

R revista de
M edicina e
S aúde de
Br asília

Volume 1
Suplemento 1
Mai
2012

ISSN
2238-5339



**Universidade
Católica de Brasília**

- **Editor Chefe**

Oswaldo Sampaio Netto (Brasília – DF)

- **Editores**

Vitor Laerte Pinto Júnior (Brasília – DF)

Rodolfo Giugliano (Brasília – DF)

- **Editores Associados**

Fábia Aparecida Carvalho Lassance (Brasília – DF)

Clayton Franco Moraes (Brasília – DF)

Antonio Carlos de Souza (Brasília – DF)

Diaulas Costa Ribeiro (Brasília – DF)

Ana Claudia Cavalcante Nogueira (Brasília – DF)

Antônio Sérgio Torloni (*Mayo Clinic* - USA)

- **Conselho Editorial**

Alfredo Inácio Fiorelli (São Paulo – SP)

Armando José China Bezerra (Brasília – DF)

Cristiane da Cruz Lamas (Rio de Janeiro - RJ)

Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes (Brasília – DF)

Francisco Romão Ferreira (Rio de Janeiro – RJ)

Heinrich Bender Kohnert Seidler (Brasília – DF)

João Bosco Dupin (Ipatinga- MG)

Ledismar José da Silva (Goiânia – GO)

Liana Lauria Pires (Brasília – DF)

Lucy Gomes Vianna (Brasília – DF)

Mirna Danitza Ugarte Antezana (Brasília – DF)

Neuza Lopes Araujo Faria (Brasília – DF)

Otoni Moreira Gomes (Belo Horizonte – MG)

Parizza Ramos de Leu Sampaio (Brasília – DF)

Roberto José Bittencourt (Brasília – DF)

Tânia Torres Rosa (Brasília – DF)

- **Coordenadora da Editora Universa**

Angela Clara Dutra Santos

- **Suporte ao Portal de Revistas Eletrônicas**

Paulo Jose Medeiros Moraes

Editora Universa
QS 07 Lote 01 EPCT Sala N 101
71966-700 Taguatinga - DF
e-mail: universa@ucb.br

Revista de Medicina e Saúde de Brasília
QS 07 Lote 01 EPCT Sala C 104
71966-700 Taguatinga - DF
e-mail: rmsbr@ucb.br

Acesso eletrônico: <http://portalrevistas.ucb.br>

Os conceitos e opiniões emitidas nos artigos são de inteira responsabilidade dos autores. Para os artigos aprovados para publicação, a revista não deterá o direito autoral, mas sempre deverá ser citada a fonte quando o artigo for mencionado.

O manuscrito poderá ser redigido em português, espanhol ou inglês de acordo com as instruções do *International Committes of Medical Journal Editors* (ICMJE) - Normas de *Vancouver*. Indexado no diretório do Latindex.

PROGRAMAÇÃO

Segunda-feira, 21 de maio de 2012

- **I Jornada das Ligas Acadêmicas da UCB**

Coordenação Ac. Filipe Leitzke Leme
Auditório do Bloco M Projeto: Hemograma: Como entender este grande aliado (LIDiP/LACME) 14h-15h10 - Anemias: como investigar e conduzir? - Dr. Alexandre Nonino 15h10 - 16h10 - Leucocitose e leucopenia: como investigar e conduzir? - Dr. Alexandre Nonino 16h10 -16h30 - Intervalo 16h30 - 17h30 - Plaquetopenia: como investigar e conduzir? - Dr. Alexandre Nonino
Sala M002 Liga de Neurociências 15h – 15h45 – Síndrome de falência de múltiplos órgãos - Um enfoque neurológico - Dr. Granville Garcia de Oliveira 16h – 16h45 - Hemorragia Subaracnóidea - Dr. Ronaldo Sergio Santana Pereira 16h45 – 17h30 - Epilepsia - Atualidade e expectativas futuras - Dr. Gustavo Arganaraz
Sala K023 Curso Pré Congresso: Reanimação Cardiopulmonar e Pneumotórax Supervisão do Dr. Antônio Carlos 14h - 15h50 - Palestras 16h – 16h30 16h30 – 17h45 - Oficinas práticas sobre RCP e pneumotórax

Solenidade de abertura - auditório central da UCB - 19h

Prof. Dr. Mozart Foschete da Silva - Pró-reitor da Universidade Católica de Brasília

Profa. Dra. Fábila Aparecida Carvalho Lassance – Diretora do Curso de Medicina

Prof. Dr. Osvaldo Sampaio Netto - Presidente do Congresso

Prof. Dr. Evandro Oliveira Silva – Presidente da Comissão Científica

Ac. Hugo Henrique Alves Ferreira – Representante Centro Acadêmico da Medicina

Conferência Magna: Dr. Gustavo dos Santos Fernandes

Coordenação: Ac. Larissa de Rezende Mikael

Coquetel de abertura

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

Terça-feira, 22 de maio de 2012

Sessão 8h -12h - Coordenação Ac. Caroline Ivone Fontana Formigari
8h – 9h: Temas-livres
Auditório M: Presidente: Profa. Tânia Torres Rosa Coordenador: Ac. Teófilo Alvarenga Netto
Auditório K: Presidente: Profa. Luciana de Freitas Velloso Monte Coordenador: Ac. Letícia Olivier Sudbrack
Sala M002: Presidente: Prof. Gustavo de Almeida Alexim Coordenador: Ac. Raquel Scafuto Barbosa de Castro
9h – 9h45: Sessão de palestras oncología feminina
Auditório M: Câncer de Ovário - Dr. Etelvinio de Souza Trindade Coordenador: Ac. Rodrigo Helou
Auditório K: Câncer de Mama - Dr. Sergio Zerbini Borges Coordenador: Ac. Paulo Sergio Zappalá Zerbini Borges
9h45 – 10h30: Sessão de palestras oncología feminina
Auditório M: Câncer de Endométrio - Dr Janio Serafim de Sousa Coordenador: Ac. Marcelli Tainah Marcante
Auditório K: Câncer de Colo - Drª Isa Maria de Mello Coordenador: Ac. Renata Fernandes Costa
10h30 – 11h: <i>Coffe-break</i>
11h – 12h: Sessão interativa - auditório do bloco M
Dra. Isa Maria de Mello Coordenador: Ac. Andrea Zappala Abdalla
12h-13h: Intervalo
Sessão 13h -18h – Coordenação Ac. Renato Moreira Souto
13h – 14h: Sessão de pôsteres Avaliadores: Profa. Liana Lauria Pires; Prof. Fernando José Silva de Araújo; Profa. Gilmária Borges Sousa; Prof. Ricardo Filgueiras da Matta; Profa. Carmem Lívia Faria da Silva Martins Coordenadores: Ac. Isabela Augusta Carvalho Testi ; Ac. Bruno Ritchely da Silva Soares; Ac. Raissa Figueiredo Lacerda; Ac. Cynthia Lorena de Moura e Araujo
14h – 15h: Temas-livres
Auditório M: Presidente: Prof. Antonio Carlos de Souza Coordenador: Ac. Frederico Timóteo Silva Cunha
Auditório K: Presidente: Profa. Ana Claudia Cavalcante Nogueira Coordenador: Ac. Ricardo Souza Tavares
Sala M002: Presidente: Prof. Clayton Franco Moraes Coordenador: Juliana Rodrigues Beal
Anfiteatro da Anatomia: Presidente: Prof. Armando José China Bezerra Coordenador: Ac. Mariana Carneiro Figueiredo
15h – 15h45: Sessão de palestras oncologia
Auditório M: Câncer de Próstata - Dr. Romulo Maroclo Filho Coordenador: Ac. Cláudio Rodrigues Júnior
Auditório K: Neoplasias do Aparelho Digestivo - Dr. Romulo Medeiros de Almeida Coordenador: Ac. Joyce Braun
15h45 – 16h15: <i>Coffe-break</i>

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

16h15 – 17h: Sessão de palestras oncologia
Auditório M: Tratamentos adjuvantes das neoplasias bileopancreáticas - Dr. Alessandro Igor Cavalcante Leal Coordenador: Ac. Ana Cristina Peixoto dos Santos Neves
Auditório K: Tumores periampulares - Dr Lucio Lucas Pereira Coordenador: Ac. Amanda Almeida Albuquerque
17h – 18h: Sessão interativa - auditório do bloco M
Dr. Gustavo dos Santos Fernandes Coordenador: Ac. Matheus Cabral Lelis Beleza

Quarta-feira, 23 de maio de 2012

Sessão 8h -12h - Coordenação Ac. Julia Batista Verano
8h – 12h: Temas-livres
Anfiteatro da Anatomia: Presidente: Prof. Glycon Cardoso Coordenadores: Ac. Jayme Gomes Junior
Auditório K: Presidente: Prof. Vitor Laerte Pinto Junior Coordenadores: Ac. Rodrigo Moreira Gervásio
Sala M002: Presidente: Profa. Parizza Ramos de Leu Sampaio Coordenadores: Ac. Lucas Carvalho de Toledo
Sala M319: Presidente: Prof. Rodolfo Giugliano Coordenadores: Ac. Bruna Barros Cavalcante
I Jornada das ligas acadêmicas – Auditório do bloco M
09:00h – 09:45h : "As mudanças do novo ACSL" – Dr. Bruno Daniel Rezende de Lima (LiCor)
09:45h – 10:30: Atualização em Medicina de Família – Dr. Berardo Augusto Nunan (LaSF)
10h30 – 11h - Intervalo
11h – 12h: Nova abordagem sobre vitamina D – Dr. João Lindolfo Borges e Dra. Neuza Lopes Araujo Faria (LiDEM)
12h-13h: Intervalo
Sessão 13h -17h – Coordenação Ac. Gabriella Santos Basile Martins
13h – 14h: Sessão de pôsteres
Avaliadores: Prof. Alexandre Visconti Brick; Prof. Benedito Antônio de Sousa; Prof. Granville Garcia de Oliveira; Profa. Marta de Betânia Rabelo Teixeira; Prof. Carlos Bernardo Tauil Coordenadores: Ac. Fernanda Mendonça Mafra; Ac. Guilherme Medeiros de Souza; Ac. Breno Braz de Faria Neto; Ac. Nayra Nascimento Ribeiro
14h15 – 15h: Sessão de palestras
Auditório M: Cirurgia plástica e as repercussões físicas e emocionais - Dr. Erik de Melo Carpaneda Coordenador: Ac. Iula Melania Maciel Rossoni
Auditório K: A realidade da residência médica em Brasília - Dr. Ricardo Luiz de Melo Martins Coordenador: Ac. Isadora Maria Salgado e Juncal
15h – 15h45: Sessão de palestras
Auditório M: Transplante de Orgãos - Dr Lucio Lucas Pereira Coordenador: Ac. Jovita Fernandes de Castro
Auditório K: Porque prevenir as doenças Cardiovasculares - Dr. Renault Mattos Ribeiro Junior Coordenador: Ac. Luiz Henrique Simon Zanata

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

16h – 17h: Palestra – auditório do bloco M

Aspectos Psicológicos da Abordagem do Paciente Oncológico - Dr Lucianno Henrique Pereira dos Santos

Coordenador: Ac. Ricardo Ramos dos Santos

Auditório do Bloco M

17h15 - 18h15 **Conferência de encerramento**

Dr. Carlos Álvaro Correa Araujo

Presidência: Prof. Dr. Evandro Oliveira Silva

Coordenação: Ac. Larissa de Rezende Mikael e Ac. Andrea Zappala Abdalla

Coquetel de encerramento

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Comissão Central Tesouraria	Prof. Osvaldo Sampaio Netto
	Larissa de Rezende Mikael
	Teófilo Alvarenga Netto
	Letícia Olivier Sudbrack
Comissão de Infraestrutura e Divulgação	Renato Moreira Souto
	Rodrigo Helou
	Jayme Gomes Junior
	Marcelli Tainah Marcante
	Renata Fernandes Costa
	Ricardo Souza Tavares
	Raquel Scafuto Barbosa de Castro
	Bruno Ritchely da Silva Soares
Comissão Científica	Prof. Evandro Oliveira da Silva
	Andrea Zappala Abdalla
	Filipe Leitzke Leme
	Breno Braz de Faria Neto
	Frederico Timóteo Silva Cunha
	Paulo Sergio Zappalá Zerbini Borges
	Cláudio Rodrigues Júnior
	Liana Chaul Sfair
	Matheus Cabral Lelis Beleza
Comissão de Tema Livre	Julia Batista Verano
	Amanda Almeida Albuquerque
	Joyce Braun
	Raissa Figueiredo Lacerda
	Mariana Carneiro Figueiredo
Comissão de Inscrição	Lucas Carvalho de Toledo
	Juliana Rodrigues Beal
	Bruna Barros Cavalcante
	Fernanda Mendonça Mafra
	Isabela Augusta Carvalho Testi
	Iula Melania Maciel Rossoni
	Hugo Henrique Alves Ferreira
	Isadora Maria Salgado e Juncal
	Nayra Nascimento Ribeiro
	Cynthia Lorena de Moura e Araujo
Comissão de Eventos	Caroline Ivone Fontana Formigari
	Gabriella Santos Basile Martins
	Jovita Fernandes de Castro
	Luiz Henrique Simon Zanata
Comissão de Informatização e Certificação	Ricardo Ramos dos Santos
	Rodrigo Moreira Gervásio
	Ana Cristina Peixoto dos Santos Neves
	Guilherme Medeiros de Souza

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

A CEGUEIRA VISTA PELA ARTE

Arquimedes Vieira R. Filho; Brunna Cecília F. F. da Silva

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar, de maneira sistemática e holística, através de obras artísticas, registros e outras imagens, aspectos históricos-artísticos que fazem referência a cegueira, enfocando como essa alteração patológica configurou-se na arte e na história da medicina.

Metodologia e fonte de dados: Foram selecionados artigos que abordassem a cegueira sob um ponto de vista histórico-cultural e livro texto para ajuda. A pesquisa bibliográfica incluiu artigos originais, artigos de revisão e editoriais escritos em português e também livro texto.

Discussão: Das doenças oculares que merecem destaque estão a cegueira, acatarata e o estrabismo. O pintor Rembrandt Harmenoon van Rijn, conseguiu relatar a cegueira através das suas obras A lição de Anatomia do Dr. Tulp e Tobias Devolve a Visão a seu Pai. Na época, os estudiosos apontavam que a cegueira era causada por consequência do trauma ocular e até mesmo por conta do olho fundo. Outros optaram pelo diagnóstico de amaurose de Leber, catarata negra ou “gota serena”. Pablo Picasso também relatou a cegueira através de várias obras, uma delas foi o Velho Guitarrista, fazendo uso do azul escuro no fundo da tela. As suas obras lembram muito as do pinto El Greco pelo alongamento corporal maneirista e doentio do pintor. Outra pintura bastante curiosa foi a Celestina que é uma personagem importante da tragicomédia Calisto e Melibea, de autoria de Fernando de Rojas, espanhol de Toledo, encenado primeiramente em 1499. A Parábola dos Cegos, pintada por Pieter Bruegel, relata os cegos de mãos dadas tateando com bengalas. Essa obra faz referência a um apassagem bíblica – “Não se preocupem com eles! São guias cegos. E, quando um guia cego guia o outro, os dois acabam caindo no buraco” (Mateus, 15:14).

Conclusão: Um traçado artístico-médico da história da cegueira destina-se, não apenas à compreensão do seu processo de desenvolvimento ao longo das sociedades, mas, sobretudo, serve como um caminho para possíveis entendimentos que possam viabilizar e fortalecer o apelo à consciência internacional do risco de terem 180 milhões de deficientes visuais em todo o mundo, dentre os quais 45 milhões são cegos e 135 milhões apresentam algum tipo de baixa visão.

Email: arquimedes_filho@yahoo.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

A DEMÊNCIA DE NIETZSCHE, OUTRA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.

Rafael Rodrigues Oliveira; Haliny Stéphany de Oliveira; Juvenal Fernandes dos Santos ; Larissa Radd Magalhães; Wellber Nogueira de Jesus

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Levantar evidências que colaborem para outra hipótese diagnóstica para paralisia cerebral progressiva que acometeu o filósofo alemão Friedrich Wilhelm Nietzsche, focando na possibilidade da doença ser de etiologia genética e não infecciosa como é aceita atualmente.

Metodologia e fonte de dados: Foram pesquisadas diversas obras do filósofo, principalmente as escritas de 1879 a 1888, onde há diversos relatos dos sintomas de sua doença, além de ter sido feita a análise do histórico familiar, fotos, vídeos, biografias e relatos de terceiros sobre as crises e sintomas que o acometeram, principalmente após sua terceira década de vida.

Discussão: O pai de Nietzsche, Karl Ludwig é descrito pelo mesmo, como um homem apático e mórbido que veio a falecer precocemente, os médicos da época chegaram a um inconclusivo diagnóstico “de amolecimento cerebral”, Nietzsche relembra a morte do pai da seguinte forma “No mesmo ano em que a sua força vital declinou, também a minha começou a baixar: no meu trigésimo sexto ano de vida, desci ao mais ínfimo ponto da minha vitalidade”. Nietzsche teve uma infância saudável, vindo a ocupar aos 24 anos o cargo de professor universitário, porém em 1879, aos 29 anos teve que interromper suas atividades, pois passou a ser acometido por fortes dores de cabeça, perda de visão e sua voz se tornou inaudível, pouco tempo após abandonar seu cargo de professor seus sintomas evoluíram para enxaquecas, dor ocular, pirose, refluxo e acessos de vômito. Em 1881 apesar de continuar a escrever, seu quadro demencial passou a ficar evidente o levando a se isolar socialmente, a alterações de humor e até mesmo tentativas de suicídio, em desespero passa a adotar rígidas dietas e a se auto medicar. Em 1889, Nietzsche entra em estado convulsivo vindo a desmaiar por um período de dois dias, ao recuperar a consciência apresentava crises de identidade, disartria, tremores, convulsões e alternava entre momentos de apatia e agressividade, com o tempo foi entrando em um estado apático vindo a morrer em total afasia em 1899.

Conclusão: A análise do histórico familiar, o fato de vários médicos não o terem diagnosticado, a precocidade dos sintomas, o fato de não haver relatos de alterações cutâneas, problemas cardíacos ou febre em suas obras, abrem a hipótese de um erro diagnóstico biográfico, logo outra hipótese diagnóstica seria síndrome de CADASIL, doença caracterizada por episódios de enxaqueca que se iniciam por volta dos 30 anos evoluindo com infartos múltiplos subcorticais e demência por volta dos 50 anos de idade.

Email: rafaelroliveira@live.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

A ÉTICA E A REAÇÃO DA CRIANÇA À MORTE

Haline Silva Freitas; Gabriela Nunes Oliveira; Natália Lobo Coelho; Clayton Franco Moraes

Instituição: Universidade Católica de Brasília - UCB

Objetivo: Analisar diversos aspectos como o conceito de morte em relação à crianças e adultos, a reação da criança e sua família frente à uma doença terminal, e os aspectos éticos envolvidos na medicina, no que diz respeito aos profissionais de saúde.

Metodologia e fonte de dados: Para o desenvolvimento dessa revisão foram selecionados diversos trabalhos científicos relevantes na literatura médica internacional em relação ao tema, em razão de se obterem informações mais completas e atualizadas sobre o mesmo.

Discussão: A reação da criança à doença/morte depende da etapa do desenvolvimento em que se encontra, além de diversos outros fatores. A depressão pode inundar a vida da criança interferindo em suas capacidades intelectuais, tornando difícil delimitar as fronteiras entre a fantasia e a realidade. De 0 a 4 anos: ideia reversível de morte, na qual é vista como separação e abandono. De 4 a 10 anos: ideia irreversível de morte. A criança pode percebê-la como um ato de justiça ou punição por alguma falta que tenha cometido. Acima de 10 anos: conceito definitivo de morte, expressada por negação intensa, intercalada com crises de ira e ansiedade extremas. Normalmente os familiares de crianças gravemente enfermas experimentam uma sequência de sentimentos comuns a todos os seres humanos: choque inicial e negação, sentimentos de raiva, barganha, depressão e por último, eventual aceitação. As crianças precisam de um grande apoio de uma equipe de profissionais para ajudá-las a entender e lidar com o que ocorrerá. Os pais, podem não querer que seu filho saiba sua situação real por acreditarem que ele não suportará o diagnóstico. Com os pais e familiares, é cabido ao grupo médico sempre dizer a verdade por pior que ela possa ser. É importante individualizar cada caso visando o maior benefício para seu paciente. Vale ressaltar que a decisão final é da família.

Conclusão: A reação da criança diante da doença está diretamente relacionada a múltiplos fatores. Sua percepção e conduta vão ser influenciadas pela atitude dos pais que, por sua vez, é determinada pela postura geral do médico frente à patologia. Cabe à toda equipe de saúde ser o anteparo da família e ajudar o paciente a lutar pelo seu próprio bem-estar, mostrando conhecimento técnico e respeitando a ética e a moral. Dilemas éticos devem ser analisados cuidadosamente, procurando sempre o bom senso.

Email: halinefreitas@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

A EVOLUÇÃO DO MARCAPASSO NO ÚLTIMO SÉCULO

Anderson de Azevedo Damasio; Marcela Ortega Bittar; Huberman França de Carvalho; Clayton Franco de Moraes; Lorene Laiane Ferreira da Silva

Instituição: Universidade Católica de Brasília - UCB

Objetivo: Analisar a evolução histórica do marcapasso (pacemaker) ao longo do último século abordando sua importância na cardiologia.

Metodologia e fonte de dados: Realizada pesquisa bibliográfica nos bancos de dados Pubmed/Medline, LILACS e SciELO, utilizando-se como palavras-chave: “história” e “marcapasso”, sites e e-books sobre a evolução na histórias da medicina.

Discussão: Há controvérsias em relação ao real inventor do primeiro marcapasso no mundo, mas historicamente tem sido remetido a um cardiologista americano do estado de Nova York, Albert S. Hyman (1893-1972). Hyman estimulou a musculatura cardíaca com impulsos elétricos através de um gerador movido à manivela transmitido por um cabo-eletrodo bipolar introduzido diretamente no tórax do paciente, estabelecendo o conceito “PACE”. Hyman referia a seu invento como “pacemaker artificial - marcapasso artificial”, termo utilizado até os dias atuais. Curiosamente, Albert não publicou a utilização de seu experimento em humanos justificando que haveria uma publicidade negativa ao interferir na evolução natural da vida, ou seja, a morte. Somente em 1958, a cirurgia com implante do marcapasso foi considerada experimental em seres humanos. Arne Larsson foi o primeiro paciente, comprovado, que teve o dispositivo do tamanho aproximado de um disco de hóquei e contendo apenas 2 transistores implantado experimentalmente. Este aparelho foi desenvolvido pelo engenheiro de aparelhos médico Dr. Rune Elmqvist e implantado pelo cirurgião cardíaco sueco Dr. Ake Senning no dia 08 de outubro de 1958 em Karolinska Hospital, Estocolmo, Suécia. Atualmente estes aparelhos podem apresentar-se do tamanho de uma moeda de 1 real e possuem mais de 20 milhões de transistores.

Conclusão: Marcapasso é um dispositivo implantável que envia impulsos elétricos ao miocárdio sempre que o batimento cardíaco está muito lento. Devido aos pioneiros deste invento, hoje é possível tratar de forma eficiente o sistema de condução elétrica de um coração que não funcionando adequadamente. Atualmente, milhões de pessoas são beneficiadas por esta tecnologia, além de movimentar um mercado que hoje estimasse em mais de R\$ 19 bilhões em todo o mundo.

Email: anderson.ad2@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

A HISTORIA DA CIRURGIA NO DISTRITO FEDERAL

Nina de Oliveira e Oliveira; Hadson Silva Araujo; Marcella Gomes Lopes Cruz; Tiago Azevedo Kussumoto; Alice Aguiar Crispim; Glycon Cardoso

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar o desenvolvimento histórico da cirurgia no Distrito Federal, relatando os fatos de maior importância, e apresentar dados atuais com a porcentagem de cirurgias realizadas nas mais diversas áreas do HRC entre 2001 e 2010.

Material e métodos: Coleta de dados históricos (documentos oficiais); Entrevista com o Dr. Glycon Cardoso a respeito de sua história na cirurgia do DF; Avaliação dos livros cirúrgicos do HRC do período entre os anos de 2001 e 2010.

Discussão: No DF, assim como em todo o mundo, são realizadas milhares de cirurgias todos os anos. Dados recentes mostram que apenas no HBDF são realizadas mais de 10.000 cirurgias/ano. Tendo em vista a importância dessa área, nosso grupo de pesquisa orientado pelo Dr. Glycon Cardoso, iniciou uma investigação a respeito da história da cirurgia no DF, focando nos eventos mais expressivos, fazendo uma entrevista com o próprio Dr. Glycon Cardoso e sua participação na história da cirurgia do DF, e além disso, buscando dados estatísticos das cirurgias realizadas no HRC no período entre 2001 e 2010 (porcentagens de cirurgias eletivas, de urgência e emergência, incluindo as respectivas especificações de cada uma). Tais dados estatísticos foram avaliados por meio da pesquisa nos livros cirúrgicos armazenados no HRC, referentes ao período estudado.

