcia Maria Caminha Colares³, Ângela Rocha Mapurunga⁴, Maria Elidiana Araújo Gomes⁵

1 – Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Superisora do Núcleo de Enfermagem do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Enfermeira. Especialista da Micropolítica em Gestão e do Trabalho em Saúde. Especialista em Gestão e Redes de Atenção à Saúde. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada. Consultora Técnica da OPAS/MS.

3 – Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica.

4 – Mestre em Gestão em Saúde e Diretora Técnica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

5 – Doutora em Saúde Pública e Enfermeira do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

Artigo submetido em: 22/03/2024

Artigo aceito em: 22/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência que tem como objetivo avaliar o sistema de informação nacional das doenças e/ou agravos de notificação compulsória mais recorrente no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, situado no município de Fortaleza-CE. Tal maternidade é referência estadual e oferece, no momento da admissão das gestantes, testagem rápida sorológica para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) a fim de controlar as doenças e evitar a transmissão vertical. Para a elaboração deste produto, deu-se início ao levantamento do agravo que mais foi notificado no HMJMA, no período de 2018 a 2022, sendo a sífilis congênita o agravo selecionado. Assim, este produto foi desenvolvido no mês de junho de 2023, a partir desse levantamento deu-se seguimento a análise e avaliação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Tal experiência teve como resultados: verificação da boa completude das variáveis pertinentes à ficha de Sífilis Congênita, notificação pela vigilância epidemiológica de todos os nacturnos internados no serviço, realização de busca ativa dos casos, porém em relação à oportunidade de digitação, torna-se necessário traçar estratégias para inserção dos dados no sistema no menor tempo possível, embora trate-se de um agravo de notificação semanal e seja uma orientação epidemiológica esperar resultados dos exames reavaliados para melhor fidedignidade da definição de caso, principalmente sobre Neurosífilis. Assim, segue como sugestão o preenchimento da notificação pelo médico responsável pela internação, bem como, a digitação dessas fichas no mesmo local da ocorrência como forma de oportunizar o processo de planejamento e tomada de decisão.

Palavras-chave: sífilis congênita; transmissão vertical; infecção sexualmente transmissível.

ABSTRACT

This is an experience report that aims to evaluate the national information system of the most recurrent diseases and/or conditions of compulsory notification at the José Martiniano de Alencar Hospital and Maternity, located in the municipality of Fortaleza-CE. This maternity hospital is a state reference and offers, at the time of admission of pregnant women, rapid serological testing for the detection of Sexually Transmitted Infections (STIs) in order to control the diseases and prevent vertical transmission. For the elaboration of this product, a survey of the disease that was most reported in the HMJMA was initiated, in the period from 2018 to 2022, with congenital syphilis being the selected disease. Thus, this product was developed in June 2023, based on this survey, the analysis and evaluation of the Notifiable Diseases Information System (Sinan) was followed. The results of this experiment were: verification of the good completeness of the variables pertinent to the Congenital Syphilis form, notification by the epidemiological surveillance of all nacturnal patients admitted to the service, active search for cases, but in relation to the opportunity of typing, it is necessary to devise strategies for entering the data into the system in the shortest possible time, although it is a weekly notifiable disease and it is an epidemiological orientation to wait for the results of the re-evaluated tests for better reliability of the case definition, mainly about Neurosyphilis. Thus, the following is a suggestion that the physician responsible for the hospitalization fill out the notification, as well as the typing of these forms in the same place of occurrence as a way to provide opportunities for the planning and decision-making process.

Keywords: syphilis congenital; vertical transmission; sexually transmitted infection.



Esta obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde brasileiras vem apresentando desafios referente ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, dentre eles as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)^{1,2}. Assim, o desafio continua na implementação de ações de saúde integradas à vigilância e controle para garantir tanto o acesso ao diagnóstico, como tratamento e monitoramento das ações no setor da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente quando se refere aos casos de sífilis que persistem como problema de saúde pública no Sistema Único de Saúde(SUS)³.