Conclusão: Em relação a parte histórica pode-se relatar fatos de importantes para a área cirúrgica no DF, como a inauguração do HBDF em 12 de setembro de 1970 e a realização da primeira cirurgia cardíaca no DF em 1963 pelo Dr. Adib D. Jatene e sua equipe. Além disso, por meio de entrevista, observamos a participação do Dr. Glycon Cardoso principalmente na cirurgia de cabeça e pescoço desde o ano de 1971. Os dados do HRC mostram que entre 2001 e 2010 foram realizadas predominantemente cirurgias de urgência.

Email: oliveira.nina@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA SÍNDROME DE TURNER

Thicianie Fauve A. Cavalcante; Luciana Duarte de Moraes; David Gonçalves de M. Filho; Rhaisa Ghannam Macedo; Amanda Gabas; Clarissa Duarte de Moraes Dias

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever um caso de diagnóstico precoce de paciente portadora de Síndrome de Turner

Descrição do caso: Paciente feminino, 7 meses, apresentou linfedema 4+/4+ em mãos e membros inferiores desde o nascimento e características fenotípicas sindrômicas. Parto cesáreo, à termo, oligodrâmnio, APGAR 9/10. Ao exame: BEG, linfedema 4+/4+, fâcies sindrômica. Perímetro cefálico: 45 cm, peso: 8,2 kg e comprimento: 68,8 cm. Ecodopplercardiograma do primeiro dia de vida: forame oval patente, comunicação interventricular, persistência do canal arterial e hipertensão pulmonar. Com 11 dias, à repetição do exame: estreitamento em aorta descendente. No mesmo dia, à ecografia de abdome total, útero normal, todavia os ovários não foram visualizados. Solicitados hemograma completo, glicemia, funções renal e hepática, TSH, T4 livre, proteínas totais e frações, sem alterações. O cariótipo mostrou monossomia do cromossomo X em todas as metáfases, sendo determinado 45X, compatível com síndrome de Turner.

Discussão: A Síndrome de Turner é a monossomia mais comum entre os RN. Os achados cromossômicos envolvem a perda de parte ou todo de um dos cromossomos sexuais. 50% dos indivíduos afetados possui um cariótipo 45X. Todavia, o mosaicismos cromossômico (cariótipo 45X/46XX), além de outras anomalias estruturais do cromossomo X, são constituições cromossômicas possíveis. As anormalidades típicas incluem baixa estatura, disgenesia gonadal, pescoço alado, linha posterior de implantação dos cabelos baixa, fâcies típica, tórax alargado com aumento da distância entre os mamilos, linfedema, cúbito valgo, tireoidite autoimune com ou sem hipotireoidismo, anormalidades renais, cardiovasculares e auditivas, além de deficiência cognitiva em algumas atividades, embora a inteligência média seja considerada normal. Pacientes não tratadas apresentam altura média na idade adulta de 136 a 147 cm.

Conclusão: A síndrome de Turner ocorre em cerca de 1 em 4.000 mulheres. O fenótipo é quase sempre feminino caracterizado por estatura baixa e ovários subdesenvolvidos. O hipogonadismo levaria ao envelhecimento precoce, osteoporose e risco de doença cardiovascular. O diagnóstico precoce e o acompanhamento multidisciplinar da paciente é imprescindível, visto que a falta de tratamento leva à consequências graves que interferem negativamente na qualidade de vida.

Email: thicianie@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

A SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE: DO DIAGNÓSTICO À TERAPÊUTICA

Huberman França de Carvalho; Camila de Pinho Figueredo; Anderson de Azevedo Damasio; Danilo Lima Souza; Guilherme Freitas B. Borges; Ana Claudia C. Nogueira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) é uma das arritmias mais comuns com prevalência de 1 a 3 por 1000 pessoas e pode degenerar-se a óbito. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é discorrer desde os critérios diagnósticos até as melhores práticas terapêuticas comprovadas até o momento.

Metodologia e fonte de dados: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em artigos de revisão e pesquisa indexados nas bases de dados: Scielo, LILACS, PubMed e medscape com as palavras chave: "síndrome de Wolff-Parkinson-White" associada a "diagnóstico", "terapêutica" e "tratamento" e seus correlatos em inglês. Publicados nos últimos 5 anos e com ênfase nos últimos 2 anos. Período da pesquisa: fevereiro a abril de 2012.

Discussão: A Síndrome de WPW é atualmente definida como uma anomalia congênita que envolve a presença de tecido condutor anormal entre os átrios e os ventrículos, em associação com taquicardia supraventricular, intervalo PR curto (<120 ms) e complexo QRS (>120 ms) de início arrastado com produção de onda delta. Esses pacientes têm um risco aumentado de arritmias ventriculares perigosas devido à condução extremamente rápida no trato do bypass, caso desenvolvam flutter atrial ou fibrilação atrial. De forma geral, o impulso passa primeiro pela via acessória porque esta não possui a propriedade de atraso do impulso como ocorre no nodo AV o que desencadeia um PR curto, e após passar de uma câmara a outra é transmitido de miócito a miócito com atraso na despolarização, o que ocasiona a formação da onda delta. Os pacientes geralmente referem palpitação, diminuição da tolerância para atividade, e em alguns casos, tontura e síncope. O diagnóstico inclui, além do exame físico e anamnese, ECG, ecocardiografia, testes de stress e estudo eletrofisiológico. Em relação ao tratamento, se adequado, está relacionado a um excelente prognóstico. A ablação está indicada para intervalo RR de 172 ± 23 ms (versus 230 ± 50 ms) considerados de alto risco para o desenvolvimento de fibrilação ventricular e morte súbita. E em casos menos graves podem ser utilizados antiarrítmicos para retardo na via acessória.

Conclusão: A síndrome de WPW possui peculiaridades que não podem passar despercebidas, portanto, deve ser de domínio de toda classe médica, a fim de evitar que ocorram complicações que podem ocasionar em óbito, principalmente, se não tiver uma boa condução terapêutica. Cada caso tem seguimento individualizado, a depender do quadro clínico, história pregressa, comorbidades e classificação de risco, para isso, existe uma ampla gama de tratamento, desde manobras vagais até intervenções altamente invasivas.

Email: hubermanfisc@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ABDOME AGUDO EM SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS

Angelo Rossi Neto; Daniela Megumi R. Yoshimoto; Vanessa Cardoso; Jordana Soares Tavares; Técio Araújo Couto; Heinrich B. Kohnert Seidler

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O abdômen agudo obstrutivo é um quadro clínico causado por um obstáculo à progressão normal do bolo alimentício. A idade é um dado importante, pois algumas causas prevalecem em certas faixas etárias. Relatamos um caso de abdômen agudo obstrutivo em paciente jovem com síndrome de Peutz-Jeghers.

Descrição do caso: Paciente masculino, 17 anos de idade, com história prévia de linfoma não – Hodgkin, de células B grandes, com tratamento e cura clínica em 2004, foi admitido na emergência do HBDF com quadro de abdome agudo obstrutivo. Encaminhado ao serviço de cirurgia geral, onde foi submetido à laparotomia exploradora, a qual evidenciou alças muito distendidas e um STOP há 90 cm do ângulo de Treitz. Realizada enterectomia, cuja impressão macroscópica foi compatível com intussuscepção intestinal, confirmada pela avaliação macroscópica da peça cirúrgica. Avaliação histopatológica não identificou lesão linfoproliferativa. Ao exame físico, observaram-se manchas melanocíticas em face, lábio inferior e em mucosa jugal. A endoscopia digestiva alta e baixa evidenciou múltiplos pólipos em estômago, duodeno, cólon e reto. A avaliação histopatológica revelou serem hamartomas característicos de Peutz-Jeghers.

Discussão: A Síndrome de Peutz Jeghers é rara, com incidência estimada entre 1/30,000 a 1/200,000, ocorrendo na maioria dos casos por mutações na linha germinativa ou perda de heterozigossidade do gene tumor supressor SYK11/LKB1, que codifica a proteína serotonina/treonina quinase. Essa proteína não perturba o mecanismo de apoptose dependente do p53, permitindo a ruptura do equilíbrio entre a formação e morte de células, predispondo assim à formação de hamartomas e, eventualmente, neoplasias. Os sintomas iniciais da síndrome se manifestam logo nas primeiras décadas de vida, usualmente como complicações benignas relacionadas aos pólipos hamartomatosos, como, necrose, ulceração, obstrução e intussuscepção. No caso apresentado, o paciente apresentava múltiplos pólipos duodenais, gástricos e colônicos, com quadro clínico de intussuscepção intestinal, comum como manifestação inicial da síndrome para sua faixa etária.

Conclusão: O paciente apresentou manifestação comum de uma síndrome rara. Isso ressalta a importância de estar atento a causas incomuns (Síndrome de Peutz-Jeghers) de apresentações clínicas comuns (Abdome agudo obstrutivo), tanto pela abordagem pontual do paciente, como pelo cuidado no acompanhamento.

Email: angelorossineto@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ABORDAGEM DA CRISE MIASTÊNICA: UM RELATO DE CASO

Rháisa Ghannam Macedo; Luciana Duarte de Moraes; Clarissa Duarte de Moraes Dias; Thicianie Fauve A. Cavalcante; Amanda Gabas

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever o caso de uma paciente portadora de Miastenia Gravis (MG) com quadros repetidos de crise miastênica (CM) decorrentes de infecções. Iniciada terapia com plasmaférese, devido a reações adversas ao uso da imunoglobulina.

Descrição do caso: A.O.S., 28 anos, feminino, com diagnóstico de MG há 2 anos. Em uso de Mestinon 60 mg 3/3 h e prednisona nas doses de 100 mg e 20 mg em dias alternados. Chegou ao PS queixando-se de dor torácica, dispnéia, astenia, sensação febril e coriza há dois dias. Ao exame: hipocorada (+/4+), afebril edispneica. Murmúrio vesicular diminuído em base pulmonar esquerda. Ao exame neurológico apresentava diparesia facial periférica, reflexo nauseoso diminuído bilateralmente, paresia bilateral do esternocleidomastóideo, força grau IV nos 4 membros e hiporreflexia generalizada. Relata CM há 3 meses desencadeada por pielonefrite. Na época, apresentou reações adversas ao uso da imunoglobulina, sendo contra-indicado o seu uso. Foi solicitada radiografia de tórax que mostrou imagem de hipodensidade no terço inferior do pulmão esquerdo. Iniciado tratamento com levofloxacina e plasmaférese com melhora do quadro.

Discussão: A contração muscular depende da interação entre a acetilcolina e seus receptores. Na MG, há anticorpos contra esses receptores causando prejuízo na geração do potencial de ação. Com a falha da transmissão em muitas junções neuromusculares ocorre a fraqueza muscular. A CM é uma refratariedade aguda à terapia que necessita de uma ação rápida pelo risco de insuficiência respiratória por acometimento do diafragma e da musculatura respiratória acessória. Inicialmente, deve-se reduzir ou descontinuar o anticolinérgico, pois a crise colinérgica pode mimetizar a CM. A intervenção mais rápida em termos de início de ação é a plasmaférese ou a administração de imunoglobulina. Diante de um quadro infeccioso há um aumento do metabolismo basal e uma ativação do sistema imune, levando à descompensação da doença. Portanto seu tratamento é fundamental para o sucesso da imunoterapia.

Conclusão: A CM é uma complicação potencialmente fatal que ocorre em aproximadamente 15-25% dos pacientes com MG. A mortalidade vem sendo reduzida graças à melhora nos cuidados respiratórios e, em menor parcela, ao amplo uso de imunoterapias, como a plasmaférese e a administração de imunoglobulinas. Embora 30% dos casos tenham sua etiologia desconhecida, sabe-se que as infecções são as grandes precipitadoras dessas crises, sendo sua abordagem fundamental para o sucesso da imunoterapia.

Email: rhaisamacedo@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ABORDAGEM PRÁTICA DA REANIMAÇÃO NEONATAL

Carolina Tavares de Lima; Carlos Henrique R. Rocha; Hugo Henrique Alves Ferreira; Danielle Cristina Santos; Isabela Rita de Carvalho Cunha; Marcos Dumont Bonfim Santos

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo apresentar uma abordagem prática e rápida da reanimação neonatal, passando por todos os passos de sua execução de forma objetiva, afim de permitir o entendimento do processo a todos os profissionais da saúde

Metodologia e fonte de dados: Para coletar os dados deste trabalho foram usados artigos da sociedade brasileira de pediatria, assim como livros de pediatria e neonatologia apresentando o assunto de reanimação neonatal.

Discussão: Para realizar uma boareanimação em neonatos parados se faz necessário a capacidade de antever a parada. Uma boa avaliação das condições e das intercorrências durante a gestação auxiliam nesse processo. Outra necessidade, são profissionais que conheçam os passos de uma reanimação e possam, desta forma, auxiliar o neonatologista durante a abordagem do recém nascido. Estes passos são avaliação do recém nascido, prevenção da perda de calor, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, avaliação da respiração e avaliação da circulação. Além de profissionais treinados também se faz necessário que, na sala de parto, tenha os materiais necessário para qualquer complicação que possa acontecer durante a reanimação. Com suprimento adequado de materiais, profissionais capacitados para ajudar o neonatologista, e a boa avaliação das condições do parto do recém nascido, o sucesso do processo de reanimação torna-se muito maior.

Conclusão: Visa-se mostrar então que, seguindo os cinco passos da reanimação, e fazendo avaliações cíclicas do recém nascido, ou seja, avaliando seus sinais vitais após cada abordagem, pode-se realizar uma reanimação de forma organizada e rápida aumentando o índice de sucesso. Afinal o determinante principal na reanimação neonatal é o tempo.

Email: xarol.med@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ABCESSO CEREBRAL E ESPLÊNICO CAUSADO POR STRPTOCOCCUS ANGINOSUS: RELATO DE CASO.

Luann Laykon Lôbo Ferreira; Ana Paula de Freitas Faria; Isadora de Carvalho Trevizoli; Denise Engel; Wellington Oliveira; Jairo Martinez Zapata

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Este estudo de caso visa relatar a ocorrência de abscessos cerebral e esplênico por uma bactéria rara, o *Streptococcus anginosus*.

Descrição do caso: Homem, branco, 39 anos, etilista crônico e usuário de drogas ilícitas, deu entrada no HRT-DF com quadro de astenia e febre alta há 1 mês, extremamente emagrecido, cefaléia intensa, confusão mental e agitação psicomotora, diarreia e vômitos. Os exames laboratoriais apresentavam leucocitose. Foram usados ciprofloxacino e metronidazol por 7 dias. Sem melhora do quadro, solicitou-se hemocultura que identificou *Streptococcus anginosus*. Iniciou-se tratamento com Ceftriaxona. Foi realizada tomografia computadorizada de tórax, abdome e crânio, que mostrou: coleção septada de 6 cm no parênquima esplênico; coleção nos lobos occipital, parietal e temporal esquerdo, medindo cerca de 9,2 x 4,4cm e no lobo parietal direito, com cerca de 1,8cm. Foi submetido a drenagem cirúrgica do maior abscesso cerebral. Foi tratado com Linezolid (44dias) e Ceftriaxone (55 dias) e evoluiu com melhora do quadro.

Discussão: O *Streptococcus anginosus* pertence ao grupo do *Streptococcus viridans*. Este é subdividido em três subgrupos: *S. anginosus*, *S. intermedius* e *S. constellatus*. Tais agentes fazem parte da flora bacteriana normal da cavidade oral e do trato gastrointestinal, com potencial de causarem infecções sistêmicas. Possuem uma capacidade de causarem abscesso, característica marcante desse grupo. O *S. anginosus* pode gerar infecções em diversos aparelhos. São bem reconhecidos por causar abscessos no sistema nervoso central, envolvendo cérebro, espaços epidural e subdural. Tal infecção se desenvolve através de bacteremia proveniente de outros focos, como cavidade oral, trato gastrointestinal, entre outros. Podem ainda causar infecções abdominais, como abscesso hepático, colangite, peritonite, uma variedade de infecções torácicas e endocardite. Cefalosporinas de terceira geração são a terapia de escolha.

Conclusão: Neste relato, o paciente apresentou infecção por *Streptococcus anginosus*, uma bactéria gram-positiva e de ocorrência incomum. Apesar da raridade do patógeno, evoluiu com quadro clínico típico referente aos sítios de infecção acometidos que são descritos na literatura. No caso, descreve-se presença de abscessos cerebrais e esplênico e, com a administração de ceftriaxone, houve melhora substancial do quadro e redução da dimensão dos abscessos.

Email: loboluann@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ACALÁSIA IDIOPÁTICA

Débora Louise Lopes da Costa; Jovita Fernandes de Castro; Luiz Henrique Simon Zanatta; Luiz Fernando F. Petrucce; Ítalo Vieira Barros; Renato Costa Sousa

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Revisar a epidemiologia, fisiopatologia e tratamento da acalásia. Relatar e discutir o caso de paciente feminina, com quadro de acalásia idiopática, tratada com esofagocardiomiectomia à Heller e funduplicatura à Dor videolaparoscópica.

Descrição do caso: LRS, feminina, 27 anos, natural, residente e procedente de Brasília-DF, adotada. Iniciou queixa de disfagia progressiva há cerca de um ano, associada à tosse noturna e perda de 9 quilos em 6 meses, sem associação com regurgitação ou pirose. Realizou Endoscopia Digestiva Alta que sugeriu umegaesôfago. Prosseguiu com investigação através de realização de 1) esofagografia baritada, que identificou esofagomegalia grau III com imagem em "bico de ave"; 2) esofagomanometria, que identificou hipertonia de esfíncter esofágico inferior (EEI); 3) pHmetria, sem evidência de refluxo gastroesofágico; e 4) sorologia para Chagas, com resultado negativo. Foi submetida a Cardiomiectomia de Heller associada a funduplicatura de Dor videolaparoscópica no Hospital das Forças Armadas (HFA) em março de 2012. Evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta sem complicações.

Discussão: A acalasia caracteriza-se pela perda do relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) devido à degeneração dos nervos do plexo de Auerbach. Acomete principalmente pacientes de meia idade, com incidência igual entre os sexos. A tríade clássica dos sintomas inclui disfagia, regurgitação e perda de peso. Geralmente é idiopática, porém, pode ser secundária a esofagopatia chagásica. O esofagograma b aritadodemonstra imagem em "bico de ave" e a confirmação diagnóstica é obtida por esofagomanometria. O tratamento inclui medidas farmacológicas, dilatação pneumática e esofagomiectomia, geralmente associada a algum tipo de funduplicatura para prevenir o desenvolvimento de refluxo gastresofágico. A esofagomiectomia, em comparação com a dilatação pneumática, traz menor risco de perfuração esofágica, menor probabilidade de reintervenção e melhores resultados a longo prazo.

Conclusão: A paciente relatada encontra-se em acordo com a epidemiologia da acalasia idiopática e seus exames complementares corroboram o diagnóstico. Clinicamente, a paciente não apresentava a tríade clássica da patologia, faltando os sintomas de regurgitação. O tratamento cirúrgico a qual a paciente foi submetida, de acordo com a literatura, obtém resultados satisfatórios.

Email: abelha_louise@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ACOMETIMENTO NEUROLÓGICO NA SÍNDROME DE SJOGREN

Isabela S. de O. Carballal; Waleska Meireles Carneiro; Cristina N. M. Alencar; Carlos Bernardo Tauil

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar um caso de Síndrome de Sjogren com manifestações neurológicas associadas, enfatizando sua apresentação e evolução clínica, bem como possíveis diagnósticos diferenciais com demais doenças auto-imunes.

Descrição do caso: Mulher, 46 anos, iniciou quadro súbito de fraqueza em membros inferiores, relatada como sensação de peso nas pernas e braços. Após 5 horas, evoluiu com dificuldade para se levantar e deambular e com queixa de cefaléia holocraniana de forte intensidade. Paciente com diagnóstico prévio de Síndrome de Sjogren, Hipotireoidismo, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Exame neurológico: Força grau III em MSD e MID, grau IV em MSE e MIE e tetraparesia. Mingazinni com queda do MSD e MID. Hipotonia em MID e MSD, hiperreflexia à direita, discreto apagamento do sulco nasolabial à esquerda. EXAMESTC de crânio sem contraste: sem evidências de AVE. LCR: dissociação proteino-citológica. ENMG: evidencia presença de neuropatia periférica leve de padrão mielínico em nervos dos membros inferiores. Evolução: paciente evoluiu melhora parcial do quadro após tratamento com Imunoglobulina.

Discussão: As manifestações neurológicas na síndrome de Sjogren ocorrem em 20-50% dos pacientes, com predileção pelo Sistema Nervoso Periférico. Estas manifestações podem se apresentar como neuropatia sensório-motora, neuropatia sensitiva, mielopatia, vasculite do sistema nervoso central, as doenças desmielinizantes inflamatórias idiopáticas (DDII), dentre elas, a Esclerose Múltipla e a Neuro Óptica Mielite. A paciente em questão teve, primariamente, a hipótese diagnóstica de Guillain Barre como manifestação neurológica da Síndrome de Sjogren. A dissociação proteico-citológica do LCR, a história progressiva (diarréia há 15 dias) e o quadro clínico foram dados que fortaleceram tal hipótese. Foi realizado imunoglobulina por 5 dias, com resposta parcial ao tratamento. Paciente recebeu alta com melhora significativa do quadro.

Conclusão: Podemos concluir, portanto, que a paciente em questão, apresenta uma manifestação neurológica, provavelmente secundária a doenças auto-imunes. A Síndrome de Sjogren e o Hipotireoidismo são doenças que corroboram para uma possível interposição de patologias que tenham o sistema imunológico como protagonista. Sendo assim, foi reforçado, o possível envolvimento da Síndrome de Sjogren com o quadro apresentado.

Email: isabela138@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ACRANIA EM GESTANTE COM HISTÓRIA DE ANENCEFALIA EM GESTAÇÃO PRÉVIA: UM RELATO DE CASO

Matheus Cabral Lelis Beleza; Thaianá Cabral Lelis Beleza; André Moraes Alves; Larissa Rezende Mikael; Rafael Piedade de Abreu; Guaraci Lelis Beleza

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O presente relato tem como objetivo mostrar a complexidade na abordagem e conduta diante o diagnóstico pré-natal de anormalidades do SNC e sua recorrência na história obstétrica pregressa da paciente.

Descrição do caso: JTSO, 21 anos, G3P0A1, natural e residente de Brasília, encaminhada do Centro de Saúde ao Setor de Medicina Fetal do HRAS devido à suspeita de malformação fetal. Realizou ecografia obstétrica em 03/04/12 com IG ecográfica de 12 semanas e 1 dia, feto único, tóxico, com movimentos corporais ativos, BCF positivo e alteração no fechamento craniano. Em 11/04/12, IG de 13 semanas e 2 dias, foi constatada a presença de grande parte do tecido cerebral em contato com o líquido amniótico e confirmada a hipótese diagnóstica de acrania. Nega consanguinidade, etilismo, tabagismo, uso de drogas e doenças prévias. Em sua história obstétrica relata aborto espontâneo de 10 semanas em 2009 e gravidez de feto anencefalo diagnosticada com 24 semanas. Oferecida interrupção desta gravidez via Ministério Público, a mesma optou por continuação até o termo, havendo óbito fetal com 10 minutos de vida pós-natal.

Discussão: A acrania é caracterizada pela ausência parcial ou total do crânio e frequentemente está associada à anencefalia e outras malformações. Possui herança multifatorial, com implicações de fatores genéticos e ambientais. Na ausência da calota craniana há progressiva degeneração do tecido cerebral exposto, evoluindo para anencefalia. Este é defeito de fusão do tubo neural mais frequente e sua incidência é de cerca de 1/1000 nascimentos. É invariavelmente letal, sendo 50% dos casos natimortos e demais vão à óbito no período pós-natal. A ossificação do crânio se inicia na 10ª semana de gestação, sendo esperada a detecção de alterações na ultrassonografia morfológica do 1º trimestre, quando se observa osso facial perfeitamente normal, coluna cervical normal, mas sem o crânio do feto e um volume de tecido cerebral equivalente a pelo menos um terço do normal do tamanho do cérebro.

Conclusão: As malformações do SNC são responsáveis por cerca de 50% das anormalidades estruturais detectáveis no período antenatal. Apesar de sua complexa avaliação sob o plano prognóstico, funcional e incompatível com a vida, a capacidade de rastreamento ultrassonográfico precoce permite com que as pacientes se beneficiem de condutas obstétricas adequadas, análise multidisciplinar e apoio emocional à família.

Email: matheusbeleza.med@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ACROMEGALIA E HIPERTIREOIDISMO

Fernanda Mendonça Mafra; Thicianie Fauve A. Cavalcante; Ricardo Ferreira Moura Franco; Amanda Gabas; Lucas Carvalho de Toledo; Clayton Franco Moraes

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A acromegalia é uma síndrome decorrente do excesso de GH e IGF-1. É uma doença de caráter insidioso, levando à uma taxa de mortalidade 2 a 4 vezes maior que indivíduos com mesmo sexo e idade e, desta forma, o diagnóstico precoce é de fundamental importância podendo evitar o surgimento das principais complicações.

Descrição do caso: LMSB, feminino, 49 anos, relatou que há 3 meses apresentou dor nas costas, acompanhada de artralgia em quadril e joelhos e cefaléia diária, pulsátil em região biparietal e frontal. Há 4 anos iniciou um quadro de crescimento dos pés e das mãos e ossos da face, taquicardia, insônia, queda de cabelo, irritabilidade, sudorese, tremor, dificuldades de concentração e polifagia. Ao exame físico: inquieta, aumento das extremidades, aumento e protrusão da mandíbula, alargamento do nariz e testa proeminente, nódulo móvel palável no pólo inferior do lobo direito da tireóide. Exames solicitados: IGF-1 458.00ng/ml, T4 livre 1,10ng/dl, TSH 0,01ng/dl e glicose 102mg/dl. A RM evidenciou um macroadenoma hipofisário à direita e a cintilografia e a ecografia de tireóide, nódulos bilaterais hipocaptantes e volume da tireóide aumentada. Após 9 meses de acompanhamento, iniciou-se o uso de Octreodita Lar.

Discussão: A função tireoidiana não é diretamente afetada pela acromegalia. O hipertireoidismo pode ser visto em 6-10% dos pacientes, estando relacionado ao bócio multinodular principalmente, porém, mais raramente pode estar associado à co-secreção de TSH pelo tumor pituitário.

Conclusão: Apesar da relação em questão já estar estabelecida, a acromegalia é doença pouco conhecida o que torna este trabalho relevante para a divulgação tanto da doença quanto da associação efetuada.

Email: fernandammafra@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ALOPÉCIA AREATA OFIÁSICA EXTENSA: PROBLEMÁTICA MULTIFATORIAL

Raquel Ferreira; Josenilson Antônio da Silva; Carla Cristhian de M. Santos; Renato João da Silva; Dário da Silva Brayner Neto; Kleyton de Carvalho Mesquita

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar relato de caso de paciente com quadro de Alopecia Areata do tipo Ofiásica bem como a problemática envolvida quanto às comorbidades, impacto social e dificuldade terapêutica.

Descrição do caso: Paciente do gênero feminino, 25 anos, compareceu ao serviço de dermatologia do HRC com queixa de queda de cabelo há 1 ano. Referiu tratamento sistêmico prévio do qual não se recordava. Fazia uso de levotiroxina em razão de hipotireoidismo. Ao exame foi evidenciada área alopecia extensa em linha de implantação temporooccipital, em faixa, atingindo região parietal. Não se evidenciava fibrose tecidual, assim como sinais flogísticos ou descamação. Os óstios foliculares eram visíveis. Trata-se de caso típico de alopecia areata do tipo ofiásico, com extenso comprometimento do couro cabeludo. Frente à exuberância do quadro, foi introduzido corticoesteróide oral (prednisona) na dose de 1mg/kg/dia, precedida por adequada profilaxia contra *Strongyloides stercoralis*.

Discussão: Alopecia Areata (AA) é uma afecção crônica reversível que acomete folículos pilosos e unhas. É multifatorial com componentes auto-ímmunes e genéticos. Outros fatores como infecções, drogas, traumas e estresse têm sido relatados como desencadeantes. Acomete pessoas de todas as idades, pico de incidência entre 20-50 anos, sendo o 1º episódio antes dos 20 anos em ~60% dos pacientes. Pelo menos 1,7% da população apresenta um episódio de AA durante a vida. A perda de cabelo é abrupta e o impacto psicossocial relatado. Há associação positiva entre AA e doenças auto-ímmunes, dentre elas as doenças da tireóide. AA Ofiásica é uma forma clínica que afeta a linha de implantação temporooccipital, habitualmente refratária à terapêutica. Os tratamentos envolvem medicações tópicas e sistêmicas imunossupressoras. Nenhuma medicação possui evidência científica sólida, sendo a maioria baseada em estudos de séries de casos.

Conclusão: Quadro de AA Ofiásica em paciente adulta jovem correspondendo com o pico de incidência na literatura. Apresentava hipotireoidismo como comorbidade. A relação das duas doenças deve-se ao componente auto-ímmune de ambas. A importância cosmética do cabelo é grande e os pacientes podem desenvolver problemas emocionais graves, sobretudo mulheres. A eficácia dos tratamentos atuais é limitada, assim os pacientes devem ter acompanhamento médico e psicológico para auxiliar na aceitação da perda de cabelo.

Email: raquelferreirar@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA ESTRUTURAL-DF ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE RISCO REFERIDO

Bárbara Vieira Carneiro; Ana Carolina Pessoa Simões; Bárbara Assumpção Paes Leme; Fernanda Alves Sousa Costa; Liana Chaul Sfair; Roberto José Bittencourt

Instituição: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Objetivo: Objetivou-se estimar a prevalência de comportamentos de risco, bem como de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus auto referidos na população da cidade Estrutural-DF. A partir dos dados coletados, em comparação com estudos disponíveis na literatura, traçar um perfil de saúde da região.

Material e métodos: Estudo observacional, analítico e transversal, com amostragem aleatória, proporcional à população das quadras da Estrutural segundo o censo de 2010. Os dados foram coletados em visita domiciliar, no dia 1 de outubro de 2011, estando os acadêmicos devidamente identificados. O questionário continha questões referentes a dados pessoais, condições socioeconômicas, tabagismo, atividade física e diagnóstico de HAS e DM. O sigilo dos entrevistados foi garantido, e a autorização obtida por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. O processamento e a análise dos dados foram realizados por estudantes bolsistas do projeto, através do programa EPI-INFO. Por fim, realizou-se a comparação com dados obtidos em estudos disponíveis na literatura, com metodologia e variáveis semelhantes.

Discussão: A estratégia de utilizar um questionário de risco referido possui limitações, mas já foi validada em pesquisas, que demonstraram sua sensibilidade representativa para pesquisa de variáveis em saúde. A comparação com outros estudos disponíveis na literatura foi possível por suas metodologias semelhantes, embora objetivos, anos e características amostrais diferentes representem vieses. Verificou-se na Estrutural, uma maior prevalência de comportamentos de risco, representados pela maior parcela de tabagistas e sedentários na população; em relação às doenças crônicas não transmissíveis analisadas, HAS e DM, os valores encontrados foram próximos àqueles obtidos em estudos de traçado semelhante, com prevalências até menores, em algumas situações. As variáveis sócio-demográficas e sua relação com os comportamentos de risco e doenças crônicas não transmissíveis também é de grande importância, fato evidenciado pelo maior acometimento daqueles com menor nível de escolaridade.

Conclusão: Pesquisas populacionais são importantes fontes de informações para as condições de saúde, em suas mais variadas metodologias (entrevistas domiciliares, por telefone, questionários auto aplicados), e por isso, a crescente necessidade de conhecer e explorar tais ferramentas. Apesar dos vieses, guardadas as devidas particularidades, a análise e interpretação de vários determinantes possibilitou a obtenção da situação de saúde e permitiu a estruturação de ações e políticas de saúde melhor embasadas.

Email: babive_5@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO

Amanda Almeida Albuquerque; Vitor Laerte Pinto Júnior

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O objetivo deste trabalho é fazer uma análise da situação de saúde do DF e dos municípios do entorno de forma a contribuir para o entendimento da crise no setor saúde no DF.

Material e métodos: Foi realizado um estudo descritivo do tipo estudo de caso. Foram utilizados dados secundários das bases oficiais de informações como o Datasus, IBGE, Ministério da Saúde e das prefeituras e governos estaduais para os anos de 2010 e 2011. As variáveis utilizadas foram os indicadores sociais e econômicos, dados demográficos e capacidade instalada de atendimento na área de saúde.

Discussão: A população total da RIDE é de 3,7 milhões, sendo 2,6 milhões residentes no DF. O IDH médio no entorno é de 0,72 e o do DF de 0,84. Com relação à capacidade instalada do SUS, todos os municípios do entorno apresentam uma relação unidade de saúde/população maior que 1 para 10.000 hab (proporção mínima para a atenção primária), enquanto que no DF esta relação é de 0,6 por 10.000 hab. A dependência dos serviços de saúde do DF é maior entre os municípios fronteiriços e com maior população. A assistência médica de média e alta complexidade é falha nos municípios do entorno repercutindo diretamente nos serviços hospitalares do DF, já que a facilidade de transporte e a relativa disponibilidade desses serviços nas regionais de saúde do DF mais próximas do entorno também funcionam como fatores de atração.

Conclusão: A atual crise no setor saúde no DF frequentemente é explicada pela sobrecarga de atendimentos a pacientes do entorno, nesse estudo evidenciou-se que o modelo hospitalocêntrico adotado no DF e as suas baixas coberturas da atenção primária levam à sobrecarga de serviços hospitalares. Há a necessidade urgente de se aumentar a cobertura da atenção primária e do redimensionamento da rede hospitalar para atender ao aumento da população nos últimos anos.

Email: amanda.al.alb@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ANEURISMA DISSECANTE DE AORTA SEM ETIOLOGIA DEFINIDA

Amanda Gabas; Rhaísa Ghannam Macedo; Fernanda Mendonça Mafra; Luciana Duarte de Moraes; Thicianie Fauve A. Cavalcante; Ana Claudia C. Nogueira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever o caso de uma paciente com Aneurisma Dissecante de Aorta sem etiologia definida e discussão das condições predisponentes prováveis.

Descrição do caso: M.R.S.B., 36 anos. Há aproximadamente três meses apresentou um quadro de dor torácica em hemitórax esquerdo, de início súbito, em pontadas, com irradiação para as costas, com piora aos movimentos, acompanhada de dispnéia, palpitação e escotoma cintilante. Há três dias apresentou este mesmo quadro, sendo que neste período entre um quadro e outro relata que apresentava formigamento em mão esquerda, e aos movimentos, leve dor torácica em hemitórax esquerdo. Deu entrada no HBDF, e foram realizados os seguintes exames de imagem: radiografia de tórax mostrou dilatação da aorta; ecocardiograma transtorácico mostrou dilatação da aorta ascendente (4,3cm), com imagem sugestiva de dissecção aórtica com flap intimal no início da aorta ascendente, e refluxo aórtico moderado; e laboratoriais: CKMB 19 UI/ml, troponina negativa, TGO 10 uniFr/ml. Aguarda conduta médica.

Discussão: A dissecção aórtica é uma condição rara, porém ameaçadora à vida. O fator determinante facilitador da dissecção é o processo de aterosclerose, agravado pela hipertensão arterial sistêmica. Há ainda outras entidades: aortites, distúrbios hereditários do tecido conjuntivo, malformações congênitas da valva aórtica, traumas, troca de valva aórtica e situações que facilitem lesão endotelial como cateterismo. No caso descrito, não se encontrava nenhuma das condições predisponentes (CP). Aneurismas infecciosos podem ser uma possibilidade na paciente jovem com CP descartadas. São formados a partir de um processo tromboembólico, sendo sua etiologia uma infecção bacteriana, fúngica ou até viral. Por ser uma complicação secundária à infecção, acaba sendo negligenciado durante o diagnóstico e o tratamento, mesmo sendo causa importante do agravamento do quadro clínico.

Conclusão: A dissecção de aorta possui um grande leque de possibilidades etiológicas. Trata-se de uma manifestação que cursa com altos índices de mortalidade, sendo a causa mais comum de óbito a ruptura da aorta para o saco pericárdico, para a cavidade pleural esquerda ou retroperitônio, dependendo do trajeto da dissecção. Há, portanto, necessidade de reconhecimento precoce dessa entidade e de sua etiologia o que permitirá uma rápida e adequada terapêutica com mudança no prognóstico desta grave doença.

Email: amanda.gabas@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ANTICONVULSIVANTES NA GESTAÇÃO

Bárbara Ribeiro Freyre Costa; Valkiria Ribeiro

Instituição: UCB

Objetivo: Não há consenso sobre qual anticonvulsivante é mais seguro na gestação, pois todos têm potencial teratogênico pois todas as drogas antiepilépticas atravessam a barreira placentária. O estudo discorre a respeito dos anticonvulsivantes e seu uso na gestação.

Material e métodos: Indica-se a monoterapia, pois a politerapia é mais lesiva. É importante evitar realizar a troca da medicação durante a gravidez, evitar a terapia com vários antiepilépticos e realizar suplementação da dieta da futura mamãe com folato (os anticonvulsivantes alteram o metabolismo do folato cujos níveis baixos se relacionam com teratogênias, anemias, e outros).

Discussão: Atualmente a droga anticonvulsivante com melhores resultados perinatais relativos a malformações fetais é a carbamazepina, porém não existem estudos bem controlados sobre a teratogenicidade deste fármaco. O aumento da taxa de malformações congênitas é um assunto controverso. Não está estabelecido se a epilepsia por si só causa malformação, se a exposição a anticonvulsivantes ou, ainda, se as drogas anticonvulsivantes, com sua potencialidade teratogênica, associadas a predisposição genética, são responsáveis pela malformação. Alguns estudos mostram que entre as mulheres epiléticas o risco de malformações fetais é duas a três vezes maior que na população geral. Para pacientes gestantes indica-se a monoterapia, pois a politerapia é mais lesiva. É importante evitar realizar a troca da medicação durante a gravidez, evitar a terapia com vários antiepilépticos e realizar suplementação da dieta da futura mamãe com folato.

Conclusão: O uso adequado do anticonvulsivante requer um conhecimento de suas propriedades farmacológicas, um diagnóstico correto e o tipo de crise convulsiva em questão. A instituição de um tratamento correto e precoce contribui para um melhor prognóstico desses pacientes.

Email: babifreyre@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ANTIVIRAIS ADEQUADOS PARA TRATAMENTO DE VARICELA NA GESTAÇÃO

Isabella Cristina R. N. Lucas; Sandra Maximiano de Oliveira; Aline Ferreira Freitas; Josenilson Antônio da Silva; Thaissa Matias Diniz; Rafaela Sena Matos

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar as melhores opções de tratamento com medicações antivirais utilizados na abordagem de varicela em mulheres grávidas, fundamentados em estudos realizados nos últimos anos.

Metodologia e fonte de dados: Pesquisa em banco de dados indexados como SciELO e Pubmed com os seguintes termos: “Varicela em gestantes”, “Tratamento de varicela”, “Varicela neonatal”, “Antivirais e Abordagem de gestantes com varicela”. Não houve limitação de seleção de artigos por data de publicação.

Discussão: A varicela é uma doença causada pelo vírus Varicela-Zoster. Quando a infecção ocorre durante a gravidez, sérias consequências podem acometer o feto e o recém-nascido. Há controvérsias em relação à doença, abortamentos e partos prematuros. No entanto, a pneumonia provocada pelo vírus na gestação presume aumento de mortalidade fetal e parto prematuro. A teratogenicidade do vírus é evidenciada na aquisição da Síndrome da Varicela Congênita, que se manifesta com sintomas que variam de lesões cicatríciais da pele, alterações na formação de membros, alterações neurológicas e oftalmológicas. Antivirais como Aciclovir, Valaciclovir e Fanciclovir estão agrupados na categoria B de segurança em relação ao uso durante a gestação. O Aciclovir não apresentou efeitos teratogênicos significativos em recém-nascidos expostos. Entretanto, um pequeno grupo de neonatos apresentou neutropenia e insuficiência renal possivelmente causada pela toxicidade da medicação. Os poucos estudos realizados com o Valaciclovir não identificaram efeitos tóxicos da medicação quando usado no período tardio da gestação. Assim como quase todos os medicamentos usados na gestação, os antivirais apresentam uma segurança limitada. Dessa forma, o seu uso deve ser estabelecido de acordo com o risco-benefício, sendo sempre indicado em gestantes que desenvolvam varicela grave ou pneumonia pelo vírus Varicela-Zoster.

Conclusão: Apesar de ser uma doença comum, a varicela pode apresentar manifestações graves em gestantes e causar severas consequências a seus conceitos. O uso de antivirais para reduzir o tempo de evolução da doença, a sua gravidade e prevenir as malformações fetais deve ser individualmente considerado. Os antivirais Aciclovir, Valaciclovir e Fanciclovir apresentam poucas evidências de toxicidade fetal, sendo recomendado seu uso quando houver doença materna grave ou pneumonia decorrente de Varicela-Zoster.

Email: bellanaves@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ARMAS DE CHOQUE E SEUS EFEITOS NA ATIVIDADE CARDÍACA

Danilo Lima Souza; Guilherme Freitas Braga Borges; Huberman França de Carvalho; Clayton Franco Moraes

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Avaliar os mitos e verdades do uso dos dispositivos de incapacitação neuromuscular (NMIDs) sobre a atividade contrátil e elétrica do coração

Metodologia e fonte de dados: Revisão bibliográfica baseada em artigos científicos publicados em bases de dados Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde, publicados no período de 2004 a 2011, sob os descritores de incapacitação neuromuscular, NMIDs, stun gun, TASER-X6, fibrilação ventricular.

Discussão: Os dispositivos de incapacitação neuromuscular (NMIDs), também conhecido como “armas de choque”, são instrumentos que liberam uma corrente elétrica, gerando estimulação neuromuscular involuntária, causando paralização de toda a musculatura do organismo atingido, sendo usados pelas forças de segurança pública e até por cidadãos comuns para controle, não letal, das ações de terceiros. O mais comum e mais utilizado dos NMIDs é a TASER-X6. A TASER-X6 é uma pistola que emite dois dardos ligados a fios de cobre que, são arremessados por nitrogênio comprimido, atingindo as roupas e pele dos alvos, posteriormente liberando pulsos elétricos estimulando involuntariamente nervos e musculatura esquelética. Atualmente, questiona-se o uso dessa arma como possível indutora de fibrilação ventricular⁴ devido à estimulação externa da musculatura cardíaca, associada ou não, às condições que a precipitam, como o uso de cocaína, por exemplo, da interação com dispositivos cardíacos implantáveis, e da localização, voltagem e duração da descarga elétrica.

Conclusão: A maioria dos estudos demonstraram que os efeitos nocivos do TASER-X6 são discretos e que mais investigações são necessárias para compreensão dos casos excepcionais de fibrilação ventricular durante e/ou após o uso da mesma. Do ponto de vista médico, tais armas apresentam benefícios superiores ao uso de armas de fogo, tendo estes maior risco de morbimortalidade devido ao colapso circulatório, além de ter, repercussão social e econômica ao país.

Email: dlskull@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ARRITMIAS: FISIOPATOLOGIA, QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Bárbara Vieira Carneiro; Hélio Henrique Medeiros Pires; Ana Cláudia C. Nogueira

Instituição: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Objetivo: O artigo faz parte de uma série de revisões idealizadas e realizadas pela Liga Cardiorácia da UCB, com o objetivo de abordar temas recorrentes no cotidiano médico, possibilitando uma revisão objetiva e simplificada. Aqui, discute-se a fisiopatologia, clínica e diagnóstico das arritmias cardíacas.

Metodologia e fonte de dados: Trata-se de uma revisão bibliográfica simplificada, com o intuito de discutir a fisiopatologia, quadro clínico e diagnóstico das arritmias cardíacas; foram usados artigos acadêmicos e livros referenciados para o tema. A abordagem foi geral, especificando aquelas arritmias de maior prevalência na prática clínica; a omissão do tratamento foi devida à complexidade do mesmo para o nível acadêmico.

Discussão: A fisiopatologia das arritmias envolve mecanismos diversos, relacionados à automaticidade na geração do impulso, pós-despolarização e disparo do automatismo e condução do impulso. A ativação elétrica do coração surge normalmente no nó sinoatrial (SA), mas outros marcapassos subsidiários podem iniciar o impulso elétrico, quando há supressão ou perda funcional deste. Estímulos anormais, de qualquer origem, constituem os distúrbios da formação do impulso. Alterações no sistema de condução do estímulo elétrico nascem como um bloqueio ou outra alteração que levam a uma propagação do impulso por um caminho anormal. Há também o mecanismo de reentrada, característico da Síndrome de Wolff-Parkinson White e do flutter atrial. O quadro clínico é variado, e os sintomas mais frequentemente observados são palpitação, síncope, pré-síncope e dor precordial, sendo o primeiro o mais comum. O diagnóstico inicia-se com uma história clínica detalhada, exame físico direcionado e registro eletrocardiográfico (ECG) durante sua ocorrência. Para tal, a escolha do método de registro deve ser adequada, utilizando-se o Holter ou o gravador de eventos. O tilt teste também pode ser útil em determinadas situações. Algumas arritmias possuem características específicas ao ECG, diferindo-as das demais, o que constitui ferramenta de grande valia, diante de quadros clínicos muitas vezes semelhantes.

Conclusão: Com o estudo realizado foi possível obter a dimensão das arritmias cardíacas na prática clínica, especialmente no atendimento de emergência, bem como a necessidade de uma assistência efetiva, o que inclui seu correto diagnóstico e manejo, sendo o primeiro amplamente relacionado às características clínicas e epidemiológicas. Percebeu-se também uma maior dificuldade do tema dentre aqueles abordados pela cardiologia e clínica médica, justificado por ampla gama de distúrbios a serem reconhecidos.

Email: babive_5@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

AS CONTROVÉRSIAS DA HISTOPATOGÊNESE NO DIAGNÓSTICO DA CARDIOPATIA CHAGÁSICA

Huberman França de Carvalho; Camila de Pinho Figueredo; Anderson de Azevedo Damasio; Marcela Ortega Bittar; Rosana de Paula Laurindo; Ana Claudia C. Nogueira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A prevalência da doença de Chagas humana (DCh) no Brasil é de 1.900.000 caso. Na América Latina está presente em 19 países com 10.000 mortes/ano e mais de 35 milhões de indivíduos expostos. Portanto é de suma importância aprofundar os conhecimentos na imunopatogênese do diagnóstico dessa patologia.

Metodologia e fonte de dados: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em artigos de revisão e pesquisa indexados nas bases de dados: Scielo, LILACS, PubMed e medscape com as palavras-chave: "Cardiopatía Chagásica" associada a "diagnóstico", "patogênese" e "histologia" e seus correlatos em inglês. Publicados nos últimos 5 anos e com ênfase nos últimos 2 anos. Período da pesquisa: fevereiro a abril de 2012.

Discussão: A patogênese da cardiopatía da DCh ainda é assunto de intenso debate. A necessidade da persistência do T. cruzi é inquestionável. Apenas 30% dos infectados evoluem para cardiopatía chagásica, e desses, um terço apresenta as formas graves, com disfunção ventricular acentuada e/ou arritmias graves. Existem três principais mecanismos patológicos: disautonomia, distúrbios da microcirculação e danos teciduais causados por processos inflamatórios e imunológicos. O infiltrado inflamatório de células mononucleares, rico em células T promove pior prognóstico em comparação a de etiologia não inflamatória. A escassez de parasitas no tecido cardíaco intensamente inflamado levanta dúvidas se a inflamação é desencadeada pela presença de antígenos. Na hipótese autoimune, células T infiltrantes poderiam reconhecer proteínas cardíacas. A infecção persistente inclui títulos moderados de IgG, TNF- α e IFN- γ produzidos por TCD4+ e CD8+, supressão de IL-4 e TGF- β relacionada a intensa fibrose miocárdica e do sistema de condução. À histologia, além dos parasitos, observa-se ruptura das células parasitadas, acúmulo de polimorfonucleares neutrófilos e eosinófilos em torno das células cardíacas. O infiltrado intersticial difuso é constituído predominantemente de monócitos, macrófagos e linfócitos. As alterações ocorrem inclusive nos miócitos não parasitados como tumefação, perda de estriações e necrose.

Conclusão: O conhecimento dos processos inflamatórios e imunológicos na cardiopatía da DCh é assunto que precisa de maior aprofundamento através de mais projetos de pesquisa, já que as atuais, apontam para maior desenvolvimento da área diagnóstica pautada nessa vertente. Dessa forma é imprescindível que esteja mos apar desse assunto porque a DCh e suas complicações estão bastante presentes na prática médica. Torna-se provável a melhora no tratamento se for possível a interferência em tais processos.

Email: hubermanfisc@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

AS CORES NO DIAGNÓSTICO MÉDICO

Josenilson Antônio da Silva; Isabella C. R. Naves Lucas; Sandra Maximiano de Oliveira; Aline Ferreira Freitas; Carla Cristhian de M. Santos; Vitor Laerte Pinto Júnior

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever a associação entre colorações específicas utilizadas em testes laboratoriais e o possível diagnóstico médico consequente a tais achados.