Nesse contexto, O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NHE) se define como unidade operacional pelo monitoramento e preparo para ações de vigilância à Emergências de Saúde Pública (ESP), especificamente no setor hospitalar, facilitando o alcance dos objetivos previstos pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH). O Plano de Fortalecimento e Ampliação da RENAVEH foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) como instrumento de trabalho orientando os estados e municípios contemplados com o incentivo financeiro, subsidiando o planejamento, execução e avaliação da estratégia de saúde pública⁴.

O núcleo atua fortemente na vigilância, na produção de indicadores e na comunicação de notificações compulsórias, ressalva então a comunicação oficial às autoridades sanitárias sobre a ocorrência de uma doença ou agravo à saúde, feita por qualquer profissional de saúde ou cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. O NHE em consonância ao MS através da RENAVEH tem por objetivos: a detecção, o monitoramento e a resposta imediata aos potenciais casos de Eventos de Saúde Pública (ESP) identificadas no âmbito hospitalar. As notificações de Doenças, Agravos e Eventos (DAE) realizadas pela RENAVEH correspondem a uma parcela importante do total de notificações registradas por todas as unidades notificadoras^{5,6}.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A partir da realidade vivenciada no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA), o NHE está ligado à direção geral do hospital. Tal

vinculação é recomendada pelo MS pois o núcleo tem atribuições as quais proporcionam aos gestores evidências e elementos essenciais para apoiar a tomada de decisão frente a eventos de interesse para saúde, possibilitando então a criação de indicadores como fonte de dados para tomada de decisões⁶.

Portanto, o NHE alimenta o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, responsável pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória⁷.

O agravo mais recorrente no HMJMA foi relacionado à Sífilis Congênita, tal fato se dá pelo hospital ser uma referência em maternidade e oferecer durante o período de parto testagem rápida sorológica para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) a fim de controlar as doenças e evitar a transmissão vertical. A prevenção da transmissão vertical da sífilis é relativamente simples, realizada por meio de teste rápido da triagem e sorologia para sífilis durante a realização do pré-natal e do tratamento imediato com injeção de penicilina benzatina. Uma criança recém-nascida de uma gestante infectada pela sífilis e adequadamente tratada, a princípio, não é considerada caso suspeito de SC. A SC é uma doença com alto potencial de prevenção, entretanto, durante as consultas do pré-natal, é necessário que a gestante infectada seja diagnosticada e tratada, assim como seus parceiros sexuais, para que a prevenção seja efetiva⁸.

O Produto deu-se utilizando várias ferramentas, desde análise das variáveis que compõem a ficha de notificação, como também a completude, a oportunidade de digitação no sistema, a notificação, evolução, encerramento oportuno e tantas outras de relevância epidemiológica. Utilizou-se do Tabwin, Sinan, microsoft word, excel e a internet para realização desse produto, além do banco disponibilizado pela Secretaria do Estado. Mediante isso foi realizado cálculos e percentagens da completude dessas fichas e analisado as potencialidades e fragilidades do Sinan para a realização efetiva e eficaz dos processos de trabalho dentro do hospital.

Para a elaboração deste produto, deu-se início com o levantamento do agravo que mais foi notificado no HMJMA, sendo a sífilis congênita o agravo selecionado, este produto foi desenvolvido no

mês de junho de 2023, mediante esse levantamento deu-se seguimento a análise e avaliação do Sinan. A elaboração constituiu-se pelas seguintes etapas: Avaliou-se o sistema de vigilância da doença e ou agravo de notificação compulsória mais recorrente na instituição hospitalar, de 2018 a 2022.