Metodologia e fonte de dados: Pesquisa em sites de indexação (PubMed, Scielo e Lilacs) para os termos rosa bengala; vermelho Congo; verde malaquita; violeta Genciana e azul de cresil brilhante em português/inglês sem limite de data para publicação.

Discussão: Colorações específicas são utilizadas em diferentes técnicas e podem auxiliar o diagnóstico nas mais diversas patologias. O Vermelho Congo é amplamente conhecido por sua utilidade no diagnóstico de amiloidose. Na presença de fibrilas amilóides no material de biópsia, estas são coradas e, curiosamente, apresentam birrefringência verde quando visualizadas sob luz polarizada. O Verde malaquita é uma substância capaz de corar esporos bacterianos. Comumente bactérias esporuladas não são patogênicas ao homem com exceção da *B. anthracis* (responsável pela doença do Antrax) e bactérias do gênero *Clostridium* (Botulismo e gangrena gasosa). A contagem de reticulócitos – Importante exame na avaliação das anemias – pode ser feita através da coloração com Azul de cresil brilhante. Tais células jovens contêm RNA ribossomal que se torna visível à microscopia quando corados pela substância, permitindo a contagem manual destas células. O Rosa bengala é um colírio que permite avaliar o grau de sofrimento das células superficiais da córnea e conjuntiva por alterações no filme lacrimal, sendo a síndrome de Sjögren uma causa clássica. A técnica de Gram utiliza o Violeta de Genciana em sua metodologia. Bactérias que após a lavagem com álcool-acetona preservam a coloração violeta são denominadas gram positivas. Aquelas que são incapazes de reter o Violeta Genciana são então designadas gram negativas.

Conclusão: A evolução da medicina laboratorial permitiu o diagnóstico sugestivo ou definitivo para inúmeras patologias e microorganismos atuais. Dentre as técnicas utilizadas para este fim as colorações merecem destaque por seu uso amplo e quase sempre de fácil acesso. O conhecimento de algumas colorações e sua associação com possíveis diagnósticos permite uma escolha melhor para um determinado exame laboratorial ou mesmo sua interpretação quanto às possíveis patologias e microorganismos envolvidos.

Email: nilson_jas@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ASPECTOS MORFOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO NO APARELHO GENITURINÁRIO MASCULINO

Ana Paula Faria Carvalho; Armando José China Bezerra

Instituição:

Objetivo: Revisar a literatura disponível sobre a senilidade e sua correlação com o aparelho geniturinário masculino, para discutir a evolução da morfologia deste sistema no indivíduo idoso.

Metodologia e fonte de dados: Busca de artigos científicos nas bases de dados Lilacs, Scielo, Pubmed e Medline. As palavras-chave utilizadas foram: "Genital aging", "Prostate hypertrophy" e "Geriatric anatomy".

Discussão: Diferentemente das mulheres, o envelhecimento do sistema genital e urinário bem como a falência gonadal progressiva, são de difícil delimitação no sexo masculino já que não há um fenômeno tão marcante como a menopausa (meno = menstruação; pausa = cessação). A andropausa é lenta e sutil, ocorre a partir dos 40 a 50 anos podendo ou não vir acompanhada de hipogonadismo. Com a queda dos níveis séricos de testosterona, observa-se redução do volume testicular, diminuição de células de Leydig e Sertoli, além de degeneração nos túbulos seminíferos. A alteração morfológica que mais se destaca no homem, podendo causar sinais e sintomas, é a hiperplasia prostática. A próstata normal de um adulto é um órgão de consistência fibroelástica com peso aproximado de 20g. A partir dos 30 anos de idade inicia-se a proliferação de células do epitélio que culminam na hiperplasia, sendo que 85% dos indivíduos com 80 anos já apresentam hiperplasia prostática benigna, que não pode ser atribuída a nenhuma causa patológica. Outras alterações como obstrução uretral, hipertrofia do músculo detrusor, dilatação e instabilidade vesical e até hidronefrose também são esperadas como conseqüências da hiperplasia prostática.

Conclusão: O envelhecimento fisiológico do sistema reprodutor é muito lento nos homens e não costuma interferir na vida sexual. A senescência deste sistema em conjunto com o urinário apresenta grande número de sinais, onde destaca-se a hiperplasia da próstata, que requer pesquisa clínica uma vez que interfere na autonomia da bexiga e faz diagnóstico diferencial com prostatites e câncer de próstata.

Email: anapaulafc@live.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ASPECTOS MORFOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO NO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

Ana Paula Faria Carvalho; Armando José China Bezerra

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Revisar a literatura disponível sobre a senilidade e sua correlação com o sistema reprodutor feminino, para discutir a evolução da morfologia deste sistema no indivíduo idoso.

Metodologia e fonte de dados: Busca de artigos científicos nas bases de dados Lilacs, Scielo, Pubmed e Medline. As palavras-chave utilizadas foram: "Genital aging", "Uterus atrophy" e "Geriatric anatomy".

Discussão: A senescência em conjunto com a diminuição da produção do estrogênio vão de forma indolente alterando os órgãos sexuais femininos. Este processo se inicia no climatério, período que pode acometer mulheres de 39 a 51 anos e se acentua em 2 a 8 anos depois, durante a menopausa. A atrofia, fenômeno comum do envelhecimento de vários tecidos, também acomete o aparelho reprodutor feminino de forma intensa, especialmente após 4 anos de menopausa estabelecida, atingindo vulva, vagina, endométrio e ovários. Tecidos estrogênio dependentes são os mais acometidos, como o epitélio vaginal, que perde espessura e elasticidade, deixando essas mulheres mais predispostas a infecções secundárias a traumas locais. O útero em particular, é um órgão que acompanha as mudanças etárias desde o nascimento, quando sob ação dos hormônios maternos possui proporcionalmente o tamanho adulto, envolvendo semanas após o parto. Volta a crescer durante a puberdade e a partir dos 46 anos começa a reduzir seu volume. A sarcopenia, também presente de forma global nesta fase da vida, acomete o assoalho pélvico reduzindo a capacidade de sustentação do mesmo. Outras alterações como atrofia da base da bexiga e canal uretral, perda do enrugamento vaginal, diminuição e estreitamento do canal vaginal e redução das secreções vaginais também são esperadas.

Conclusão: O envelhecimento fisiológico do sistema reprodutor é gradual, porém em grande parcela da população, é sintomático e altera a qualidade de vida destes indivíduos, especialmente as mulheres. O arquétipo principal da senescência deste sistema é a atrofia que pode ser diagnosticada clinicamente ao exame físico.

Email: anapaulafc@live.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E SEU IMPACTO SOBRE O PLANEJAMENTO LOGÍSTICO E ORÇAMENTÁRIO HOSPITALAR.

Sofia Santana Fernández Costa; Rafaella Pestana Guimarães; Natália Goulart Alves de Mello; Glycon Cardoso

Instituição: Liga de Emergências e Trauma da UCB

Objetivo: O planejamento e repasse de renda para cada unidade hospitalar da rede pública ocorre de acordo com a projeção do contingente populacional da região. Pretendemos explicitar o impacto gerado sobre a capacidade e qualidade do serviço diante do atendimento não previsto de pacientes de regiões vizinhas.

Material e métodos: Analisamos dados fornecidos pela Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle do Distrito Federal (SUPRAC), em Relatório Estatístico Mensal das Direção Geral da Saúde(DGS), abrangendo o número de atendimentos a pacientes de fora do DF em cada um dos centros de saúde de nível secundário das regiões administrativas do DF, no período compreendido entre os meses de janeiro a dezembro de 2010. A área selecionada como exemplo é a região administrativa de Brazlândia, com foco em seu Hospital Regional (HRB), e os dados analisados foram o número total de atendimentos do hospital e o número e procedência do atendimentos a pacientes fora do DF, no período acima descrito.

Discussão: Dos 170.287 atendimentos realizados no HRB no período analisado, 51.677 corresponderam a atendimentos a pacientes de fora do DF, o que equivale a 30% dos atendimentos. Dentro dessa porcentagem, o maior número de atendimentos foi direcionado a pacientes advindos de Aguas Lindas - GO, totalizando 40.021 pacientes, ou 27% dos atendimentos totais do HRB. Quando consideramos o número absoluto de atendimentos emergenciais associado à procedência desses pacientes, notamos uma diluição relevante dos recursos, assim como do número de profissionais destinados para a região, o que prejudica a prestação dos serviços e o atendimento emergencial. Tal diluição decorre diretamente da sobrecarga sofrida pelo sistema de saúde local, frente à pressão da demanda externa, representada principalmente pela população oriunda do Estado de Goiás, com enfoco no município de Águas Lindas.

Conclusão: Com base nos dados analisados, resta inequívoca a necessidade de uma melhor distribuição do atendimento secundário à saúde, por meio da criação de novos hospitais com capacidade emergencial, especialmente nas periferias do Estado de Goiás. Dessa forma, seria viabilizada uma resposta efetiva, tanto à população proveniente dessas regiões negligenciadas de Goiás quanto à população residente nas regiões do DF, para as quais foi feito o dimensionamento original de atendimento à saúde.

Email: sofia@portalgeat.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ANTIBACTERIANA DE UMA L-AMINO ÁCIDO OXIDASE E PEPTÍDEOS DERIVADOS, ISOLADOS DE BOTHROPOIDES MATTOGROSENSIS

Hortência Hellen da Silva; Osmar Nascimento Silva; Ludovico migliolo; Brunna Okubo; Diego Garcês Gomes; Octávio Luiz Franco

Instituição: Centro de Análises Proteômicas e Bioquímicas

Objetivo: As infecções relacionadas à assistência à saúde (IrAS) são causas de mortalidade e morbidade a nível mundial. O objetivo desse estudo foi comprovar o potencial terapêutico da enzima L- amino oxidase (LAO) e peptídeos derivados, presente no veneno de jararaca (*Bothropoides mattoirosensis*), contra ess

Material e métodos: O veneno de *Bothropoides mattoirosensis* foi obtido de 16 espécimes provenientes do serpentário da Universidade Católica Dom Bosco. O veneno foi aplicado em uma coluna de exclusão molecular. As frações que apresentaram atividade antibacteriana foram submetidas à cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC). A atividade antibacteriana foi avaliada frente a bactérias Gram-positivas (*Bacillus subtilis*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*) e Gram-negativas (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Salmonella typhimurium*). A atividade da LAO foi mensurada pela produção de H₂O₂. A citotoxicidade foi avaliada em células RAW264.7 e eritrócitos humanos.

Discussão: Os resultados demonstraram que o veneno da *B. mattoirosensis* apresentou atividade antibacteriana contra bactérias Gram positivas e Gram negativas, sendo mais eficiente contra bactéria Gram-negativas, apresentando MIC de 64 µg.mL⁻¹ para *K. pneumoniae*, e MIC de 128 µg.mL⁻¹ para *E. coli* e *S. typhimurium* e MICs de 256 µg.mL⁻¹ para a *P. mirabilis* e *P. aeruginosa*. Estudos de citotoxicidade in vitro mostraram atividade hemolítica inferior a 25% (eritrócitos), e viabilidade celular superior a 78% (monócitos) mesmo em altas concentrações (512 mg.mL⁻¹). As frações que mostraram maior atividade antibacteriana foram F-44, F-51 e F-68. Sendo que F-51 apresentou maior atividade antibacteriana com MIC inferior a 8 mg.mL⁻¹ (*K. pneumoniae* e *P. aeruginosa*). A F-51 foi posteriormente aplicada em uma coluna C18 gerando 17 frações. A fração 7 (BmLAO) apresentou melhor atividade bacteriana em relação as demais frações, com MIC inferior a 2 µg.mL⁻¹ contra *K. pneumoniae* e *P. mirabilis*.

Conclusão: As IrAS são uma das maiores causas de mortalidade e morbidade, tornando-se necessário o estudo de alternativas terapêuticas. O veneno de serpentes possui componentes farmacologicamente ativos, como hipertensivos, anticoagulantes, antitumorais e antimicrobianos. Este estudo foi o primeiro a relatar fragmentos de LAO com atividade frente a *B. subtilis*, *E. faecalis*, *S. aureus*, *S. pyogenes*, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *P. aeruginosa* e *S. typhimurium*.

Email: hortenciahsh@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

AValiação LABORATORIAL DA HEMOSTASIA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS ELETIVAS

Janayne oliveira; Angélica Sayemi; Ana Carolina Canut; Antonio Carlos de Souza

Instituição: universidade catolica de brasilia

Objetivo: Contribuir, com base nas melhores evidências, para definição dos exames pré-operatórios a serem solicitados sistematicamente antes da realização de cirurgias eletivas.

Metodologia e fonte de dados: Este estudo foi realizado através de levantamento de dados encontrados na literatura existente. Foram realizadas pesquisas nas seguintes bases de dados SCIELO, PUBMED e LILACS. Foram avaliados estudos randomizados/controlados e metanálises, em artigos nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os indexadores exames de coagulação, pré-operatório ,cirurgia eletiva.

Discussão: A hemostasia tem o objetivo de coibir a perda sanguínea decorrente das lesões vasculares, reduzindo o risco de infecção e auxiliando a cicatrização. O processo hemostático depende de recursos fisiológicos como plaquetas e proteínas da coagulação, bem como recursos externos inerentes à técnica cirúrgica. A avaliação pré-operatória do risco hemorrágico de um paciente inicia-se com a história clínica direcionada para episódios de sangramentos relativos ao paciente e seus familiares. O resultado da conjunção da história clínica, exame físico e considerações quanto ao procedimento cirúrgico pode indicar a seleção de exames laboratoriais apropriados para cada situação: 1) Se a história e o exame físico não sugerem tendência hemorrágica e a cirurgia for de pequeno porte, não é necessário nenhum teste laboratorial; 2) Se a cirurgia é maior e a história e o exame físico são negativos, realiza-se a contagem plaquetária e o tempo de tromboplastina parcial ativada; 3) Se a história sugere tendência hemorrágica ou se o procedimento cirúrgico cursa com manifestações hemorrágicas, devem-se acrescentar o tempo de protrombina e o tempo de trombina.

Conclusão: Dessa forma, pacientes com história pessoal e/ou familiar negativa para eventos hemorrágicos não necessitariam de investigação, ficando esta obrigatoriedade para aqueles com história positiva ou duvidosa e os que ainda não tenham sido expostos a condições de estresse hemostático. A avaliação pré-operatória deve ser individualizada.

Email: janayneoliveira@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

BASES GENÉTICO-MOLECULAR EM CASOS DE REVERSÃO SEXUAL EM INDIVÍDUOS 46,XY E 46,XX

Ludmila Borges Eckstein Canabrava; Rinaldo Wellerson Pereira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A discussão pretende abordar os casos de Desordens no Desenvolvimento Sexual diretamente relacionados com a ocorrência de reversão sexual, enfatizando as condições genéticas associadas a tais episódios. A partir de tal estudo, pretende-se proporcionar uma melhor compreensão geral acerca do tema.

Metodologia e fonte de dados: Para a composição da discussão, utilizou-se como base artigos indexados que possuem certa abrangência sobre a genética envolvida em casos de reversão sexual. Compilou-se, então, os dados e informações de relevância para o tema, que se encontravam dispersos pelos artigos. Com o acréscimo de conhecimentos prévios, obteve-se, então, a discussão final, apresentada neste trabalho.

Discussão: A diferenciação da gônada em testículos ou ovários se dá por vias antagônicas: em indivíduos XY, o início da via testicular se dá pela expressão do SRY - gene de um éxon, presente no cromossomo sexual Y, cujas possíveis mutações se dão em suas regiões conservadas - que, com NR5A1, aumenta a expressão de SOX9, suprimindo WNT4; já em XX, pela falta de SRY, WNT4 é expresso em altos níveis, estabilizando beta-catenina, que media a transcrição de genes-alvo para o desenvolvimento ovariano. A partir desse entendimento, podem-se entender mecanismos de reversão sexual, demonstrados por pequenos casos hipotéticos apresentados a seguir: 1) Deleção em SOX9 – se a região deletada estiver entre 517-595kb (local com mais regiões regulatórias de inibição de WNT4) ocorre reversão sexual de 46,XY. Apesar de sua importância inicial, o SOX9 é dispensável após a diferenciação sexual, por semelhança com SOX8 e SOX10. 2) Mutação do íntron 9 em WT1 - perda da isoforma TW1+KTS, responsável pelo aumento da expressão de AMH. Resulta em desenvolvimento de hormônios mulerínicos, com reversão sexual de 46,XY. 3) Deleção no gene GATA4 - perda da ativação do promotor do AMH, com reversão sexual 46,XY. 4) SYR em 46,XX – a reversão de 46,XX deve-se a translocação Xp-Yp durante a gametogênese paterna, gerando um X com SRY. 5) Alta expressão de SOX9 em 46,XX – inibe WNT4, causando reversão sexual de 46,XX.

Conclusão: Após o entendimento do mecanismo de diferenciação sexual, compreenderam-se alguns casos de reversão sexual. Tal compreensão é importante para a indicação do tratamento aos pacientes, que pode compreender desde reposição hormonal até mesmo cirurgia, esta última indicada em casos de genitália ambígua. Deve-se lembrar que não apenas a genética está envolvida no acompanhamento médico, mas também questões culturais, para que os pacientes possam uma vida comum, apesar de suas anormalidades genéticas.

Email: ludmilacanabrava@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

BETAMETASONA VERSUS DEXAMETASONA – QUAL A MELHOR OPÇÃO EM IMINÊNCIA DE PARTO PREMATURO?

Isabella Cristina R. N. Lucas; Josenilson Antônio da Silva; Aline Ferreira Freitas; Sandra Maximiano de Oliveira; Thaissa Matias Diniz; Rafaela Sena Matos

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Discutir sobre a melhor opção de corticoides administrados em gestantes com risco iminente de parto prematuro com idade gestacional entre 24 - 34 semanas.

Metodologia e fonte de dados: Realizado pesquisa em banco de dados indexados (SciELO e PubMed) com os seguintes termos: betametasona; betametasona em parto prematuro; dexametasona; dexametasona em parto prematuro; corticoide em parto prematuro; corticoide na maturação pulmonar fetal. Foram selecionados e revisados artigos datados a partir de 1995.

Discussão: Há aproximadamente 30 anos é notório o benefício à administração de ciclo único de corticoides em gestações entre 24 a 34 semanas com alto risco de parto prematuro. O uso de corticóides induz à maturação pulmonar fetal e reduz as complicações causadas pela prematuridade, como mortalidade neonatal, síndrome do desconforto respiratório, leucomalácia, enterocolite necrosante e hemorragia periventricular. A placenta contém a enzima 11-beta hidroxisteroide desidrogenase (11b HD) que inativa grande parte do cortisol endógeno materno e sintéticos com exceção da betametasona e dexametasona que não são metabolizados pela 11b HD. Tais corticóides, por atravessarem a barreira placentária, estão indicados para fins de maturação pulmonar fetal. A atividade biológica de ambos é semelhante, possuem fraco efeito imunossupressor e nenhum efeito mineralocorticoide. No entanto, a betametasona parece ser a melhor opção terapêutica. Estudos identificaram uma redução de leucomalácia periventricular em 50% das crianças expostas a essa medicação no período neonatal. O mesmo não ocorreu em relação ao uso de dexametasona. Paralelamente, foi verificada redução significativa da taxa de morte neonatal em gestações nas quais a betametasona foi a droga de escolha. A taxa de morte neonatal encontrada no uso de dexametasona, por sua vez, foi maior embora uma associação causal não esteja clara.

Conclusão: A administração de corticoides em gestantes com idade gestacional entre 24 e 34 semanas e que apresentam risco de parto prematuro é indiscutivelmente benéfico. Deve-se preferir o uso de betametasona em relação à dexametasona. Diversos estudos demonstraram maior redução na taxa de mortalidade neonatal e de complicações neurológicas causadas pela prematuridade quando a opção terapêutica a betametasona.

Email: bellanaves@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA NA COMUNIDADE

Amanda Evelyn Cruvinel Goulart; Marcelli Tainah Marcante; Andre Nogueira Araujo

Instituição: universidade catolica de brasilia

Objetivo: Bronquiolite é uma inflamação do trato respiratório inferior, predominantemente de etiologia viral, sua alta morbidade decorre de hospitalizações prolongadas. O objetivo do caso é descrever o acompanhamento de um paciente pediátrico com diagnóstico de bronquiolite no Hospital Regional da CeilandiaDF

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 4 meses, apresenta há 1 mês tosse produtiva e coriza, evoluindo com diarreia líquida e urina normal. Há um dia demonstrou cansaço intenso e foi conduzido pela mãe a unidade de PS. “Estava em uso de prednisolona em tempo não referido pela mãe”, criança em aleitamento materno exclusivo, presença de 4 familiares com hábitos tabagistas dentro de casa. No exame físico admissional apresentava-se em regular estado geral, normocorado, hidratado, acianótico e afebril. Na ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares positivos com ruídos e sibilos em ambos hemitoraces, taquipneico. Em uso de salbutamol spray. Evolui em ambiente hospitalar com piora de tosse e hiperinsuflação pulmonar, saturação 78% sem oxigênio. Recebe oxigenação sob cateter nasal, salbutamol 2h/2h e prednisona 2ml. Em sétimo dia de internação há persistência de sintomas como tosse, coriza, dispneia. Sat 90%

Discussão: A bronquiolite é uma inflamação do trato respiratório inferior, predominantemente de etiologia viral. Os vírus sincial respiratório é responsável por > 50% dos casos. Outros agentes virais como parainfluenza e alguns adenovirus podem estar envolvidos. É a causa mais comum de infecção de trato respiratório inferior em crianças até os dois anos de idade, sendo o maior motivo de internação por causa de doenças respiratórias em lactentes. Caracterizada por sibilância com, ou sem, tosse, taquipneia e esforço respiratório. Acomete crianças menores de 2 anos, predominantemente dos 2 aos 6 meses. O diagnóstico fundamenta-se em critérios epidemiológicos, clínicos e radiológicos. Após um período de incubação de 4 a 5 dias, o lactente passa a apresentar sinais de infecção respiratória alta. A febre pode estar presente ou não. No diagnóstico diferencial estão asma, pneumonias e síndrome aspirativas.

Conclusão: A importância clínica da bronquiolite reside no fato de sua alta frequência na pediatria, principalmente em meses de inverno. Alguns princípios básicos precisam ser observados como a importância do esclarecimento a família sobre a evolução natural da doença, para que haja compreensão das medidas terapêuticas. O paciente não deve ser agredido com drogas ou procedimentos desnecessários. Não existe tratamento específico. O mais importante são medidas de suporte.

Email: amandaevelyn@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

CITOGENÉTICA EM GENITÁLIA AMBÍGUA

Raissa Araujo Santos; Gabriela Muller Reche; Ruscaia Dias Teixeira; Maria Teresinha O. Cardoso

Instituição: UniCEUB

Objetivo: Descrever o perfil cromossômico dos casos de distúrbios da diferenciação sexual em acompanhamento no Serviço de Genética Clínica, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de prontuários dos pacientes com diagnóstico de genitália ambígua, segundo os critérios clínicos descritos por Danish (1982), atendidos no período de 2000 a 2011. O estudo citogenético foi realizado por cultura de linfócitos do sangue periférico após técnicas de bandeamento G e C.

Discussão: O perfil cromossômico dos 153 pacientes foi: 40 (26,14 %) 46, XY; 16 (10,45 %) 46, XX; 17 (11,11%) com alterações estruturais; 01 (0,65%) alteração numérica; 01 (0,65%) mosaicismos de gonossomos; e 01 (0,65%) com marcadores cromossômicos.

Conclusão: A genitália ambígua acomete predominantemente indivíduos 46, XY, estando de acordo com outros estudos epidemiológicos. A definição do sexo cromossômico representa passo fundamental para definição de conduta final, exigindo a participação de equipe multidisciplinar.

Email: raissaa.santos2@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

CITOMEGALOVIROSE ESOFÁGICA COMO ABERTURA DO QUADRO DE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Diego Fraga Rezende; Suellen Magalhães Dias; Yesca Suyanne de Araújo; Hanae Araújo Mourão; Andrew Sá Nunes; Jairo Martinez Zapata

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar o caso de um paciente atendido no Hospital Regional de Taguatinga (HRT) com úlcera esofágica por citomegalovírus quanto ao diagnóstico, evolução e tratamento, como abertura do quadro de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e correlacioná-lo com a literatura médica a respeito.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 48 anos, referindo dor torácica há 20 dias associada à pirose, disfagia, odinofagia e perda ponderal. Ao exame encontrava-se emagrecido, com placases branquiçadas aderidas em mucosa jugal, língua e amígdalas. Teste rápido de HIV reagente. Iniciou-se tratamento de candidíase oral com fluconazol. Sorologia IgG positivas para toxoplasmose e CMV, anti-HIV reagente e PPD não reagente. Segunda endoscopia digestiva alta realizada 30 dias após a admissão mostrou úlcera esofágica sugestiva de CMV, iniciando-se tratamento com ganciclovir. Contagem de linfócitos mostrava CD4: 32 cel/mm³, com carga viral de 41977 cópias/ml. Iniciou-se terapia antiretroviral. EDA de controle mostrou a lesão ulcerada em fase de reepitelização. Decidiu-se por continuar o tratamento com ganciclovir até 28 dias. Paciente evoluiu com melhora do estado geral, com alta hospitalar.

Discussão: É sabido que 40% da infecção por HIV se manifesta inicialmente como acometimento da cabeça e pescoço, e destes, 95% com manifestações intrabucais, das quais, a candidíase oral é a mais freqüente. O acometimento esofágico está presente em pelo menos um terço dos pacientes, sendo a etiologia viral a segunda causa mais prevalente. O diagnóstico de acometimento gastrointestinal por CMV se dá através da biópsia das lesões, entretanto, tipicamente encontram-se grandes úlceras superficiais únicas principalmente no esôfago distal durante a endoscopia digestiva alta. Frequentemente, os adultos apresentam sorologia IgG positiva para CMV, sendo que até 10% dos pacientes com infecção ativa por CMV não apresentarão IgM positiva. Recorrência após o tratamento é comum, justificada pela imunossupressão de base que geralmente está presente nos pacientes com manifestação de citomegalovirose.

Conclusão: O trato gastrointestinal é um dos maiores sítios de acometimento de doença oportunista nos pacientes HIV positivos. A infecção por CMV é muito comum como manifestação de doença oportunista e estará presente a depender da gravidade da imunodeficiência do soropositivo, geralmente por reativação de uma infecção latente. A afecção mais comum nesses pacientes por CMV é a retinite, seguida pelo acometimento do trato digestivo, sendo o esôfago e o cólon os segmentos mais comumente acometidos.

Email: diegofrezende@yahoo.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

CnAMP-1: UM NOVO PEPTÍDEO PROMÍSCUO COM POTENCIAL PARA O TRATAMENTO DE INFECÇÕES MICROBIANAS

Diego Garcês Gomes; Osmar Nascimento Silva; Ludovico Migliolo; William Faria Porto; Octavio Luis Franco; Simoni Campos Dias

Instituição: Univerdade Católica de Brasília

Objetivo: Este estudo foi realizado a fim de avaliar a promiscuidade de Cn-AMP1: um peptídeo de planta promissora, com ponte dissulfeto livre, com tamanho reduzido e propriedades catiônicas e hidrofóbicas.

Material e métodos: A sua atividade contra bactérias patogênicas humanas e de agentes patogênicos fúngicos, bem como sua atividade in vitro imunomoduladora e efeitos sobre a proliferação de células cancerosas e saudáveis de mamíferos também foram estudadas.

Discussão: Cn-AMP1 exerce efeito osantimicrobianos contra bactérias Gram positivas e Gram negativas e fungos. Além disso, a atividade antitumoral, bem como imuno-estimulação foi observada positivamente pela dosagem de citocinas inflamatórias. Cn-AMP1 não apresentam uma conformação bem definida em soluções aquosas, como foi avaliado por dicroísmo circular (CD). Os resultados experimentais para apoiar a atividade promiscua de Cn-AMP1, apresentaram um vasto leque de atividades, incluindo antibacteriana, antifúngica, antitumoral e imuno-estimuladora

Conclusão: No futuro, esse peptídeo poderá ser utilizado no desenvolvimento de novos produtos biofarmacêuticos, principalmente devido ao seu tamanho reduzido e largo espectro de atividade.

Email: dgg328@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

COMPLICAÇÕES MORFOFUNCIONAIS DO TRATO GASTROINTESTINAL RELACIONADAS À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

José Gabriel Rodrigues Junior; Clayton Franco Moraes; Mariana Carneiro Figueiredo; Angelo Rossi Neto; Isadora Maria Salgado e Juncal

Instituição: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Objetivo: Apresentar uma revisão de literatura atualizada sobre complicações morfofuncionais do trato gastrointestinal relacionadas à insuficiência cardíaca.

Metodologia e fonte de dados: Para a elaboração desta revisão foram consultados artigos indexados nas bases de dados dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia da SBC, no Journal of the American College of Cardiology e na Biblioteca Virtual de Saúde. Foram utilizadas as palavras-chave “insuficiência cardíaca/complicação”, “anormalidades do sistema digestório”, “absorção intestinal”, “chronic heart failure” e “intestinal function”

Discussão: A Insuficiência Cardíaca (IC) é definida como “disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento”. Devido à falência da bomba cardíaca, a IC torna-se uma doença multissistêmica, atingindo, além do sistema cardiovascular, os sistemas músculo-esquelético, renal, hematológico, neuroendócrino, metabólico, imunológico e gastrointestinal. No trato gastrointestinal (TGI) foram observadas várias alterações estruturais como padrão “em mosaico” da mucosa gástrica, ectasia vascular antral, espessamento mucoso e áreas de telangiectasia no estômago e aumento da espessura da parede intestinal e do tecido colágeno no íleo terminal, cólon e sigmoide. Também foram descritas alterações funcionais do TGI, que envolvem, basicamente, anormalidades da permeabilidade e aumento da colonização bacteriana do intestino. Dentre as consequências das alterações anátomo-fisiológicas destacam-se a absorção inadequada de endotoxinas bacterianas, o que leva a um aumento da produção de TNF- α e de outras substâncias pro-inflamatórias, acarretando em um estado de inflamação sistêmica crônica, ativação imunológica, anemia carencial e caquexia.

Conclusão: Considerando a Insuficiência Cardíaca uma entidade clínica multissistêmica, podemos concluir que as alterações gastrointestinais, que tem como consequência um aumento do estado inflamatório sistêmico, agravam o quadro de IC, já que levam a alterações cardíacas e piora da disfunção ventricular preexistente.

Email: gabrijunior@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

CORREÇÃO CIRÚRGICA COM COLOCAÇÃO DE TELA EM HÉRNIA VENTRAL DE GRANDE VOLUME

Octavio Magalhães do Vabo Neto; Raphael Camargo Leite Pereira; Beatriz Souza Barros; Bruno Almeida Oliveira; Ismar Ribeiro Júnior; Ederval Leite Pereira Filho

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A hérnia de parede abdominal é uma patologia cirúrgica de elevada prevalência, porém, a hérnia ventral corresponde a apenas 5% do total. Objetiva-se descrever o caso de uma hérnia ventral com grande falha aponeurótica em paciente sem fatores de risco dando ênfase no desafio da correção cirúrgica.

Descrição do caso: APSI, masculino, 74 anos, natural de Pernambuco, carregador, iniciou quadro de aumento de volume abdominal há 3 meses associado a dores locais e perda ponderal de 13 Kg nos últimos 6 meses. Paciente sem história de cirurgia prévia ou trauma abdominal. Ex tabagista e etilista há 49 anos. Procurou o serviço de Cirurgia Geral do HRC, onde foi constatada grande distensão abdominal e diástase da musculatura reto abdominal com herniação de conteúdo intraabdominal. Realizada cirurgia de hernioplastia ventral com abdominoplastia seguindo os seguintes passos cirúrgicos: incisão arciforme suprapúbica, descolamento da pele e tecido celular subcutâneo até apêndice xifóide, aproximação das bordas aponeuróticas com fio de poliglactina, fixação de ampla tela de polipropileno, tração do retalho com retirada do excesso dermogorduroso e sutura estética da pele com exteriorização de dreno de sucção.

Discussão: As hérnias agudas de parede abdominal têm como etiologias mais comuns a infecção necrozante da fáscia muscular e a perda da parede abdominal através de trauma. Porém, em raros casos, o surgimento da hérnia é idiopático. O tratamento cirúrgico das hérnias de parede abdominal experimentou uma grande revolução com a introdução do uso de telas sintéticas para o reforço da reconstrução. O princípio é provocar reforço da região através da criação de fibrose, evitando excesso de tensão nos tecidos. O uso de telas, contudo, tem indicações restritas, pois sua colocação intraperitoneal não é isenta de complicações, como a formação de aderências, que podem levar à obstrução intestinal e fístulas enterocutâneas. No caso relatado, como a falha anatômica era de grande extensão, o uso de tela foi indispensável para poder proporcionar ao paciente uma qualidade boa de vida e evitar recidivas da hérnia.

Conclusão: A correção das hérnias volumosas e dos grandes defeitos da parede abdominal constitui grande desafio da prática cirúrgica, em virtude das dificuldades técnicas e do alto índice de complicações locais e sistêmicas, como a recidiva e a infecção e, principalmente, as complicações respiratórias e cardiovasculares. Devido ao sucesso diagnóstico e cirúrgico, o paciente pôde retornar com suas atividades habituais, sem necessidade de novos procedimentos ou complicações pós-operatórias.

Email: octavio_vlb@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

CRESCIMENTO INTRAUTERINO RESTRITO: REVISÃO DA LITERATURA

Vanessa de Aguiar Carazza; Andressa Silva Junqueira; Lidiana Lobo C. Magalhães

Instituição: UCB

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão da literatura disponível acerca do tema Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR), dando ênfase às questões de maior relevância clínica.

Metodologia e fonte de dados: Foi realizado um levantamento bibliográfico utilizando-se as palavras-chave "crescimento intrauterino restrito" e "CIUR" nos indexadores MEDLINE, PubMed, LILACS, SCIELO e BIREME. Foram utilizadas ainda publicações de revistas médicas e livros renomados da obstetrícia.

Discussão: O crescimento intrauterino restrito (CIUR) ocorre quando o feto não atinge o tamanho determinado pelo seu potencial genético. É um processo capaz de limitar o crescimento intrínseco do feto devido a patologias maternas e/ou fetais, constituindo-se em intercorrência obstétrica com elevados índices de morbidade e mortalidade perinatais. Após a prematuridade, o CIUR é a causa mais importante de mortalidade e morbidade fetal e neonatal, sendo a insuficiência placentária a sua principal causa. Clinicamente, o CIUR é identificado quando o peso fetal encontra-se igual ou inferior ao percentil 10. Os fetos com CIUR podem ser classificados de acordo com as alterações orgânicas presentes em três grupos: assimétrico (tipo I), simétrico (tipo II), e misto ou intermediário (tipo III). O diagnóstico de CIUR tem como pilar principal a ultrassonografia, sendo importantíssimo a realização da biometria fetal e da dopplervelocimetria. Inúmeros tratamentos foram propostos para o CIUR, entretanto, nenhum deles mostrou-se eficaz. Desta forma, a única intervenção real é a interrupção da gravidez e o grande desafio é balancear os riscos fetais frente à hipóxia com os riscos neonatais frente à prematuridade.

Conclusão: O CIUR é um processo capaz de limitar o crescimento intrínseco do feto devido a patologias maternas e/ou fetais, constituindo-se em intercorrência obstétrica com elevados índices de morbidade e mortalidade perinatais, sendo a sua principal causa a insuficiência placentária. Não há ainda um conceito internacionalmente aceito para definição clínica de CIUR, nem tratamentos que mostraram-se eficazes, sendo o grande desafio decidir pelo momento ideal do parto.

Email: vanessa.carazza@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

CRISES CONVULSIVAS EM PACIENTE COM SÍNDROME DA URINA DO XAROPE DE BORDO (LEUCINOSE)

Aline Ferreira Freitas; Thaissa Matias Diniz; Isabela Cristina Naves Lucas; Sandra Maximiano de Oliveira; Josenilson Antônio da Silva; Mariana Matias Diniz Brito

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O objetivo desse presente estudo é realçar a importância do diagnóstico precoce e intervenção adequada em crianças com leucinoze e descompensação metabólica para evitar deterioração neurológica e reduzir a taxa de hospitalização desses pacientes.

Descrição do caso: GFS, 6 anos, diagnóstico de Leucinoze há 3 anos com perda visual e da fala com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Em uso de fenobarbital e dieta hipoprotéica. Admitido após 2 crises convulsivastônico-clônicas que continuou na internação (10 episódios) e episódios eméticos em borra de café. Evoluiu com desidratação, acidose metabólica grave (pH de 6,8 e HCO₃ de 2) e coma sendo encaminhado à UTI pediátrica. Após infusão rápida de SF 0,9% e 2 reposições de bicarbonato, houve melhora da acidose e da desidratação. Apresentou ainda hipocalcemia, hipocalemia e hipofosfatemia. Na radiografia de tórax havia opacidade em pulmão esquerdo sendo iniciado cefepime. Evoluiu com melhora clínica gradativa sem necessidade de ventilação mecânica ou drogas vasoativas. Alta médica com boa saturação em ar ambiente, estável e vigil, dieta por sonda entérica, fenobarbital, fenitoína e omeprazol.

Discussão: A prevalência da Leucinoze é de 1:100.000 no mundo, sendo mais comum quando há consaguinidade. O defeito enzimático que caracteriza a Leucinoze resulta em acúmulo de alfacetoácidos ramificados e aminoácidos em tecidos corporais. Sem tratamento precoce podem ocorrer danos neurológicos e descompensações em situações de estresse catabólico como a pneumonia relatada. As convulsões parecem ser causadas pelas altas concentrações de alfa-cetoisovalérico. Cerca de 1/5 dos pacientes vão a óbito no decurso de complicações agudas precipitadas por infecções. O edema cerebral pode ocorrer nas descompensações metabólicas sendo fatal se ocorrer herniação transtentorial. Outras complicações como hipertensão intracraniana, pancreatite, alterações epiteliais da córnea e dermatites eruptivas são relacionadas ao mau controle metabólico.

Conclusão: O diagnóstico precoce é fundamental para o prognóstico, pois a rápida intervenção impede a deterioração neurológica. Na descompensação cetoadicótica, o tratamento é imediato com suspensão do aporte protéico, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e acidose metabólica, além de antibioticoterapia na suspeita de infecção. O equilíbrio entre as necessidades e a toxicidade deve constituir o princípio mais importante do tratamento já que o risco de descompensação metabólica é alto nesses doentes.

Email: alineff2812@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

CUIDADOS COM A PELE ADOTADOS POR GESTANTES DO MUNICÍPIO DE BURITIS-MG

Raphaele Camargo Leite Pereira; Octavio Magalhães do Vabo Neto; Ederval Leite Pereira Filho; Wanessa Sobral Coutinho; Débora Louise Lopes da Costa; Rosemary de Nazaré G. O. Vabo

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever os cuidados com a pele adotados por mulheres no período gestacional, no município de Buritis-MG. Além de identificar a adequação das práticas utilizadas.

Material e métodos: Estudo realizado no Município de Buritis-MG, de Junho a dezembro de 2011. Foram pesquisadas 150 gestantes. Os critérios de inclusão foram idade > 18 anos, IG \geq 12 semanas e ausência de patologias dermatológicas prévias. Foi utilizado formulário composto por: caracterização da população, estilo de vida, cuidados com pele e cabelos e autopercepção sobre cuidados com a pele. As variáveis consideradas para estilo de vida foram: exposição solar regular no período das 10 às 16 horas e tempo de exposição. Para cuidados com a pele e cabelos: frequência da higiene corporal, temperatura da água no banho e tempo gasto, tipo de sabonete, frequência da higiene dos cabelos, tipo de produto utilizado, hidratação tópica facial e corporal, tipo de produto utilizado, frequência do uso do protetor solar.

Discussão: Foram estudadas 150 gestantes, idade entre 18 e 38 anos; 58% com ensino médio incompleto e 2% analfabetas. 52% referiram renda familiar < 3 salários. 46% IG no 2º trimestre e 54% no 3º trimestre. 56% referem exposição solar regular das 10 às 16 horas sendo 35% < a 2 horas e 3% > a 5 horas. Em relação aos banhos, 64% referem frequência igual a 2 vezes ao dia e 2% > a 3; 20% utiliza água morna, e 4% muito quente; 74% gastam de 5- 10 minutos e 10% > a 20. 97% utilizam sabonete em barra e 65% empregam buchas e esponjas. 45% higienizam os cabelos diariamente, 53% em dias alternados. 100% utilizam xampu e condicionador normais. A respeito da hidratação facial 25% utilizavam cosméticos de perfumaria diariamente, 3% produto prescrito por dermatologia, 72% faziam irregular ou não faziam. 60% hidratavam o corpo com cremes comuns diariamente, 5% com indicação de dermatologista e 35% não o faziam. 35% utilizam protetor solar fator 30, 1 vez ao dia; 65% não o utilizavam.

Conclusão: Os resultados evidenciaram a importância da inclusão da abordagem sobre os cuidados com a pele nas consultas pré-natal. Cabe a equipe de saúde comprometer-se em manter ou maximizar o nível de bem-estar das gestantes, atendendo às necessidades de saúde e evitando tratamentos posteriormente mais intervencionistas.

Email: raphamilk@yahoo.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

DEFICIÊNCIA DE ALFA1-ANTRIPSINA: RELATO DE CASO.

Rafaella Pestana Guimarães; Natália Goulart Alves de Mello; Miguel França Costa; Luciana F. V. Monte

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Este trabalho tem a finalidade de descrever um caso de deficiência de alfa1-antitripsina (AAT) e seu acompanhamento clínico culminado em cirrose hepática e esplenomegalia.

Descrição do caso: M.M, masculino, 10 anos, natural da PB, no DF há 8 anos. HDA: Paciente icterico e com volume abdominal aumentado ao nascimento, associado a colúria e acolia. Nega tratamento. Persistência do quadro até o primeiro ano. Diagnóstico de hepatopatia crônica há 8 anos, com indicação para transplante hepático. Há 7 anos apresentou quadro de epistaxe e anasarca. Foi feito diagnóstico de deficiência de AAT e cirrose hepática. Paciente evoluiu com ascite, esplenomegalia, varizes esofágicas e hemorroidas, culminando em repetidas internações. HF: Mãe com deficiência de AAT, assintomática. Pai e irmã hígidos, não testados. Ao exame físico, apresentou-se icterico (3+/4), com bateamento digital em mãos e pés. Tórax em sino e presença de tiragem, abdome globoso com baço palpável até região periumbilical e lobo direito do fígado palpável em linha média, pétrico e nodular. Semicírculo de Skoda positivo.

Discussão: As variantes da deficiência de ATT são classificadas de acordo com o fenótipo, sendo PiZZ o mais associado a doença hepática. Acontecem alterações na proteína, impedindo sua secreção e fazendo com que fique retida no hepatócito. Tal acúmulo é tóxico e irá gerar hepatopatia. Portadores da deficiência de AAT podem apresentar colestase neonatal prolongada. No caso, foi relatado icterícia, acolia e colúria no primeiro ano. A hepatopatia descrita encontra-se em estado avançado. O paciente apresenta cirrose e insuficiência hepática, que explicam os outros sintomas associados, como varizes esofágicas, hemorroidas e anasarca, além da exuberante esplenomegalia. O transplante hepático é recomendado nas formas mais graves de hepatopatia, no entanto, deve ser realizado antes do paciente atingir a insuficiência hepática franca. O atraso fez com que desenvolvessem-se outras complicações.

Conclusão: Para diminuir a morbi-mortalidade ocasionada pela doença é de grande importância o diagnóstico precoce, e uma abordagem e controle efetivos a fim de controlar as intercorrências e evitar as complicações. Desse modo pretende-se aumentar a qualidade e a expectativa de vida do paciente, visto que a deficiência tem um carácter progressivo podendo causar fálência hepática, enfisema pulmonar precoce e morte.

Email: rafaellapestana@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

DEPRESSÃO EM IDOSOS, A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE

Danielle C. Santos Ferreira; Clayton Franco Moraes; Isabela Rita de Carvalho Cunha; Marcos Dumont Bonfim Santos; Carolina Tavares de Lima; Hugo Henrique Alves Ferreira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O escopo desse trabalho é mostrar, por meio de revisão de literatura, o aumento dos casos da depressão no idoso, como é feito diagnóstico nos ambulatorios, quais as medidas avaliativas e os principais tratamentos propostos.

Metodologia e fonte de dados: Foi realizada busca para revisão de literatura correspondente à depressão e sua relação com o idoso sendo utilizados materiais coletados no MEDLINE, PUBMED, LILACS e SCIELO, além de livros texto referentes à psiquiatria, geriatria e clínica médica.

Discussão: A depressão é considerada o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e atividades cotidianas, atingindo 121 milhões de pessoas/ano e acarretando 850 mil mortes/ano (OMS, 2002). A depressão maior é definida como um estado de humor deprimido diário que perdure por um período mínimo de 2 semanas (Harrison, 2008). Existem 2 principais critérios diagnósticos para depressão: CID-10 e DSM-IV, que se assemelham, mas suas classificações são distintas. A prevalência de depressão no idoso varia de 4,7- 36,8%, na proporção de 2 mulheres para cada homem, é mais comum em doentes institucionalizados (antigos asilos). A afecção acarreta aumento da mortalidade e uso dos serviços de saúde, maior comprometimento físico, social e funcional. Para o diagnóstico são necessários: anamnese detalhada, exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuroimagem. São muito utilizadas nos consultórios: escalas de avaliação para identificação e rastreamento de depressão maior, e escala de depressão geriátrica versão reduzida (EGD, Yesavage). Para o tratamento é necessário avaliar: doenças já existentes, interações medicamentosas e incentivar: participação ativa da família, valorização da autonomia e perspectiva de vida, auxílio psicológico, inserção em atividades específicas para idade, além de algumas medicações.

Conclusão: É de suma importância a caracterização da depressão no idoso e quais as consequências geradas por tal afecção. O diagnóstico feito precocemente com uma anamnese detalhada e com escalas avaliativas efetuadas nos ambulatorios podem trazer menos dano ao paciente. O diálogo com o paciente e cuidadores é fator primordial no tratamento, pois há a necessidade de inclusão social, participação ativa na vida familiar, autonomia do idoso, além da terapêutica medicamentosa e psicoterápica.

Email: danycrismed@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

DIAGNÓSTICO DE TRISSOMIAS BASEADO EM DNA FETAL CIRCULANTE NO PLASMA MATERNO

Bruna Gabriel Heinen; Greice Campos; Rinaldo Wellerson Pereira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O trabalho tem como objetivo aprofundar o estudo sobre as técnicas de diagnóstico não invasivo que detectam a presença de DNA fetal a partir do plasma materno, evitando, assim, a realização de amniocentese e a biópsia de vilosidade coriônica, consideradas invasivas e arriscadas ao feto.

Metodologia e fonte de dados: A partir de textos sugeridos pelo orientador Rinaldo Wellerson Pereira, a pesquisa foi aprofundada com artigos da base de dados do PUBMED, nas revistas PLOS ONE, BMJ, GENETICS IN MEDICINE e PRENATAL DIAGNOSIS.

Discussão: As técnicas paradiagnósticas utilizadas atualmente para determinação de anomalias são invasivas, existindo assim um grande interesse de pesquisa em novas técnicas. O uso de DNA fetal no plasma materno tem sido de grande importância para a descoberta de aneuploidias no feto, sem riscos de aborto como ocorrem nas técnicas de amniocentese e biópsia do vilos coriônico. A técnica consiste basicamente em retirar DNA fetal de uma amostra do plasma materno através de centrifugação. Esse material genético é decodificado a partir de abordagens de sequenciamento de pequenos fragmentos. A partir disso, é possível determinar a quantidade de cromossomos e assim diagnosticar uma possível trissomia devido à alta representação de um determinado cromossoma. O sequenciamento de DNA fetal, segundo os artigos pesquisados, tem mostrado grande eficácia no diagnóstico de trissomia dos cromossomos 21, 13 e 18 que culminam nas síndromes de Down, Patau e Edwards, respectivamente. Os estudos indicam a existência de diferenças técnicas no sequenciamento desses cromossomos devido às variações quantitativas dos seus pares de base.

Conclusão: Através dessas técnicas, existe a possibilidade de determinar de forma não invasiva o cariótipo fetal e assim detectar possíveis doenças monogênicas por meio de amostra sanguínea materna. O elevado custo das técnicas de sequenciamento tem limitado seu uso, porém acredita-se que em pouco tempo haverá uma redução significativa, tendendo a ser uma técnica tão corriqueira quanto a de amniocentese.

Email: brunaheinen@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

DIANTE DA DOR DE FRIDA: REFLEXÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA

Josiane Aparecida Duarte; Armando José China Bezerra

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Já dizia William Osler: “Os estudos humanísticos são os hormônios que catalisam o pensamento e humanizam a prática médica.” Por isso, propõe-se aqui pensar, por meio de algumas obras marcantes da biografia de Frida Kahlo, o sofrimento e o papel do médico na história de vida dos seus pacientes.