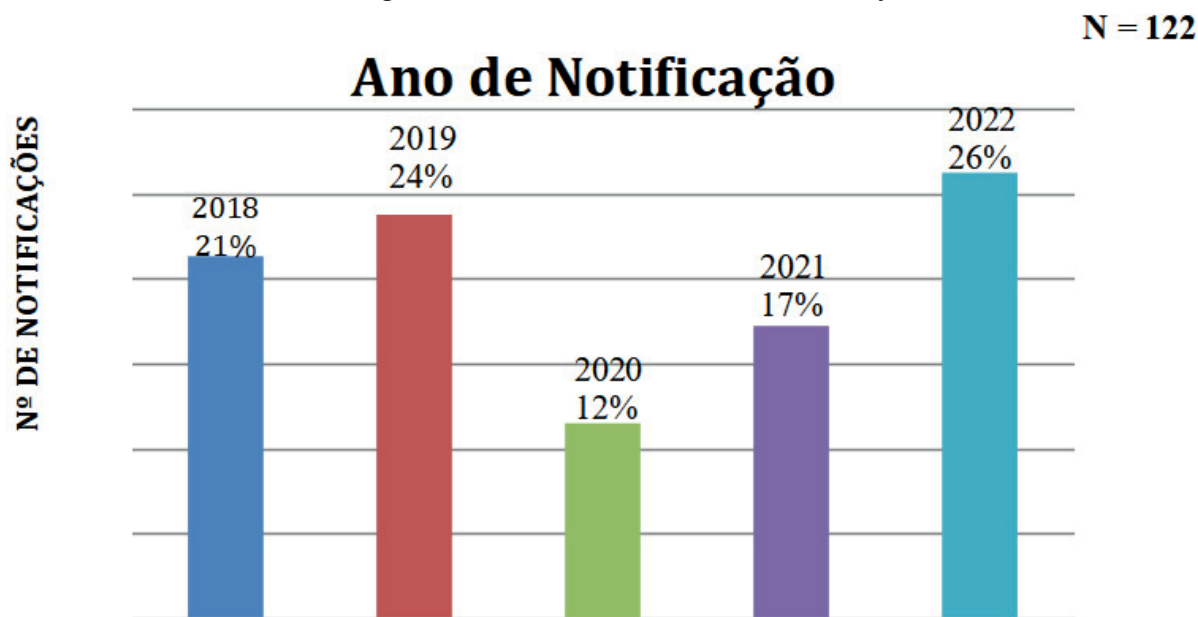
Avaliação dos dados foi realizada com os registros e notificações disponíveis no SIS fornecidos pelo Grupo Técnico (GT) Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), DAE (Doenças, Agravos e Eventos em Saúde Pública) referente ao período de 01 janeiro de 2018 a 31 de dezembro

de 2022, discriminados por atributos qualitativos e quantitativos da ficha de notificação do Sinan e calculando percentual de parâmetros. Os atributos selecionados foram à completude dos dados e oportunidade de digitação para esse agravo.

DISCUSSÃO

No período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2022, foram realizadas 122 notificações de DAE no Sistema de Informação SINAN NET, um dos sistemas de vigilância epidemiológica. Esses dados são provenientes do levantamento realizado pela SESA junto ao NHE/HMJMA referente às informações de notificação do hospital local.

Figura 1 - Percentual de DAE de Sífilis Congênita notificada no HMJMA entre os anos de janeiro de 2018 a dezembro de 2022



Fonte: SINAN NET base local HMJMA, elaborado pelos autores.

*Dados sujeitos à revisão atualizados em 17/10/2023.

De acordo com a Figura 1, o ano de 2022 obteve o maior número de notificações, com 32 (26%) casos notificados, em contraste com o ano de 2020, que teve apenas 14(12%) casos notificados durante todo o ano.

Foram analisadas 22 variáveis do total das 66

existentes na ficha de notificação/investigação de Sífilis Congênita. Esses resultados foram transformados em gráficos e tabelas com finalidade de ressaltar as atividades de notificação compulsória e registros desenvolvidas pelo NHE e HMJMA.

Tabela 2 - Análise das variáveis da ficha de notificação de Sífilis Congênita do HMJMA entre os anos de janeiro de 2018 a dezembro de 2022

VARIÁVEL MÃE	Nº	%
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
FORTALEZA	94	77%
DEMAIS MUNICÍPIOS	28	23%
ZONA		
URBANA	114	93%
RURAL	6	5%
VAZIO	2	2%
IDADE DA MÃE		
15 a 20	29	24%
19 a 25	63	52%
26 a 35	20	16%
>35	4	3%
VAZIO	6	5%
RAÇA/COR		
PARDA	117	96%
BRANCA	2	2%
IGNORADO	3	2%
ESCOLARIDADE		
ANTIGO PRIMÁRIO	4	3%
ANTIGO GINÁSIO	38	31%
ENSINO MÉDIO	66	55%
IGNORADO	14	11%

Fonte: SINAN NET base local HMJMA, elaborado pelos autores.
*Dados sujeitos à revisão atualizados em 20/10/2023.

Na Tabela 2, observa-se que a maioria (77%) residem na capital Fortaleza, em zona urbana (93%), que a faixa etária predominante é de 19 a 25 anos (52%), a raça/cor que prevalece é a parda (96%), sendo o ensino médio a escolaridade da maioria das gestantes (55%).

A escolaridade, que se refere ao conhecimento do nível educacional dos indivíduos é importante para o entendimento do papel da desigualdade social no risco de adoecimento. Alguns autores consideram a educação como o mais forte preditor socioeconômico individual de boa saúde, e variável mais consistentemente associada a diversos agravos⁹.

Observa-se na Tabela 2 que 55% dessas pacientes possuem ensino médio, o que indica um conhecimento mais amplo. Isso leva os governantes a desenvolverem estratégias para mudar o cenário de aumento de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, além dos tratamentos inadequados.

Os programas de saúde pública devem manter estratégias para alcançar essa população, tais como o planejamento familiar e a busca ativa por essas adolescentes e mulheres.

O efeito da educação na saúde é multicausal, indivíduos com maior escolaridade usufruem de melhores condições financeiras e sociais na vida adulta, o que pode promover o acesso a alimentos mais saudáveis, influenciar práticas benéficas e contrárias a comportamentos de risco conhecidos, além de apresentar efeitos positivos em aspectos psicológicos como autoestima, estresse e depressão, obtendo, assim, maior satisfação com a vida e melhor saúde⁹.

Quando comparado a outros países do mundo, a renda futura média de um brasileiro dependerá fortemente de sua escolaridade. Ou seja, um maior grau de escolaridade refletirá também no acesso a um melhor serviço de saúde. Nesse sentido, as informações sobre o perfil educacional é essencial para orientar políticas públicas⁹.

Tabela 3 - Análise das variáveis da ficha de notificação de Sífilis Congênita do HMJMA entre os anos de janeiro de 2018 a dezembro de 2022

VARIÁVEL MÃE	Nº	%
PRÉ NATAL		
SIM	114	93%
NÃO	1	1%
IGNORADO	7	6%
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS		
DURANTE PRÉ NATAL	96	79%
PARTO	17	14%
PÓS PARTO	1	1%
IGNORADO	8	6%
TESTE NÃO TREPONÊMICO		
REAGENTE	118	97%
IGNORADO	4	3%
ESQUEMA DE TRATAMENTO		
ADEQUADO	6	5%
INADEQUADO	86	70%
NÃO REALIZADO	18	15%
IGNORADO	12	10%
TESTE NÃO TREPONÊMICO SANGUE PERIFÉRICO		
REAGENTE	111	91%
NÃO REAGENTE	5	4%
NÃO REALIZADO	3	2%

Fonte: SINAN NET base local HMJMA, elaborado pelos autores.
*Dados sujeitos à revisão atualizados em 20/10/2023.

Tabela 3 - Análise das variáveis da ficha de notificação de Sífilis Congênita do HMJMA entre os anos de janeiro de 2018 a dezembro de 2022

IGNORADO	1	1%
VAZIO	2	2%
EVIDENCIA DE TREPONEMA PALLIDUM		
SIM	14	12%
NÃO	70	57%
NÃO REALIZADO	4	3%
IGNORADO	32	26%
VAZIO	2	2%

Fonte: SINAN NET base local HMJMA, elaborado pelos autores.
*Dados sujeitos à revisão atualizados em 20/10/2023.