Metodologia e fonte de dados: O presente trabalho foi construído a partir de uma análise relacionando o estudo de revisão bibliográfica feito da vida e obra de Frida Kahlo e da relação médico paciente. As fontes de dados utilizadas foram livros, biografias, textos literários, artigos indexados e sites de medicina e arte.

Discussão: Frida Kahlo nasceu em 1907 na cidade de Coyoacán, México. A dor, o sofrimento e, principalmente, o inconformismo nunca estiveram tão presentes quanto na história de Frida, que se tornou um grande exemplo de superação. Kahlo lutara pela vida, que, para ela, era mais importante do que qualquer dor e sofrer. Sendo protagonista de uma série de enfermidades, acidentes, lesões e operações, o que protegia Frida eram o amor e a arte. Dr. Farill também foi uma personalidade que teve importante participação no processo de recuperação de Frida. Ele é exemplo de uma relação médico-paciente que ilustra e incorpora todas as premissas da humanização. Trata-se de um cuidado baseado na confiança e no respeito, condição fundamental ao sucesso da atenção médica dada àquele ser fragilizado e carente. Além disso, é possível enxergar nessa relação mútua admiração, o que a torna mais afetiva e acolhedora. Por ser a medicina ciência e arte, a sensibilidade de quem a pratica é indispensável à relação terapêutica. Dessa forma, a formação do médico exige atributos que ampliem sua atuação de modo a capacitá-lo a uma compreensão mais ampla do paciente e de suas demandas, o que vai se expressar nas atitudes, posturas e condutas adotadas nessa relação.

Conclusão: Nem mesmo os grandes deuses da mitologia estavam livres da dor. A história de Frida é marcada por dificuldades, erros e incoerências, mas também por força, coragem determinação e amor à sua arte. Conhecer-la contribui significativamente no processo de humanização e sensibilização do profissional de saúde, visto que o desafio deste é conviver diariamente com o sofrimento e com a dor.

Email: josianeduartemed@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

DIVERTICULITE AGUDA E FÍSTULA PERIANAL: RELATO DE CASO

Ana Paula de Freitas Faria; Christiane Silveira Marinho; Cecília de Oliveira Maia; Natália Spinola Costa da Cunha; Daniele de Andrade Reckziegel; Vitorino Modesto dos Santos

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Este estudo de caso visa enfatizar a associação de diverticulite com antecedente de fistula perianal corrigida cirurgicamente. Ressalta-se, também, o papel dos exames de imagem no diagnóstico dessa condição em paciente com quadro clínico e laboratorial inespecífico.

Descrição do caso: Homem branco de 47 anos foi admitido no HFA com dor intensa localizada no hipogástrio e na fossa ilíaca esquerda há seis dias. Iniciou com desconforto abdominal difuso há 15 dias. Negou fatores desencadeantes, vômitos, febre ou alteração no ritmo intestinal. Portador de constipação crônica e antecedente de correção cirúrgica de uma fistula perianal há dois anos. Exames laboratoriais normais, exceto por aumento de VHS (65 mm/1ª hora). Estudo tomográfico do abdome revelou diverticulite aguda. Havia borramento da gordura mesentérica adjacente à porção proximal do sigmóide, além de espessamento das paredes da alça e do peritônio adjacente (Figuras). Optou-se por terapia conservadora, com ciprofloxacina e metronidazol, além de analgésicos. Melhorado, o paciente foi encaminhado ao ambulatório.

Discussão: Entre 10 e 25% dos casos, pacientes com doença diverticular apresentam diverticulite, sendo mais acometido o cólon sigmóide (95%). Destes, 25% apresentam complicações como perfuração, fistula, obstrução ou estenose. A dor no quadrante inferior esquerdo ocorre entre 93% e 100% e, usualmente, está presente por vários dias antes do diagnóstico. Febre baixa e leucocitose podem ocorrer em até 45% dos casos. A tomografia é o melhor recurso diagnóstico e seu valor preditivo positivo é de 88% na inflamação pericólica e de 100% quando há espessamento da parede cólica maior que 10 mm. Neste relato, o paciente referiu dor típica no quadrante inferior esquerdo e desconforto abdominal 15 dias antes do atendimento médico. Não apresentou febre ou leucocitose, mas a tomografia mostrou padrão habitual da diverticulite. Além disso, o paciente apresentava uma história prévia de fistula perianal.

Conclusão: A diverticulite aguda manifestou-se com dor abdominal no quadrante anteroesquerdo, sem febre, leucocitose ou vômitos. Exames de rotina mostraram hemossedimentação aumentada. Havia constipação crônica e antecedente de fistulectomia perianal; ambas as condições tem sido associadas com quadros de diverticulite. Tomografia de abdome revelou borramento da gordura mesentérica e espessamento parietal do sigmóide. Exames de imagem são importantes para confirmar diagnóstico de diverticulite.

Email: paulinha_ff1@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

DOENÇAS INFECCIOSAS COMO GATILHOS DISPARADORES DA SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE

Sandra Maximiano de Oliveira; Josenilson Antônio da Silva; Aline Ferreira Freitas; Isabella C. R. Naves Lucas; Priscila Toniolo de Oliveira; Gustavo de Paiva Costa

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Discutir infecções virais e/ou bacterianas como gatilhos disparadores da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide em indivíduos predispostos.

Metodologia e fonte de dados: Pesquisa dos termos “Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide” e “Infecção” em bases de dados indexadas (PubMed, Scielo e Lilacs), em inglês/português, sem limite de data para publicação.

Discussão: A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) é uma doença crônica autoimune, caracterizada, principalmente, por trombose arterial e/ou venosa recorrente, abortamentos de repetição e trombocitopenia. A SAAF primária ou idiopática é aquela em que os anticorpos contra os fosfolípidios de membrana surgem sem nenhuma doença subjacente e a SAAF secundária ocorre em associação a uma doença previamente existente, comumente o lúpus eritematoso sistêmico. Doenças infecciosas, com etiologia viral ou bacteriana, podem disparar o gatilho desencadeador de SAAF secundária, entre elas destacam-se o vírus da imunodeficiência humana (HIV) - 70% de casos associados -, sífilis, rubéola, sarampo, caxumba, adenovirose, hanseníase e micoplasmose. Nesses indivíduos, os anticorpos antifosfolípidos (anti-cardiolipina e anticoagulante lúpico) estão relacionados com o aparecimento da trombocitopenia, mas não com eventos trombóticos. A ocorrência de múltiplas oclusões vasculares concomitantes, com anticorpos antifosfolípidos positivos, caracteriza a SAAF catastrófica, fatal em aproximadamente 40-50% dos casos. A principal causa identificável de SAAF catastrófica é a presença de infecção. O tratamento da SAAF consiste no uso de anticoagulantes, corticosteróides e agentes imunossupressores. Terapia antibiótica deve ser prontamente estabelecida nesses pacientes frente a suspeita de infecção.

Conclusão: Diversas infecções virais e/ou bacterianas podem disparar o gatilho de produção de anticorpos antifosfolípidos patogênicos em indivíduos predispostos, levando ao desenvolvimento da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, incluindo a forma catastrófica da doença, a qual é potencialmente fatal. O tratamento agressivo com anticoagulantes, corticosteróides e antibióticos adequados é necessário para melhorar o prognóstico desses pacientes.

Email: sandramaximiano@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

DOUTOR BARRY MARSHALL E A SEDE DE SABER

Dante Escórcio Tavares Silva; Luís Henrique Jorge e Costa; Giovana Ferraz Cavalcante; Tainah de Almeida Silva

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Embora cientista internacionalmente renomado e vencedor do prêmio Nobel de Medicina, o nome de Barry Marshal é pouco associado, no meio acadêmico brasileiro, aos seus incríveis feitos como cientista e médico. Esse artigo objetiva ressaltar o enorme impacto de suas descobertas e difundir o seu legado.

Metodologia e fonte de dados: Foram pesquisados os termos “Barry Marshall” nas bases de dados online Pubmed, Scielo e ainda busca nas primeiras referências disponibilizadas em notícias em língua inglesa no site de buscas Google.

Discussão: Barry James Marshall (30/09/51), é um médico australiano, atualmente professor da disciplina de Gastroenterologia da Universidade da Austrália Ocidental, em Perth, que ganhou notoriedade ao provar que a bactéria *Helicobacter pylori* exerce papel preponderante na fisiopatologia da grande maioria das gastrites e úlceras gástricas, e que sua erradicação com o uso de antimicrobianos simples seria capaz de curar a maior parte dos portadores de tais doenças. Com a ajuda do patologista Robin Warren, com quem trabalhou desde os primeiros anos de sua carreira, Marshall trouxe à tona a teoria outrora sustentada por médicos alemães, e foi ridicularizado diversas vezes pela comunidade científica, que duvidava que uma bactéria pudesse sobreviver no inóspito suco gástrico. Em 1982, ambos publicaram os primeiros ensaios sugerindo suas suspeitas. Cansado das críticas que recebera e sem apoio para patrocinar suas pesquisas, o obstinado Marshall submeteu-se a endoscopia digestiva alta com biópsia (sem achados histopatológicos de *H. pylori*) para controle, e ingeriu o conteúdo de uma Placa de Petri com solução colonizada pela mesma bactéria, esperando que em alguns anos pudesse desenvolver uma úlcera. Para sua surpresa apenas 3 dias após o ocorrido, começou a sentir sintomas dispépticos, que evoluíram rapidamente e provaram ser em decorrência da infecção, conforme novo exame.

Conclusão: Por suas descobertas, Barry Marshall e Robin Warren receberam o prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia de 2005. O doutor Marshall, dentre outros vários prêmios, recebeu ainda o título de Doctor of Science Degree da Universidade de Oxford, em 2009. A coragem e obstinação de Marshall causaram um impacto gigantesco na vida de milhões de pacientes em todo o mundo. Ele provou que a maioria das gastrites e úlceras gástricas eram provocadas pela infecção por *H. pylori*, facilmente tratável com antibiótico.

Email: dante_escorcio@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

EFEITO DE ANESTÉSICOS LOCAIS COM E SEM VASOCONSTRITOR EM PACIENTES COM ARRITMIAS VENTRICULARES

Angelo Rossi Neto; Mariana Carneiro Figueiredo; Isadora Maria Salgado Junca; José Gabriel Rodrigues Júnior; Arnaud Macedo Filho; Osvaldo Sampaio Netto

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Esta revisão tem como objetivo demonstrar que o uso do anestésico local com ou sem vasoconstritor, em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, se respeitando a dose máxima de cada paciente, não causa efeitos clínicos deletérios para o sistema cardiovascular.

Metodologia e fonte de dados: A presente pesquisa é uma revisão de literatura na qual foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando-se as palavras "anestésicos locais" e "doenças cardiovasculares" nos indexadores MEDLINE (literatura Internacional em Ciências da saúde), PubMed e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Discussão: Inicialmente foram pré-selecionados oito artigos, dos quais cinco artigos foram potencialmente escolhidos. Cáceres et al. (2008) analisaram o uso de procaína 3% com felipressina e lidocaína 2% sem vasoconstritor em 33 pacientes com diagnóstico de doença de Chagas e 32 com doença arterial coronariana, portadores de arritmia ventricular complexa; concluíram que o efeito desses anestésicos no sistema cardiovascular não é significativo. Conrado et al. (2007) analisaram 54 pacientes com coronariopatias em exodontias, utilizando para isso mepivacaína 2% com epinefrina e mepivacaína 3% sem epinefrina, e evidenciou que não implica em riscos para pacientes coronariopatas. Meechan et al. (2002) realizou um estudo com 20 pacientes portadores de transplante cardíaco em cirurgias gengivais, analisando o uso de lidocaína 2% com epinefrina 1:80000 ou prilocaína 3% com felipressina; nesse estudo não foi constatado nenhuma alteração de ECG. Neves et al. (2007) analisaram 62 pacientes coronariopatas com idades entre 39-80 anos ao serem administrados lidocaína 2% com epinefrina 1:100000 e lidocaína sem epinefrina; não evidenciando alterações na frequência cardíaca e pressão arterial. Em seu estudo, Palma et al. (2005), demonstrou que o uso de lidocaína 2% sem vasoconstritor em pacientes normotensos ou hipertensos, gerou quadros de aumento da pressão arterial.

Conclusão: Em relação a sua utilidade no âmbito odontológico, os anestésicos locais são utilizados geralmente em doses baixas e apresentam efeitos adversos mínimos. O uso de anestésicos locais com vasoconstritores não é contra-indicado em pacientes com hipertensão ou cardiopatias, desde de que estejam compensados. De acordo com artigos consultados, não se tem comprovação de que o uso de anestésicos locais em pacientes com cardiopatias ou normais pode levar a alterações cardiovasculares.

Email: angelorossineto@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

EFEITOS AMBIENTAIS E NUTRICIONAIS NA REGULAÇÃO EPIGENÉTICA DE GENES.

Nayara Soares; Brunna Cintra; Rinaldo Pereira

Instituição: Universidade Católica e Brasília

Objetivo: O objetivo deste trabalho é orientar os estudantes de medicina para a importância do conhecimento da Epigenética. Além disso, apresentar os efeitos do meio ambiente, da idade e da nutrição sob a transcrição dos genes.

Metodologia e fonte de dados: O conhecimento sobre Epigenética foi apresentado para nós por meio das aulas de Genética, do Professor Rinaldo Wellerson Pereira. O interesse foi grande e surgiu a idéia da apresentação deste trabalho. Procuramos nos sites da Bireme, MEDLINE e SciELO artigos sobre o assunto, a partir de pesquisa das palavras Epigenetic, Nutrition e Environment.

Discussão: Epigenética é um termo usado para se referir à manutenção da expressão gênica, diferentes tipos de stress ambiental podem influenciar nos mecanismos epigenéticos sendo que a modificação epigenética no DNA e na cromatina é o link entre genótipo e fenótipo. Múltiplos fatores estão envolvidos na manutenção de características epigenéticas, estudos em gêmeos monozigóticos indicam que há acúmulo de mudanças epigenéticas pela vida, isso talvez influencie a expressão gênica e conseqüentemente o fenótipo. Outros estudos indicam que eventos estocásticos e o ambiente talvez perturbem o estado de epigenética dos genes incluindo os genes gravados - genes gravados são um exemplo de regulação epigenética desde que na mesma célula um dos dois alelos é estavelmente reprimido por modificações epigenéticas enquanto que o outro alelo é mantido em estado ativo. Em diversos estudos populacionais, foi mostrado que a condição nutricional de avós pode ter conseqüências fenóticas em seus netos. Esses efeitos de trans-gerações não são ainda explicados por mutações genéticas, e pode ainda, ser relatado por herança epigenética. O desenvolvimento uterino é essencial para correto estabelecimento e manutenção das características epigenéticas. Quando células embriológicas e embriões são transferidos para um ambiente artificial, características epigenéticas podem se alterar gerando aberrações fenóticas.

Conclusão: Os estudos de como o ambiente influencia o estabelecimento e manutenção da epigenética no estado de regulação dos genes ainda está no começo, mas claramente a constituição genética de regiões específicas de genes influencia fortemente o jeito como elas estão organizadas. Estudos já mostraram a influência da epigenética na saúde do indivíduo, e é por isso que mais desse conhecimento deve ser aprendido pelos acadêmicos das áreas de saúde.

Email: nayssoares@yahoo.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ENDOCARDITE INFECCIOSA: RELATO DE CASO.

Bárbara Vieira Carneiro; Rosana de Paula Laurindo; Hélio Henrique Medeiros Pires; Thiago Taya Kobayashi; Kenio Dias Botelho

Instituição: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Objetivo: Apresentar um caso de endocardite infecciosa, a fim de discutir seus aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Trata-se de uma condição que vem alterando sua epidemiologia e atingindo, cada vez mais, pessoas idosas submetidas a procedimentos, com ou sem doença valvar prévia.

Descrição do caso: JNC, masculino, 68 anos, divorciado, suboficial, residente e procedente do Guará-DF, apresentou febre aferida (39°C) há 4 dias, no fim da tarde e à noite, acompanhada de astenia e hiporexia. Nega dispnéia, dor torácica, palpitação ou quaisquer outras queixas. Refere AVC há 14 anos; implantação de marcapasso há 4 anos e cirurgia cardíaca para troca valvar e revascularização miocárdica há 2 anos. Faz uso de losartana 25 mg (1/2 comprimido pela manhã); furosemida 40 mg (1 comprimido pela manhã); espironolactona 25 mg (1 comprimido às 16 horas); digoxina 0,25 mg (1/2 comprimido por dia); carvedilol 3,125 mg (1 comprimido de 12/12 horas); clopidogrel 75 mg (1 comprimido por dia); atorvastatina 10 mg (1 comprimido por dia). Ao exame físico PA: 110 x 80 mmHg; FC: 70 bpm; FP: 60 bpm; FR: eupneico; afebril; BEG; corado; anictérico e acianótico. ACV: RCR, 2T, BNF; sopro sistólico (6+/6+), em FM.

Discussão: Endocardite infecciosa é uma doença em que patógenos (bactérias, vírus, fungos, micobactérias e rickettsias) invadem as superfícies endocárdicas, produzindo inflamação e danos e, na maioria das vezes, acomete pessoas com anormalidades pré-existentes do sistema cardiovascular. A lesão característica é a vege tação, um coágulo de plaquetas e fibrina infectado, contendo ainda leucócitos e hemácias, que pode estar localizada em qualquer sítio do endotélio, mais freqüentemente, nas superfícies endoteliais das válvulas cardíacas e próteses valvares. Os agentes etiológicos mais comuns são o Streptococcus sp., quando consideradas as valvas nativas, e o Staphylococcus aureus para as valvas protéticas com menos de 60 dias. O diagnóstico baseia-se nos critérios de Duke, que incluem parâmetros clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos. O tratamento e profilaxia são baseados na antibioticoterapia.

Conclusão: A EI é um diagnóstico que precisa ser conhecido, devido à sua importância clínica, indicações profiláticas e prognóstico ruim, quando não tratada. Possui fatores de risco importantes, que devem ser considerados, embora venha alterando sua epidemiologia, nos últimos anos. Com a alteração do padrão socioeconômico brasileiro, a febre reumática vem perdendo sua importância como cardiopatia subjacente mais prevalente, e o prolapso mitral e as valvulopatias degenerativas vem ganhando destaque.

Email: babivc_5@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ENDOMETRIOSE VESICAL: RELATO DE CASO

Raphaele Camargo Leite Pereira; Octavio Magalhães do Vabo Neto; Ederval Leite Pereira Filho; Wanessa Sobral Coutinho; Beatriz Souza Barros; Rosemary de Nazaré G.O. Vabo

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar um caso clínico diante da magnitude e raridade da patologia, salientando clínica, diagnóstico e tratamento.

Descrição do caso: A.M.R, 28 anos, solteira, G0P0A0. Há 01 ano refere quadro cíclico de dor em hipogástrio, associada a disúria, polaciúria e hematúria; com piora dos sintomas no período menstrual. Nega uso de ACO e cirurgias prévias. À palpação abdominal, presença de tumor sólido, irregular, limites imprecisos, estendendo-se até 4 cm acima de sínfise púbica. EAS com hematúria +/4+. USG abdo minaldemonstrava bexiga de paredes espessadas com imagem tumoral projetando-se em sua luz. USG transvaginal sem alterações. TC com presença de formação heterogênea complexa (áreas císticas e sólidas) em cavidade pélvica contígua à bexiga, de limites precisos e área de necrose central. Cistoscopia revelou lesão elevada com compressão da parede póstero-superior cuja biópsia revelou tratar-se de Endometriose. Optou-se pelo tratamento análogo de GnRH, atualmente no 3º mês de uso, já apresentando melhora clínica.

Discussão: A Endometriose é uma doença multifocal caracterizada pelo implante de tecido endometrial ectópico fora da cavidade uterina. Afeta 4-15% das mulheres na menacme, sendo responsável por até 50% dos casos de infertilidade feminina. Surge frequentemente na cavidade pélvica: ovários, trompas de falópio, ligamentos útero-sacro e redondo. Raramente afeta o aparelho urinário (apenas 1% dos casos); sendo a bexiga acometida em 84% das vezes. O quadro clínico da endometriose vesical é variado, podendo apresentar-se com hematúria, dor pélvica e sintomas vesicais irritativos; com piora no período menstrual. A USG, TC, RNM e cistoscopia são métodos de imagem, que após a clínica, promovem a suspeição da patologia, porém apenas a análise anátomo-patológica confirma o diagnóstico. O tratamento pode ser clínico, cirúrgico ou combinado; variando de acordo com o estadiamento e desejo de gestação.

Conclusão: A endometriose vesical é uma manifestação rara de uma patologia comum da Ginecologia. Seu diagnóstico, sugerido pela clínica, é confirmado apenas pelo estudo anátomo-patológico. Apesar de benigna, possui capacidade de invasão de estroma adjacente e associação com lesões à distância. Assim, o atraso no diagnóstico pode ter conseqüências graves, como perda renal após extensão e envolvimento ureteral.

Email: raphamilk@yahoo.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ERRO DE CONDUTA: RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO MÉDICO

Anita de Oliveira e Souza; Raquel Nascimento Matias; Rebeca Alevato Donadon; Marina Sousa da Silva; Glycon Cardos

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar um caso de erro de conduta, onde a vaidade e a falta de bom senso foram a peça principal que norteou os acontecimentos.

Descrição do caso: Paciente jovem, menos de 35 anos, em auto-exame, detectou nódulos de mama de 2 mm, maligno. Procurou especialista que indicou quadrantectomia por se tratar de T1N0M0, não realizando quimioterapia e radioterapia. Em visita pós-operatória, foi solicitada à paciente não engravidar e suspender uso do anticoncepcional. Um ano depois, paciente engravida e após gestação, relata dores nas costas. Seu médico desconsiderou ligação com o câncer da mama e solicitou apenas exame de sangue marcador CA125 sem avaliações de imagem; receitou analgésicos que não aliviavam a dor. Esta procurou outro médico que pediu CT de tórax e abdome, mostrando metástase. Afirmando que estava curada, recusou novo tratamento e evoluiu a óbito. A família processou o médico por danos materiais, morais e perda de uma chance que a paciente teria se o protocolo mundial contra Ca de mama tivesse sido cumprido pelo médico.

Discussão: O médico é avaliado sobre três prismas: imprudência, imperícia e negligência. A negligência é o descaso de conduta; a imperícia é o desconhecimento técnico; e a imprudência é o desvio do bom senso. A negligência envolve a conduta terapêutica, clínica ou cirúrgica que deve ser bem avaliada para cada patologia que o paciente é portador. A imperícia envolve muito o conhecimento técnico, clínico ou cirúrgico onde existe a prática repetitiva e o estado de higidez do paciente para indicar a melhor conduta para cada caso e seu estágio evolutivo. A imprudência envolve conduta muito própria do profissional; a prudência na avaliação de cada doença (patologia), sua evolução, agressividade da doença e resposta do paciente. Assim o profissional médico tem que ter cautela na condução do paciente com doença grave, porque o erro de conduta tem nexos causal com a imprudência do profissional de saúde.

Conclusão: A perda de uma chance deve sempre ser avaliada e observada pelo profissional médico nos casos de patologias específicas onde o protocolo mundial e a maioria (não precisa ser unanimidade de profissionais da área) seguem; e os dados estatísticos mostram uma sobrevida maior e uma qualidade melhor das pacientes com chance de conviver por mais tempo com seus familiares e com a sociedade.

Email: anitaosouza@yahoo.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ESPINHA BÍFIDA

Paola Borges E. Canabrava; Rafaella Britto; Armando José China Bezerra

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Discutir os aspectos clínicos e embriológicos da espinha bífida, seus principais tipos, fatores de risco, diagnóstico e tratamento, expandindo, desse modo, o conhecimento sobre uma das malformações congênicas mais comuns (incidência média no mundo de 1 a 2 casos por 1000 nascimentos).

Metodologia e fonte de dados: Para elaboração desse trabalho, foi feita uma revisão de literatura sobre os aspectos embriológicos que levam à formação da espinha bífida, os aspectos clínicos associados, fatores de risco, prevenção e tratamento. Foram utilizados livros de pediatria, de embriologia e artigos indexados.