Observa-se na Tabela 3, que 93% das gestantes realizaram o pré natal, onde 79% tiveram o diagnóstico durante o pré natal. Em relação aos testes não treponêmico 97% deu reagente, porém mesmo com o diagnóstico precoce, o esquema de tratamento foi inadequado (70%). Quando feito o teste não treponêmico de sangue periférico (91%) deu reagente corroborando para a eficácia do teste rápido. O campo 59 que se refere à evidência do Treponema Pallidum por microscopia (57%) deu que não evidenciou e (26%) ignorado.

Tabela 4 - Análise das variáveis da ficha de notificação de Sífilis Congênita do HMJMA entre os anos de janeiro de 2018 a dezembro de 2022

VARIÁVEL	Nº	%
DIAGNÓSTICO CLÍNICO CRIANÇA		
ASSINTOMÁTICO	78	64%
SINTOMÁTICO	38	31%
NÃO SE APLICA	1	1%
IGNORADO	3	2%
VAZIO	2	2%
ESQUEMA DE TRATAMENTO		
PENICILINA G CRISTALINA 100.000 a 150.000 UI/kg/dia – 10 dias	93	76%
PENICILINA G PROCAÍNA 50.000UI/kg/dia – 10 dias	22	18%
PENICILINA G BENZATINA 50.000UI/kg/dia	1	1%
NÃO REALIZADO	5	4%
IGNORADO	2	2%
VAZIO	2	2%
EVOLUÇÃO		
VIVO	117	96%
ÓBITO POR SÍFILIS CONGÊNITA	3	2%
NATIMORTO	1	1%
IGNORADO	1	1%

Fonte: SINAN NET base local HMJMA, elaborado pelos autores.
*Dados sujeitos à revisão atualizados em 20/10/2023.

Na Tabela 4, nota-se que 64% das crianças nascidas dessas mães com sífilis foram assintomáticas e 31% sintomáticas. Em relação ao esquema de tratamento escolhido (76%), foi Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia – 10. No que se refere a evolução dessas crianças 96% delas estão vivas.

Seguido da realização da elaboração e análise, fazendo-se necessário a organização dos dados epidemiológicos por meio das variáveis identificando os atributos qualitativos e quantitativos no preenchimento da ficha

de notificação de Sífilis Congênita e que atenderiam as variáveis sobre: a notificação semanal, raça/cor, escolaridade e esquema de tratamento da mãe.

Foram utilizados os seguintes parâmetros para avaliar o grau de completude das variáveis: excelente (>90%), regular (70-89%) e ruim (<70%).

Vale ressaltar que somente dois profissionais fazem o preenchimento desta ficha, a assistente social que visita diariamente os leitos de alojamento conjunto/berçário e a enfermeira responsável

pela vigilância epidemiológica, certamente isso faz com que essa completude esteja satisfatória.

A sífilis congênita é um agravo evitável, desde que a sífilis gestacional seja diagnosticada e tratada oportunamente. O tratamento adequado é crucial para prevenir a transmissão vertical da infecção para o recém-nascido sendo um dos critérios para definir e notificar casos da doença.

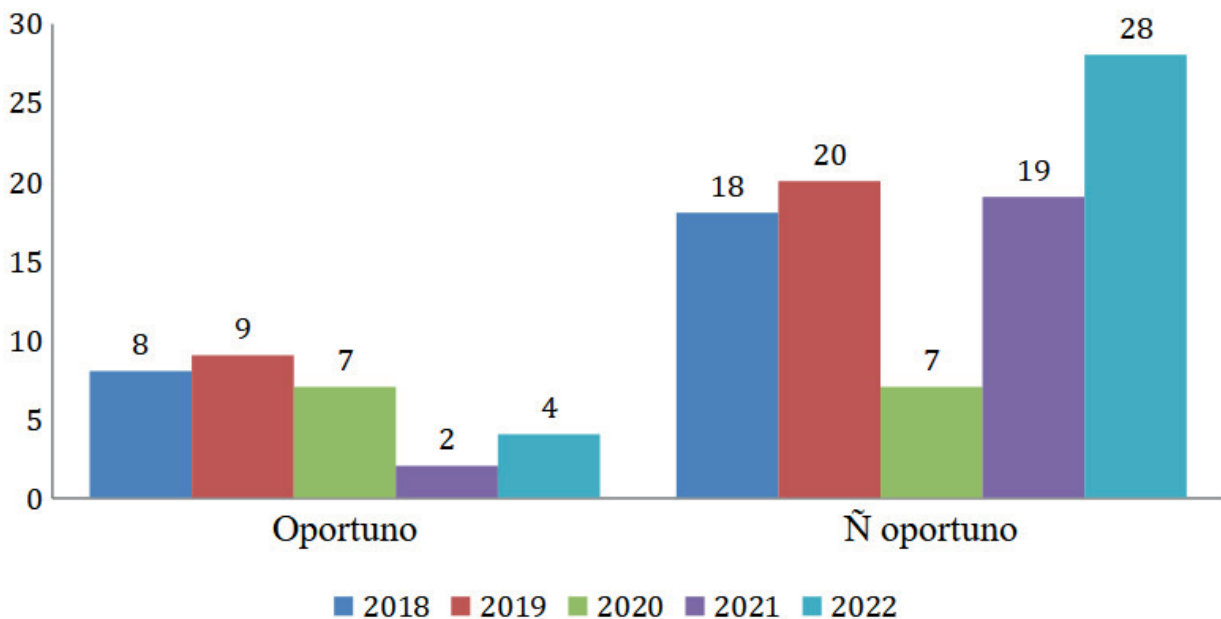
As medidas de controle da sífilis congênita consistem em oferecer assistência pré-natal adequada, com captação precoce e vinculação aos serviços de assistência pré-natal, oferta de testagem para sífilis no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta, e no terceiro trimestre de gestação (em torno da 28ª semana), instituição de tratamento oportuno e adequado para as gestantes e suas parcerias sexuais, seguimento após o tratamento, busca ativa de faltosas, documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na caderneta da gestante,

além da notificação dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita⁹. A fragilidade do fluxo da atenção secundária para a APS e vice versa no HMJMA ainda é um entrave para a eficácia do diagnóstico e tratamento da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita.

No atributo qualitativo, a Completude dos Dados se define como o grau de preenchimento da variável analisada, mensurado pela proporção de notificações com variável preenchida com categoria distinta daquelas indicadoras de ausência do dado. As variáveis em branco ou preenchidas com 'ignorado' foram consideradas como incompletas¹⁰.

O consolidado das notificações analisadas 77% são residentes do município de Fortaleza, com faixa etária entre 15 a 35 anos, sendo predominante 17 anos, a raça/cor mais presente foi a parda (95%), com escolaridade antigo ginásio ou 1º grau (41%) e a ocupação da mãe sendo outros trabalhadores .

Figura 2 - Oportunidade de digitação das variáveis da DAE de Sífilis Congênita notificada no HMJMA entre os anos de janeiro de 2018 a dezembro de 2022



Fonte: SINAN NET base local HMJMA, elaborado pelos autores.

*Dados sujeitos à revisão atualizados em 17/10/2023.

A oportunidade é um importante atributo de avaliação da velocidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica, refletindo a rapidez em cumprir, de maneira efetiva, as diferentes etapas do sistema. Tradicionalmente, começa a ser avaliada a partir da ocorrência dos primeiros sintomas de um caso de doença sob vigilância, calculando-se os tempos

decorridos até sua detecção por um serviço de saúde, sua notificação e divulgação das informações. A oportunidade é uma característica ainda pouco pesquisada nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), seu estudo é imprescindível, tendo em vista a necessidade da informação em tempo hábil nas ações gerenciais de enfermagem.