Discussão: A espinha bífida (EB) é uma anomalia congênita do sistema nervoso central (SNC). O SNC se origina do ectoderma primitivo no meio da 3ª semana pela diferenciação do tubo neural, defeitos no fechamento desse tubo afetam os tecidos sobrepostos à medula espinhal. No caso da EB, os arcos vertebrais são os afetados, há falta da fusão das metades desses arcos, ocorre classicamente na região lombar. A espinha bífida oculta consiste em um defeito dos arcos vertebrais que fica encoberto pela pele, sem protrusão da medula espinhal ou meninges, usualmente é assintomática, pode ser indicada por uma pequena depressão ou um tufo de pêlos no local. A espinha bífida cística é mais severa, ocorrendo projeção das meninges e/ou do tecido nervoso; A meningocele é formada pela herniação das meninges através do defeito dos arcos vertebrais, apresenta um saco dorsal com aspecto de cisto, em geral é associada com alterações neurológicas e disfunções no trato genito-urinário; A mielomeningocele é caracterizada pela presença de meninges e tecido nervoso no saco dorsal, seus sintomas mais comuns são: incontinência intestinal e vesical, paralisia flácida dos membros inferiores, atrofia muscular, ausência de reflexos tendíneos profundos, déficit neurológico e hidrocefalia. O tratamento é essencialmente cirúrgico. São fatores de risco: hereditariedade, falta de ingestão de ácido fólico durante a gravidez e diabetes materna.

Conclusão: A espinha bífida é uma anomalia congênita que requer atenção dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, visto que esses devem estar atentos ao diagnóstico da doença, à orientação materna sobre a prevenção, e a pesquisas sobre tratamento e inovações cirúrgicas (incluindo o tratamento in-utero) que vêm surgindo, melhorando o prognóstico dos portadores dessa patologia. Essa é uma área promissora, trazendo cada vez mais avanços à medicina.

Email: paolacanabrava@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ESQUISTOSSOMOSE AGUDA

Jovita Fernandes de Castro; Débora Louise Lopes da Costa; Juliana Sobral Coutinho

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Revisar e esclarecer a epidemiologia, fatores determinantes, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da esquistossomose aguda no Brasil.

Metodologia e fonte de dados: Estudo de revisão bibliográfica mediante busca de artigos de cunho científico, publicados entre os anos de 2002 e 2012, realizado a partir da consulta de material acessível e de caráter acadêmico. Utilizando os seguintes descritores: esquistossomose aguda; esquistossomose mansônica; Brasil; ano de publicação 2002-2012.

Excluindo estudos com animais.

Discussão: A esquistossomose é endêmica no Brasil com 4-6 milhões de pessoas infectadas. Os casos agudos evidenciam ex-pansão dessa endemia para áreas indenes e associação com ecoturismo. Na sua forma aguda acomete predominantemente pessoas sem contato prévio com o parasito, desprovidas de imunidade, que entraram em contato com água contaminada. É usualmente assintomática nos moradores de áreas endêmicas, mas pode ocorrer uma síndrome eosinofílica (febre de Katayama): febre com calafrios, astenia, mialgia, emagrecimento, cefaleia, anorexia, náusea, vômitos, diarreia, tosse seca, hepatoesplenomegalia, microadenomegalia, e dermatite cercariana, com duração média de 2-3 meses. O laboratório mostra leucocitose com hipereosinofilia, discreta elevação de aminotransferases e de bilirrubinas, além de hiperglobulinemia. O diagnóstico, dificultado pela ausência de ovos nas fezes, é realizado com sorologia ELISA (alta sensibilidade). A biópsia hepática, se realizada, revela grandes granulomas periovulares, com necrose central e intensa infiltração eosinofílica, todos em uma mesma fase de formação, achado patognomônico. O tratamento é realizado com praziquantel e oxaminique, o índice de cura é de 40-50%. São utilizados isoladamente nos pacientes assintomáticos e em associação com corticoide naqueles sintomáticos, aumentando os índices de cura, acelerando a recuperação e diminuindo a recorrência.

Conclusão: Existe um espectro amplo de manifestações clínicas da esquistossomose aguda, sendo necessário o treinamento para que médicos de diversas estejam aptos a realizar o diagnóstico. Ficou claro o turismo rural como fator de risco para esquistossomose aguda, sendo imprescindível o alerta dos turistas em áreas endêmicas.

Email: jovita_castro@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE COM DIAGNÓSTICO TARDIO: UM RELATO DE CASO.

Tainá de Carvalho Coelho; Rayana de Carvalho Coelho; Rosana de Paula Laurindo; Débora Pennafort Palma; Vanessa Barto Pfeilsticker

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar um caso clínico enfatizando a importância do diagnóstico precoce da esquizofrenia paranoide para uma abordagem terapêutica mais eficaz. Melhorando, assim, a qualidade de vida dos pacientes e familiares envolvidos no contexto deste transtorno psiquiátrico.

Descrição do caso: Paciente sempre apresentou comportamentos estranhos que não interferiam em sua vida. Mas, há dois anos foi demitido do emprego, afastou-se das pessoas, parou de ir à igreja, falava sussurrando em casa, afirmando que sofria perseguição, que as pessoas não eram confiáveis e que simulavam para que pensasse que estava louco. O quadro evoluiu, passou a se incomodar com cores de roupas e a entender os gestos das pessoas como sinais, ficando ansioso em ambientes com muita gente. Afirmava falar com personagens famosos. Na gestação de seu segundo filho, ora não sabia se o filho era seu, ora acreditava ser pai dos filhos de todas as mulheres grávidas. Passou a dormir e se alimentar mal, tornou-se triste, isolado, ansioso e confuso. Segue tratamento segundo recomendações de terapia do Ministério da Saúde, mas até então, nenhuma foi eficiente, apresentando pequena melhora apenas após internação.

Discussão: Apesar de o paciente ter conseguido um “adequado” desenvolvimento psicossocial, ou seja, conseguiu concluir os estudos, trabalhar e se casar, alguns históricos essenciais para a caracterização inicial de um quadro que posteriormente se deflagraria como uma esquizofrenia paranoide, como: isolamento social, sensação de medo e choro sem motivos aparentes e o fato de ser caracterizado por terceiros como “um pouco estranho”. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), os sintomas negativos são difíceis de avaliar porque ocorrem em uma linha contínua com a anormalidade e podem decorrer de uma variedade de outros fatores, como no caso de depressão ou da desmoralização. De fato, o caso deste paciente pode ser enquadrado neste aspecto. A ausência do diagnóstico precoce (final da adolescência, início da vida adulta) dificultou sobremaneira a abordagem terapêutica a fim de retirar o paciente da crise.

Conclusão: Salientamos a importância de diagnóstico e tratamento precoce a fim de prevenir as dificuldades que os pacientes e familiares poderiam ter, no futuro, com uma agudização do quadro e refratariedade terapêutica. Além disso, ficou evidente que, ataques mais graves, em graus mais severos e com maior frequência, podem exigir internações periódicas.

Email: tainadccoelho@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ESTENOSE PILÓRICA HIPERTRÓFICA

Amani Moura Hamidah; Giulliane Carvalho Costa; Armando Bezerra

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O presente artigo visa caracterizar a EHP como um todo, evidenciando, através de uma discussão, fatores como, epidemiologia, hipóteses acerca da patogênese, repercussões, diagnóstico e tratamento da doença.

Metodologia e fonte de dados: Trata-se de uma revisão literária realizada no ano de 2011, cujas fontes bibliográficas foram selecionadas de bases de dados conceituadas como, Scielo e PubMed, com o assunto referente a Estenose Pilórica Hipertrófica.

Discussão: A estenose hipertrófica do piloro (EHP) é uma anomalia do estômago comumente diagnosticada em lactentes menores de três ou quatro meses de idade. Ela apresenta uma incidência de 3:1.000 nascimentos e é prevalente em crianças masculinas, com proporção de 3:1 a 4:1 em comparação às crianças femininas, ocorrendo preferencialmente em primogênitos (30%). Existem várias hipóteses para explicar a sua fisiopatologia, mas a real causa ainda permanece desconhecida. Acredita-se que o fator genético apresenta significativa participação, sendo que há ocorrência de EHP de 6,9% em crianças cujos pais também foram acometidos. O diagnóstico da EHP é feito com base na história clínica e exame físico associados a exames complementares. A história clínica mostra relatos de vômitos "em jato" e não-biliosos geralmente a partir da terceira ou quarta semanas de vida. No exame físico observa-se: hiperperistalse gástrica, que ocorre geralmente após a alimentação; desidratação, magreza e apetite voraz típico, devido a diminuição da alimentação oral e dos vômitos repetidos; distensão do quadrante superior do abdome; e palpação de um tumor pilórico ou "oliva pilórica". Os exames complementares incluem as seriografias do trato gastrointestinal superior e a ultra-sonografia. O tratamento é basicamente a correção cirúrgica (pilorotomia).

Conclusão: A EHP é uma patologia com incidência significativa especialmente em crianças masculinas, primogênicas e com história familiar positiva para EHP. Desde que haja uma avaliação adequada da criança com história clínica, exame físico e exames complementares, pode-se chegar facilmente ao seu diagnóstico, descartando também diagnósticos diferenciais. O tratamento dessa patologia, que é basicamente cirúrgico, permite a cura total da criança sem maiores danos para o seu desenvolvimento.

Email: manyxinha@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ESTETOSCÓPIO: UM HISTÓRICO.

Lorene Laiane Ferreira Silva; Huberman França de Carvalho; Anderson de Azevedo Damasio; Marcela Ortega Bittar; Clayton Franco Moraes

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O estetoscópio é um instrumento utilizado por diversos profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, para amplificar sons corporais. Muito comumente utilizado e essencial no exame físico de qualquer paciente.

Metodologia e fonte de dados: Realizada pesquisa bibliográfica nos bancos de dados Medline, LILACS e SciELO, utilizando-se como palavras-chave: “história” e “estetoscópio”, e sites a evolução na histórias da medicina.

Discussão: O estetoscópio foi inventado por René Théophile Hyacinth Laennec, médico francês, ele observou duas crianças que estavam enviando sinal uma a outra através de uma madeira longa, raspando com um pino em uma extremidade e ouvindo com o ouvido pressionado na outra. Naquela época a ausculta de tórax era feita de forma direta, ou seja, contato direto do ouvido do médico com o tórax do paciente. René Laennec também utilizava esta técnica, porém em 1816, exercendo suas atividades médicas em um hospital de Paris, deparou-se com uma paciente obesa que deveria examinar, mas os costumes da época não permitiam que ele a examinasse de forma direta, pois seria uma afronta a sociedade. Laennec recordou-se das crianças que brincavam e teve a idéia de enrolar um cone de papel e aplicar uma extremidade sobre o coração e a outra a sua orelha e descobriu que os sons tornavam-se mais altos do que a ausculta direta. Inicialmente este aparelho era de papel, tornando-se posteriormente de madeira. Assim foi inventado o estetoscópio. A palavra estetoscópio vem do grego stethos = peito e skopein = exploração. Ao longo do tempo este aparelho foi melhorado, com evoluiu através dos tempos quando em 1894, Bianchi inventou o diafragma rígido, em 1925 Bowles e Sprague combinaram a campânula com o diafragma rígido e em 1955-46 Rappaport, Sprague e Groom aperfeiçoaram nos moldes atuais.

Conclusão: O estetoscópio é um dos aparelhos essenciais ao exame físico do paciente. Ele foi criado em um momento inesperado e era feito de material grosseiro, mas com o tempo foi aperfeiçoado, existindo atualmente inúmeros modelos no mercado. E contribuindo para melhor atendimento ao paciente e sendo essencial a alguns diagnósticos.

Email: lorene.silva@catolica.edu.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

EVENTOS QUE INFLUENCIARAM A DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE CARDIOVASCULAR

Rebeca Alevato Donadon; Juliana Rodrigues Beal; Mariana Carneiro Figueiredo; Isadora Maria Salgado e Juncal; Lucas Carvalho de Toledo; Osvaldo Sampaio Netto

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar os eventos históricos mundiais e no Brasil que influenciaram a diminuição da mortalidade cardiovascular a partir da segunda metade do século XX, apesar da doença cardiovascular ser a principal causa mundial de mortalidade desde o início do século XX.

Metodologia e fonte de dados: Pesquisa realizada no MEDLINE, LILACS e Google acadêmico de artigos sobre a história da cardiologia. Utilizando os indexadores cardiologia e mortalidade. Sendo revisto artigos históricos e atuais que relatam as descobertas de procedimentos e tratamentos que modificaram a conduta da cardiologia no mundo e no Brasil.

Discussão: Sabe-se que 17,3 milhões de pessoas morreram em 2008 de doenças cardiovasculares, sendo esta a principal causa de morte no Brasil. Apesar de ainda ser a principal causa de mortalidade em todo o mundo, descobertas ocorridas no último século tem diminuído a percentagem de mortalidade cardiovascular na população. Em 1929 Werner Forssman fez o primeiro cateterismo em humano, técnica aprimorada por Stones em 1958. Nesse ano também foi desenvolvido o primeiro marcapasso. No Brasil, a cardiologia como especialidade estabelece-se a partir de 1941 com o Dr. Dante Pazzanese; em 1949 e 1950 foram realizados os primeiros cateterismos no Brasil. Em 1953 Edler realizou a primeira ecocardiografia, iniciando os estudos das patologias septais. Em 1961 foi instituída a coorte de Framingham para avaliar os fatores de risco das doenças cardíacas. Em 1962 foram desenvolvidos os primeiros beta-bloqueadores. A primeira descrição de cirurgia das coronárias ocorreu em 1969 por Rene Favolaro, sendo um grande marco da queda da mortalidade cardíaca. Em 1972 foi implantado nos Estados Unidos o primeiro programa de controle da hipertensão arterial. Em 1980 foi desenvolvido o primeiro cardiodesfibrilador implantável. Programas de redução de colesterol foram implantados a partir de 1986. Na década de 1990 para tratamento da hipertensão foram desenvolvidos os inibidores da enzima de conversão de angiotensina.

Conclusão: É a partir deste cenário que os avanços da ciência e da medicina resultaram no declínio das mortes por doenças cardiovasculares na segunda metade do século XX, com uma diminuição da mortalidade cardíaca mundial de um patamar de 450 mortes para um valor próximo de 150 mortes em cada 100.000 pessoas. Apesar desses resultados, ainda representa a primeira causa de morte na população mundial e brasileira.

Email: rbcdonadon@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

EVOLUÇÃO DA HANTAVIROSE NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2001 E 2010

Amani Moura Hamidah; Dalcy de Oliveira Albuquerque Filho; Vitor Laerte Pinto Junior

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A hantavirose no Brasil, cuja manifestação é a síndrome cardiopulmonar, foi detectada em 1993, em um surto em Juitiba–SP, disseminando-se para diversos estados brasileiros. Esse estudo visa descrever a evolução da Hantavirose no Brasil entre os anos de 2001 e 2010.

Material e métodos: Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo a partir de dados secundários e levantamento bibliográfico sobre a ocorrência de Hantavirose no território Nacional. Os dados epidemiológicos foram obtidos de fontes de domínio público como boletins epidemiológicos e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação. A verificação dos óbitos por hantavirose (CID X B33.4) foi conferida na base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade. A construção de indicadores teve como denominador a estimativa da população no meio do período (2005) obtida no sítio do IBGE. Para o cálculo da incidência utilizou-se como numerador o número absoluto de casos notificados (casos incidentes) e para cálculo da letalidade foi dividido o número de óbitos por hantavirose por total de notificações no período.

Discussão: O primeiro caso de hantavirose foi detectado no ano de 1993 no estado de São Paulo, na região de Juitiba. A partir daí foram sendo detectados casos em outras unidades da federação, sendo que em 2001 as Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul já registravam casos de maneira regular. Em 2003 as Regiões Norte e Nordeste começaram a notificar casos de Hantavirose, portanto, a partir desse ano, todas as regiões já apresentavam casos da doença. A incidência da hantavirose no Brasil no período do estudo foi de 0,72 casos por 100.000 habitantes, o estado com maior incidência foi o de Mato Grosso na Região Centro Oeste com 8,49 casos por 100.000 hab. A letalidade no Brasil foi de 33,4 %.

Conclusão: A partir dos dados epidemiológicos disponíveis da hantavirose no Brasil, evidenciou-se que o número de casos notificados vem aumentando a cada ano, o que a caracteriza como uma doença emergente no nosso meio, representando problema de saúde pública. Esses dados são preocupantes tendo em vista a elevada letalidade da doença, sendo necessária a disseminação das informações sobre a melhor forma de diagnóstico e tratamento, para que haja melhora desses indicadores no Brasil.

Email: manyxinha@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

EXPOSIÇÃO MATERNA E SUA RELAÇÃO COM A LEUCEMOGÊNESE NA INFÂNCIA

Janinne Barboza Rangel; Fernanda Santarem de Oliveira; Rosa de Fátima Barboza de Alme; Samir Barboza de Almeida

Instituição: UCB

Objetivo: Evidenciar as exposições ambientais durante a gestação que possivelmente estão relacionadas com diversas mutações genéticas críticas. Essas mutações irão definir as vias da leucemogênese in útero e na infância.

Metodologia e fonte de dados: Pesquisa bibliográfica abrangendo periódicos integrados ao LILACS e MEDLINE e, para acessá-los, foram utilizados como indexadores as palavras oncologia pediátrica, câncer infantil, leucemogênese, exposição materna.

Discussão: A compreensão das vias leucemogênicas na infância tem sido melhor elucidada nos últimos anos. Parte da compreensão dessas vias está relacionada com a leucemogênese ainda in utero. A exposição ambiental a agentes nocivos que dão origem a alterações genéticas no pré-natal pode ser determinado com melhor exatidão em lactentes, uma vez que, a janela de exposição é limitada e conhecida. Vários estudos têm mostrado exposições maternas que podem dar origem a alterações leucemogênicas. A maioria dos casos de leucemia aguda infantil tem rearranjos envolvendo o gene MLL em região 11q23 e surgem no útero como confirmado por análises retrospectivas de sangue neonatal de crianças afetadas. Exposição gestacional aos produtos petrolíferos foi associado com a leucemia infantil, particularmente leucemia mielóide aguda, e rearranjo do gene MLL. O benzeno é implicado como um potencial carcinógeno dentro desta categoria de exposição. Além disso, as fusões MLL se assemelham aos encontrados na leucemia mielóide aguda secundária resultante da exposição a inibidores da topoisomerase II (topo-II). Isto levou à proposta de que a exposição inadvertida a bioquímicos semelhantes ao inibidores topo-II durante a gravidez podem estar envolvidos na causa da leucemia aguda na infância. Dada a raridade da leucemia, tem havido muito poucos estudos epidemiológicos centrados especialmente na IAL com fusões MLL

Conclusão: Um risco significativamente maior foi observado para a exposição hormonal durante a gravidez. A associação entre a exposição hormonal, antes ou durante a gravidez e o rearranjo do gene MLL, revelou uma associação em todos os períodos estudados, embora mais elevado durante o primeiro trimestre da gravidez.

Email: janinne.rosa@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

EXTROFIA VESICAL: ASPECTOS CLÍNICOS E SOCIAIS

Thiago J. C. B. Carvalho; Josiane Aparecida Duarte; Armando José China Bezerra

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A extrofia vesical é um defeito congênito raro no qual ocorre má formação da bexiga e uretra. Por ser pouco incidente, objetiva-se nesse trabalho apresentar as características clínicas, o tratamento e a adaptação social dos pacientes acometidos pela má formação congênita chamada extrofia vesical.

Metodologia e fonte de dados: Para a esse estudo, foram utilizados os resultados de busca em livros texto e em diversas bases de dados: Medline, Scielo, Lilacs, Pubmed e no portal da Capes. Como critérios de busca definiram-se as seguintes palavras chave: extrofia vesical, anomalias da bexiga urinária, doenças urológicas em crianças e má formação do sistema urogenital.

Discussão: A gravidade do quadro de extrofia vesical varia de simples epispádia a extrofia completa da cloaca envolvendo exposição do tubo digestivo posterior e da bexiga. Essa anomalia decorre, possivelmente, de falha na fusão dos tecidos da linha média da pelve durante a embriogênese. O tratamento da extrofia da bexiga deve ser iniciado ao nascimento. O fechamento da bexiga deve ser feito nas primeiras 48 horas de vida, pois nesse período verifica-se maior mobilidade dos ramos púbicos para permitir maior aproximação da sínfise púbica. Além de evitar o risco de fibrose e infecção por exposição da mucosa. Adaptar-se a essa condição é um desafio tanto para a criança quanto para seus familiares nos diversos ambientes sociais, pois ela não controla o fluxo de urina e, por isso, tem de, constantemente, submeter-se ao cateterismo para realizar o esvaziamento da bexiga, sendo necessário, em alguns casos, o acompanhamento de uma enfermeira. Não é inconstante que a dificuldade de adaptação social da criança esteja no pouco conhecimento da família e da comunidade acerca desse quadro clínico. Isso faz com que o paciente, muitas vezes, sofra preconceito e tenha vergonha de si mesmo.

Conclusão: A extrofia de bexiga é uma anomalia congênita de baixa incidência populacional e com níveis de gravidade variados, sendo mais comum no sexo masculino. Suas causas são pouco conhecidas e o tratamento é cirúrgico, com consideráveis taxas de sucesso. É fundamental destacar que a adaptação social do extrofico depende da atuação conjunta da família, da equipe de saúde e da comunidade, a qual deve estar aberta à aceitação das diferentes condições biopsicossociais de seus indivíduos.

Email: tjcbc@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

FIBRILAÇÃO ATRIAL SECUNDÁRIA AO HIPERTIREOIDISMO

Rosana de Paula Laurindo; Huberman França de Carvalho; Ana Claudia C. Nogueira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A Fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum, estando presente em 10-25% dos pacientes com hipertireoidismo. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é discorrer sobre essa relação, desde o diagnóstico até as principais linhas terapêuticas da atualidade.

Metodologia e fonte de dados: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em artigos de revisão e pesquisa indexados nas bases de dados: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Scielo, PubMed e com as palavras chave: “fibrilação atrial e hipertireoidismo” associada a “diagnóstico”, “manejo” e “tratamento” e seus correlatos em inglês, com ênfase nos últimos 3 anos. Período da pesquisa: março a abril de 2012.

Discussão: A Fibrilação Atrial (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum, ocorrendo em 1-2% da população em geral. Ela pode ser secundária a distúrbios orgânicos sistêmicos, dentre o qual se exemplifica o hipertireoidismo. Foi demonstrado que menos de 1% de novos casos de FA eram devido ao hipertireoidismo, porém ocorre em 10-25% dos pacientes com hipertireoidismo, especialmente homens e idosos. Estudos demonstram que a presença de FA nos pacientes com hipertireoidismo eleva o risco de descompensação cardíaca e de fenômenos tromboembólicos. Os hormônios tireoidianos têm ação cardioestimuladora, provocando aumento da frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e da massa e contração ventricular esquerda. Assim, seu excesso pode levar ao desenvolvimento de complicações como insuficiência cardíaca congestiva e arritmias, principalmente FA. O objetivo primário da terapêutica é a restauração do estado de eutireoidismo, que pode estar associada com a reversão espontânea do ritmo sinusal. Se o controle do ritmo é a estratégia selecionada, a função da tireoide deve ser normalizada prioritariamente a cardioversão para reduzir o risco de recorrência. A anticoagulação oral é recomendada para prevenir o embolismo sistêmico, na presença de fatores de risco para o AVE. Os betabloqueadores podem ser efetivos na tempestade tireotóxica, sendo os antagonistas do canal de cálcio não diidropiridínicos alternativa.

Conclusão: Conclui-se que há uma prevalência considerável de FA nos pacientes com hipertireoidismo. A importância do diagnóstico está principalmente no maior risco de descompensações e fenômenos tromboembólicos. O tratamento objetiva primariamente a restauração do estado eutireoidiano. A anticoagulação oral é recomendada para prevenir o embolismo sistêmico.

Email: rplaurindo@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

FISIOPATOLOGIA DA SÍNDROME VASOPLÉGICA APÓS USO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA - REVISÃO DA LITERATURA

Ronan Araújo Garcia; Sara Anieli da Costa Braz; Matheus Oliveira L. Barrio; Clayton Franco Moraes

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Nos últimos anos, temos observado o aparecimento da síndrome vasoplégica no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas com uso de circulação extracorpórea. O presente trabalho visa abordar a fisiopatologia da síndrome através de uma revisão da literatura.

Metodologia e fonte de dados: Realizou-se revisão bibliográfica utilizando os bancos de dados Medline e Cochrane, por meio das seguintes palavras-chave: vasoplegia, síndrome vasoplégica, síndrome pós-perfusão, choque vasoplégico, circulação extracorpórea, cirurgia cardíaca. Foram selecionados estudos de coorte e de qualidade, consensos, metaanálises, ensaios randomizados controlados e auditorias.

Discussão: Nos últimos anos, temos observado o aparecimento de um novo tipo de manifestação ocorrendo no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas com uso de circulação extracorpórea. É a chamada síndrome vasoplégica, que se manifesta com hipotensão, débito cardíaco normal ou aumentado, resistência vascular sistêmica diminuída e pressões de enchimento baixas, pouco ou não responsivas ao aumento da volemia por infusão de líquidos. Os efeitos sistêmicos observados na síndrome pós-perfusão resultam da resposta inflamatória sistêmica provocada pelo contato do sangue com o material empregado no circuito extracorpóreo. Há liberação de citocinas, como as interleucinas e o TNF- α , e os níveis dessas citocinas ativadas pela CEC guardam relação com o tempo de perfusão e de pinçamento aórtico; com conseqüente ativação inadequada dos mecanismos vasodilatadores e fracasso dos mecanismos vasoconstritores. Até agora três mecanismos têm sido implicados nessa síndrome: ativação dos canais de potássio ATP-sensíveis na membrana plasmática do músculo liso vascular, ativação da óxido nítrico sintetase, e deficiência do hormônio vasopressina.