A oportunidade é a disponibilidade dos dados do sistema de vigilância em tempo hábil, reflete o tempo decorrido entre as etapas incluindo a coleta, análise, interpretação dos dados e divulgação para que sejam tomadas as medidas de controle. A notificação oportuna dos casos é medida essencial para que a vigilância seja capaz de acompanhar o padrão de transmissão, contribuindo para evitar casos e óbitos¹¹.

A figura 2, observa-se o volume de fichas digitadas oportunamente das não digitadas oportunamente. No ano de 2021, observa-se que a digitação das fichas em tempo oportuno foi o menor (2)10% do total de 21 fichas. Na análise das 122 fichas de sífilis congênita dos anos de janeiro 2018 a dezembro de 2022, (92)75% das fichas foram colocadas de forma não oportuna no sistema. A interpretação dessa variável, se dá ao analisar o período de notificação e digitação no SINAN, oportuno (menor igual a sete dias) e não oportuno (maior que sete dias).

Por isso, em relação à oportunidade de digitação, torna-se necessário traçar estratégias para inserção dos dados no sistema no menor tempo possível, embora trate-se de um agravo de notificação semanal de acordo com a orientação do Ministério da Saúde e seja uma orientação epidemiológica esperar resultados dos exames realizados para melhor fidedignidade da definição de caso, principalmente sobre a confirmação ou descarte da Neurosífilis. Em contra partida, acredita-se que se a notificação for preenchida pelo profissional médico responsável pela internação e digitação dessas fichas no próprio local de ocorrência, existirá melhor tempo hábil para planejamento e tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016- 2021: actions for impact. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1348210/retrieve>. Acesso em: 28/01/2023.
2. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Agenda estratégica para redução da sífilis no Brasil, 2020-2021. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_reducao_sifilis_2020_2021.pdf . Acesso em: 16/02/2023.
3. Ramos ANJ. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. Cad. Saúde Pública 38 (5); 2022 . Acesso em: 28/02/2023.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.694, de 23 de julho de 2021. Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2021, 26 jul. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.694-de-23-de-julho-de-2021-334076227>> Acesso: 30/10/2023.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Plano de Fortalecimento e Ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh [recurso eletrônico] .Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 34 p. : il. Disponível em:< World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_fortalecimento_ampliacao_renaveh_1ed.pdf> . Acesso em: 24/10/2023.
6. SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 . Disponível em: <SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (saude.gov.br). Acesso em: 16/03/2024.
7. Amorim R E K, Matozinhos P F, Araújo L A , Silva T P R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiol. Serv. Saúde v.30 n.4 Brasília mar. 2021. Acesso em: 02/11/2023.
8. Magalhães LM, Cunha GM. Diferenças por sexo e idade no preenchimento da escolaridade em fichas de vigilância em capitais brasileiras com maior incidência de dengue, 2008-2017. Cad. Saúde Pública 2020; 36(10):e0018721. Acesso em: 16/10/2023.
9. BRASILIA, MS, 2022. Disponível em: <PCDT atualizado da Transmissão Vertical para HIV, sífilis e hepatites virais está disponível — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis>. Acessado em: 01/11/2023.

10. Brito A M, Luiza M L T L, Souza P L, Maia M C S, Carvalho M L L, Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. Epidemiol. Serv. Saúde v.23 n.1 Brasília mar. 2014. Acesso em: 30/10/2023.

11. Yoko D N G, Muller L L, Cestari J V F, Kobayashi V L, Nolasco M M C, Avaliação da oportunidade de notificação da dengue no Estado do Paraná. Acta Paul Enferm. 29 (3) Maio-Junho 2016. Acesso em: 28/10/2023.

*** Autor correspondente:**

Maria Elidiana Araújo Gomes

Email:

elidianahpm@hotmail.com



HOSPITAL E
MATERNIDADE
**JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR**



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