Conclusão: Está evidente, que os efeitos colaterais decorrentes da CEC estão associados à liberação de mediadores químicos. Os efeitos da síndrome vasoplégica provavelmente resultam das complexas interações desses mediadores. Seu aparecimento eleva a morbidade operatória, com conseqüente aumento do risco para os pacientes. Um acurado entendimento da fisiopatologia pode proporcionar uma geração de tratamentos específicos.

Email: ronan_garcia@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

GEMELARIDADE

Camila Temporim de Alencar; Armando Bezerra; Ana Cristina Neves; Ana Rosa Costa Melo; Raphaela Mendes Moreira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar assuntos relacionados à gemelaridade, como a ocorrência desta, as diferenças entre gestações mono e dizigóticas, fatores de influência, anomalias e desvios de formação e riscos de gravidezes múltiplas.

Material e métodos: Para a realização do trabalho foram utilizados materiais de pesquisa como livros de Embriologia (Embriologia Clínica e Embriologia Básica, de Moore) e Anatomia (Anatomia Humana, de Van de Graaff), Artigos Científicos distintos ('Nomeação sistemática de gestações gemelares ao ultrassom' - Dra. Camila Fernanda de Oliveira Gomes; 'Gêmeos conjugados: experiência de um hospital terciário do sudeste do Brasil' - Aderson Tadeu Berezowsky; 'História natural das gestações gemelares monocoriônicas diamnióticas com e sem transfusão feto-fetal' - Cleisson Fábio Andrioli Peralta) e sites de assuntos médicos (<http://www.medcenter.com/Medscape>).

Discussão: Gêmeos monozigóticos geralmente apresentam incidência semelhante entre as diversas etnias, dessa forma a frequência de gêmeos ligados não é influenciada por fatores étnicos, hereditários, idade materna ou paridade. Acredita-se que essa anomalia ocorra devido a disjunção incompleta do blastômeros e que 70 – 90% dos casos ocorram em sexo feminino, embora em casos de gêmeos monozigóticos normais a maior incidência está no sexo masculino. A melhor forma de diagnosticar tal problema é a ultrassonografia, a ressonância nuclear magnética é importante para identificar claramente as estruturas compartilhadas e definir o prognóstico fetal. Há pesquisas que afirmam a origem de nascimentos múltiplos por meio de: uso de métodos contraceptivos hormonais utilizados a longo prazo, indução à ovulação seguida ou não de fertilização in vitro e idade materna avançada podem provocar maior incidência de gêmeos monozigóticos no primeiro caso e nos demais de dizigóticos.

Conclusão: A maioria dos casos de gêmeos coligados irão a óbito; dos quais 45% ainda intra-útero, 25% ainda nas quarenta e oito horas de vida, 30% apresentam possibilidade de sobrevivência com ou sem cirurgia – cerca de 25% desses viverão o suficiente para serem candidatos à cirurgia. Muitos países desenvolvidos permitem o aborto de fetos ligados, o que não ocorre normalmente no Brasil, pois nesse país há necessidade de se comprovar risco de morte da mãe ou caso de estupro. Essa gemelaridade imperfeita possui incidência estimada de 1:50.000 a 1:200.000 nascimentos, sendo os toracópagos e xifópagos os mais frequentes (75% dos casos). A poliovulação, devido muitas vezes ao alto nível de FSH recorrente principalmente em mulheres negras e mais velhas, é um fator de aumento para gemelaridade dizigótica.

Email: camilatemporim@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

HANSENÍASE VIRCHOWIANA COM MANIFESTAÇÃO CLÍNICA NO PERÍODO GESTACIONAL - RELATO DE CASO

Josenilson Antônio da Silva; Isabella C. R. Naves Lucas; Sandra Maximiano de Oliveira; Aline Ferreira Freitas; Raquel Ferreira; Kleyton de Carvalho Mesquita

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar episódio de hanseníase multibacilar com manifestações clínicas iniciais expressas no período gestacional e discutir sobre as possíveis causas desta associação.

Descrição do caso: Paciente feminina de 17 anos, natural do Maranhão e procedente de área rural de Goiás. Relatava há 15 meses, concomitantemente ao início da primigestação, surgimento de placas hipercrômicas infiltradas em face que disseminaram para membros superiores e coxas. As lesões mostravam hipoestesia térmica e tátil. Não havia espessamentos neurais ou infiltração de lóbulo de orelha. Associaram-se ao quadro, há 1,5 mês, febre diária não aferida e perda ponderal menor que 10% da massa corporal inicial. Há 15 dias apresentou edema de mãos e pés. Como antecedentes familiares, referia irmão com história de hanseníase tratada há 5 anos. Após suspeita de hanseníase, foi solicitada baciloscopia de linfa (pesquisa de BAAR), a qual mostrou índice baciloscópico de 4,5. Confirmado o diagnóstico de Hanseníase Multibacilar, foi instituída poliquimioterapia padrão, conforme orientações do Ministério da Saúde.

Discussão: A hanseníase é doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. O tipo virchowiano representa o pólo de baixa resistência imunológica. A gravidez e o parto têm sido associados à incidência de aparecimento dos primeiros sinais ou agravamento da hanseníase. Um estudo em área endêmica mostrou que 6% das gestantes desenvolveram manifestações clínicas contra 0,1% na população geral da mesma área. Atribuem-se o risco à diminuição da imunidade no período gestacional onde há maior chance de reações hansênicas graves. O 3º trimestre e puerpério são os períodos mais críticos, por deficiência imune celular e humoral, respectivamente. Existe um risco de prematuridade e baixo peso nas gestações sem maior incidência de abortos ou malformações congênitas. As drogas utilizadas são relativamente seguras para a mãe e o conceito. A doença não contra-indica a amamentação que deve ser incentivada.

Conclusão: A forma virchowiana representa baixa imunidade ao bacilo de Hansen, sendo a gestação um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento da doença. O 3º trimestre e puerpério são períodos de risco para as manifestações clínicas e surtos reacionais. Os obstetras, portanto, devem estar atentos às manifestações cutâneas na gestação e referenciar casos suspeitos para avaliação especializada diminuindo assim a morbidade materna e os riscos para o conceito.

Email: nilson_jas@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

HÉRNIAS DE PAREDE ABDOMINAL :UMA PROPOSTA CIRÚRGICA

Raquel Nascimento Matias; Anita de Oliveira e Souza; Marina Sousa da Silva; Rebeca Alevato Donadon; Glycon Cardoso

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Enfoque mostrando que as hérnioplastias ou herniorrafias, poderão ser realizadas em cada paciente segundo estudo pormenorizado da anatomia e condições teciduais que envolvem cada patologia.

Material e métodos: O trabalho tenta mostrar a evolução da conduta cirúrgica nestes últimos anos em que a utilização da tela na parede abdominal tornou-se rotina.

Discussão: Neste estudo tentamos mostrar que em determinados casos, quando a parede abdominal permite a plastia dos tecidos, há vantagens, evitando-se desta forma, a colocação de corpo estranho junto aos tecidos. Realizamos um número de 10 hernioplastias e 10 herniorrafias com interposição de telas, com evolução de 5 anos e observamos, que nas hernioplastias, a recuperação e a cicatrização tecidual foram mais favoráveis. Nas herniorrafias, em 3 casos, foi necessário retirar a tela (enxerto), sendo que em 2 casos foi observado uma evolução com processo inflamatório, e 1 caso, com formação de fibrose no local da incisão.

Conclusão: O método clássico de hernioplastia com recomposição dos tecidos em planos cirúrgicos, e boa homeostasia do campo cirúrgico, mostrou um resultado no pós-operatório, 100% superior à herniorrafia com interposição de tela.

Email: raqueln17@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

HIPERPROLACTINEMIA MEDICAMENTOSA

Luciana Duarte de Moraes; Rháisa Ghannam Macedo; Amanda Gabas; Thicianie Fauve A. Cavalcante; David Gonçalves de M. Filho; Clarissa Duarte de Moraes Dias

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever um caso de hiperprolactinemia medicamentosa.

Descrição do caso: Paciente de 49 anos, sexo feminino, admitida no PS do HC-UFG com insuficiência respiratória grave, necessidade de intubação orotraqueal e internação em UTI. Cerca de 2 meses após a alta da UTI, iniciou quadro de galactorréia bilateral. Paciente G3P3A0, em amenorréia há 6 meses, portadora de esclerose lateral amiotrófica. Exame físico: consciente, em ventilação mecânica e estável. Tetraparética. Galactorréia bilateral à expressão mamilar. A dosagem de prolactina mostrou resultado de 189,99 (VR: 1,2–29,93 ng/dL). Funções renal, hepática e tireoidiana normais. Estava em uso hospitalar de bromoprida, cloridrato de tramadol e trazodona, que foram então suspensos. Valores dosados após suspensão dos medicamentos: PRL de 18,53 ng/dL (no 3º dia) e 10,09 ng/dL (8º dia); estradiol <10 pg/mL (VR: <10–28 pg/mL); FSH 34,8 mUI/mL (VR: 2,58–150,53 mUI/mL) e LH 5,87 mUI/mL (VR: 10,39–64,57 mUI/mL).

Discussão: A prolactina (PRL) é produzida pela hipófise anterior. O hipotálamo exerce influência predominantemente inibitória sobre a secreção da PRL através dos fatores inibitórios hipotalâmicos, dentre os quais, a dopamina é o principal. Os fatores estimulatórios hipotalâmicos exercem um papel secundário sobre a PRL. Algumas drogas interferem nos fatores citados, podendo causar aumento das concentrações de PRL. O uso de drogas representa a causa mais frequente de hiperprolactinemia não-fisiológica. Em geral, os níveis de PRL não ultrapassam 100 ng/dL, porém algumas drogas, como a bromoprida, representam exceções. Foi solicitada avaliação do eixo gonadal devido à paciente estar em amenorréia há 6 meses e, possivelmente, na perimenopausa. O valor alto de FSH favorece essa hipótese, já que altos níveis de PRL inibem as gonadotrofinas.

Conclusão: Antes de se prosseguir à avaliação de causas patológicas de hiperprolactinemia, deve-se investigar o uso de medicações, haja vista sua frequência relativamente alta dentre as causas de hiperprolactinemia.

Email: lulu_duarte@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

HIPÓCRATES, O PAI DA MEDICINA

Ana Cristina Neves; Armando José China Bezerra

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar a vida de Hipócrates, com aspectos relacionados à sua contribuição na Medicina, seu Juramento e suas obras importantes.

Material e métodos: Para a realização do trabalho foram utilizados materiais de pesquisa como sites diversos e a leitura do livro "A Ciência Grega" de Benjamin Farrington, onde muito se discute sobre a vida de Hipócrates e a Medicina Hipocrática.

Discussão: A partir das pesquisas realizadas e do conhecimento acerca da vida do grego Hipócrates, podemos observar que este foi parte fundamental da Medicina como conhecida atualmente, com grande influência nas áreas da anatomia e da humanização da relação médico-paciente. A partir do desenvolvimento de técnicas, princípios e doutrinas, Hipócrates propunha tratamentos considerados, hoje, muito a frente de seu tempo. O Pai da Medicina teve notável participação na literatura médica, pois escreveu obras que difundiram suas idéias e seus princípios médicos. Uma das principais obras de Hipócrates foi o Juramento de Hipócrates que, ainda hoje é questionável sua verdadeira autoria. Apesar disso, sabe-se que o Juramento muito se influencia nos legados deixados por esse brilhante médico.

Conclusão: Conclui-se das pesquisas que Hipócrates teve participação essencial na Medicina como é hoje, com contribuições importantes em diversas áreas do conhecimento. A anatomia, fundamental para entendimento dos mecanismos do corpo humano, foi muito estudada e, principalmente, relatada e escrita por Hipócrates. Têm-se, hoje em dia, grande respeito por esse ícone da Área Médica.

Email: crispsneves@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

HIPOTENSÃO INTRACRANIANA ESPONTÂNEA POR FÍSTULA LIQUÓRICA

Ana Paula Lottici de Brito; Amanda Almeida Albuquerque; Luciano Talma Ferreira

Instituição: UCB

Objetivo: Hipotensão liquórica (HL) ou Hipotensão intracraniana espontânea consiste em um quadro raramente descrito na literatura, principalmente não tendo aparente relação com traumas. O seguinte caso relata a associação de fistula liquórica e protrusão discoide, sendo essa a causa de uma HL.

Descrição do caso: C.F.S, feminino, 32 anos, procurou atendimento por apresentar cefaleia holocraniana, atenuada ao decúbito e agravada na posição ortostática, rigidez nucal e vômitos. Ao exame físico estava consciente e orientada, com Escala de Coma de Glasgow de 15. Ausência de sinais meningorradiculares. Marcha com extrema dificuldade. Foram realizadas uma ressonância magnética e uma tomografia computadorizada de crânio, que evidenciou espessamento de dura-mater adjacente ao forame magno e aumento da densidade ao redor das folias cerebelares. Ao ser realizada uma punção liquórica diagnosticou-se a HL, sendo a pressão de abertura próxima a zero. Após a realização de uma cisternocintilografia foram diagnosticadas também fistulas liquóricas na coluna lombar, sendo mais evidentes à direita. Paciente cursou ainda com paresia e plegia em região sacral e membros inferiores.

Discussão: Casos de HL sem nenhum trauma pregresso ou histórico de herniações cervico-torácicas são raramente descritos na literatura. A HL pode decorrer da diminuição na produção de líquido pelo plexo coróide, aumento na reabsorção do líquido ou vazamento do mesmo por alguma abertura. Nesse relato apresentamos um caso de paciente admitida com queixas comuns a HL e a outras afecções do sistema nervoso central. Outras doenças podem cursar com sintomas similares e, nesse caso, precisam ser descartadas, exemplo: meningite, trombose de seio sagital superior e microadenomas hipofisários. O tratamento possível nesse caso seria o repouso restrito ao leito e reposição volêmica oral ou intravenosa. Se esse tratamento falhar, realiza-se o procedimento de tampão sanguíneo peridural, e em último caso, recorre-se ao reparo cirúrgico para o fechamento da fistula.

Conclusão: O caso tem relevância por trata-se de uma associação incomum de eventos neurológicos. Ressalta-se a espontaneidade dos achados, não tendo nenhum trauma pregresso que fale a favor de uma fistula não-idiopática. Ainda é importante salientar que o exame físico desse quadro clínico é habitualmente normal, por isso a importância de se realizar os exames complementares para um diagnóstico concreto.

Email: paula_lottici@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

HOLIDAY HEART SYNDROME - SÍNDROME DA ARRITMIA DO PÓS-FERIADO

Giovana Ferraz Cavalcanti; Luis Henrique Jorge e Costa; Dante Escórcio Tavares Silva; Danielle F. L. Raulino de Souza; Tainah De Almeida Silva

Instituição: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Objetivo: Trazer ao conhecimento da comunidade acadêmica, médica e leiga, a "Holiday Heart Syndrome", também chamada de Síndrome da Arritmia do Pós-feriado, que tipicamente acomete aos finais de semana e que cursa com a relação entre bebidas alcóolicas e taquiarritmias, sendo a mais comum a fibrilação atrial

Metodologia e fonte de dados: Esta revisão de literatura foi baseada em um levantamento bibliográfico, utilizando-se as palavras-chaves: "síndrome da arritmia pós feriado" e "holiday heart", nos indexadores: MEDLINE (literatura internacional em ciência da saúde), PubMed, LILACS, SCIELO (Scientific Electronic Library Online), dissertações e teses no período de 1970 a 2012, em línguas portuguesa e inglesa.

Discussão: A "Holiday Heart Syndrome" ou síndrome da arritmia pós-feriado típica dos finais de semana, tem por característica uma desordem no ritmo cardíaco (a mais comum relatada é a fibrilação atrial), secundária à ingestão aguda de álcool. Entretanto, o mecanismo exato que vincula o consumo de álcool com as arritmias ainda não está completamente elucidado. O álcool pode afetar o coração de diversas formas: ele pode aumentar a secreção de epinefrina e norepinefrina; o acetaldeído pode lentificar a condução cardíaca; pode alterar o pH intracelular, levando à acidose ou alcalose; etc. Pacientes que excedem 6 drinks por dia tem risco duas vezes maior de ter o acometimento cardíaco do que um paciente que consuma menos que um drink por dia. O sintoma mais comum é a palpitação, que pode ser intermitente ou persistente, podendo ter também, angina, dispnéia e síncope. O eletrocardiograma é o exame para diagnóstico padrão ouro. O quadro costuma ter resolução espontânea dentro de 6 a 12 horas. Pacientes com taquiarritmia sustentada e excessiva são monitorados pelo eletrocardiograma e medicados com bloqueadores do nó atrioventricular, por exemplo: beta-bloqueador, verapamil, diltiazem etc. Caso a fibrilação atrial dure mais que 24-48 horas, a cardioversão e anticoagulação devem ser consideradas. O uso do álcool é contra-indicado. O prognóstico depende da existência de doenças cardíacas de base.

Conclusão: A "Holiday Heart Syndrome" trata-se de uma taquiarritmia, principalmente a fibrilação atrial, desencadeada por ingestão de álcool. Quanto maior a idade, maior o risco. O mecanismo exato da patologia ainda não é completamente compreendido, mas é sabido que o álcool pode afetar de diversas maneiras a fisiologia cardíaca. O prognóstico depende de eventuais doenças de base do paciente. O uso, por longo tempo, de álcool, aumenta o risco de cardiomiopatia e hepatopatia crônica.

Email: giocavalcanti@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

I CASTRATI: OS CANTORES CASTRADOS

Camila Dias Rodrigues; Marcus Vinícius Silva Ferreira; Armando José China Bezerra

Instituição:

Objetivo: Após discussão sobre o tema durante a disciplina cursada, História da Medicina, procuramos aprofundar o estudo sobre os cantores castrados em sua origem, história, principais expoentes e declínio, buscando a explicação anatômico-fisiológica por trás de seu encanto.

Metodologia e fonte de dados: Este estudo foi baseado em pesquisa livre a cerca da literatura sobre o tema, com foco no documentário da BBC, Castrato. Além deste, foram utilizados artigos extraídos do portal Pubmed, do livro "Medicando com Arte" do co-autor Armando Bezerra e poucas informações presentes em sites não-acadêmicos de cunho geral.

Discussão: Durante os séculos XVII, XVIII e XIX as mulheres eram proibidas de cantar nas igrejas e nos teatros. As notas altas e o timbre angelical eram cantados por crianças. Porém, conforme os jovens meninos passavam pela puberdade, suas pregas vocais engrossavam e suas vozes ficavam mais graves. A solução encontrada foi a castração desses meninos entre sete e doze anos de idade, permitindo que o homem desenvolvido permanecesse com voz de criança. Surge, assim, na história da música e da Medicina, os cantores castrados. Estes eram capazes de emitir e sustentar sons agudos e contínuos por período prolongado. Para isso contavam com variações anatômicas ocasionadas pela falta de testosterona em níveis normais, entre elas: caixa torácica ampla – a testosterona está envolvida no processo de fusão das lâminas epifisais de ossos longos, como as costelas – e capacidade pulmonar aumentada. Dentre os grandes nomes de cantores castrados estão: Carlo Maria Michelangelo NicolaBroschi, o famoso Farinelli: mais famoso e bem pago cantor de ópera; Gaetano Majoano, o Caffarelli, um dos poucos casos relatados em que a criança, apaixonada pela música, pede para ser castrada; Alessandro Moreschi, único a deixar gravações (registro do canto dos castrati). Os cantores castrados foram gradualmente substituídos por tenores e cantoras e desapareceram completamente com a morte de Alessandro Moreschi, em 1922.

Conclusão: Os cantores castrados surgiram nas Igrejas, mas deixaram verdadeiramente sua marca nas óperas. Causavam grande encantamento sobre a platéia, que se envolvia pela voz aguda, porém firme e forte desses cantores. Estima-se que 100.000 meninos tenham sido castrados em nome da música, mas em 1870 a castração infantil com fins artísticos foi proibida. Os castrati desapareceram, mas a magnificência de suas vozes ecoam até os dias de hoje.

Email: mila_dias04@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

ICTERÍCIA NEONATAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Marcos Dumont Bonfim Santos; Fernanda Salustiano C. Rocha; Carolina Tavares de Lima; Danielle Cristina F. Santos; Hugo Henrique Alves Ferreira; Isabela Rita Carvalho e Cunha

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Definir o que é a icterícia neonatal e qual o seu quadro clínico. Descrever quais são os exames laboratoriais necessários na investigação etiológica, assim como quais as opções de tratamento existentes.

Metodologia e fonte de dados: O trabalho consiste na revisão de artigos publicados na base de dados Pubmed e Scielo, de capítulos do Nelson- Tratado de Pediatria e do Nelson- Princípios da Pediatria, e em protocolos do Ministério da Saúde (MS) publicados no Guia para profissionais de Saúde em 2011.

Discussão: A icterícia é um problema frequente do período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. É caracterizada pela cor amarelada devido ao aumento da bilirrubina indireta (BI), a qual é apolar e lipossolúvel na pele. O primeiro passo na conduta é a investigação da etiologia da hiperbilirrubinemia indireta. Sabe-se que a icterícia fisiológica caracteriza-se pelo aumento de bilirrubina total (BT) sérica após o nascimento, com um pico ao redor do terceiro dia e declínio em uma semana. A presença de icterícia antes das 24 horas de vida e valores de BT maiores que 12 mg/dl alertam para uma causa patológica. Dessa forma a avaliação clínica e os exames laboratoriais são indispensáveis. Dentre as causas destacam-se: doenças hemolíticas hereditárias ou adquiridas, coleções sanguíneas extravasculares, policitemia, deficiência ou inibição da conjugação de bilirrubina. Dentre os exames: BT e frações indiretas e diretas, hemoglobina, hematócrito, morfologia das hemácias, tipagem sanguínea da mãe e do recém-nascido, Coombs direto do cordão ou do sangue do RN, Coombs indireto, dosagem sanguínea de glicose-6-fosfato-desidrogenase e dosagem de hormônios tireoidianos. A conduta terapêutica baseia-se na fototerapia, na exsanguineotransfusão, e na imunoglobulina standard endovenosa que possuem como parâmetros níveis de BT, idade do RN e idade gestacional estabelecidos pelo MS.

Conclusão: Sendo a icterícia frequente no período neonatal, é de extrema importância que profissionais da saúde conheçam conceitos básicos sobre seu manejo. A conduta adequada diante de um quadro de icterícia, desde a sua investigação etiológica até o seu tratamento é muito valiosa, pois possibilita a prevenção de complicações piores como a encefalopatia bilirrubínica evitando dessa forma um pior prognóstico.

Email: marquinhosdumont@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO DE ITU NA INFÂNCIA

Sara Anieli da Costa Braz; Ricardo Freitas Fonseca

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O presente trabalho tem por objetivo alertar quanto à importância da abordagem da infecção urinária na infância; devido à relativa alta incidência, como também ao risco potencial que possuem para indicativo de alteração anatomo-funcional do trato urinário.

Metodologia e fonte de dados: Realizou-se revisão bibliográfica no período de 2005 a 2012, utilizando os bancos de dados Medline e Cochrane, por meio das seguintes palavras-chave: infecção urinária, criança, adolescente, diagnóstico, tratamento e mal-formações. Foram selecionados estudos de coorte e de qualidade, consensos, metaanálises, ensaios randomizados controlados e auditorias.

Discussão: A morbidade e a mortalidade das Infecções do Trato Urinário (ITU) mantém-se de maneira considerável apesar do advento de numerosos agentes antibacterianos eficazes. Essas infecções são responsáveis por aproximadamente 20% de todas as consultas pediátricas; e as ITU "crônicas" constituem uma das principais causas de insuficiência renal terminal, isto é, aqueles pacientes pediátricos que necessitarão precoce ou tardiamente de tratamentos de substituição renal (diálise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD, hemodiálise e transplante renal). Portanto, as infecções do trato urinário ocupam um destaque importante na Pediatria. E isto não só é devido à relativa alta incidência, como também ao risco potencial que representam para a função renal que pode vir a ser, irreversivelmente comprometida. A par disso, cresce, a sua importância quando na verdade, verificou-se que pouco se conhece sobre a história natural da enfermidade. E tudo torna-se ainda mais complexo quando se percebe que os quadros infecciosos, às vezes, são apenas indicativos de uma grave alteração anatomo funcional do trato urinário que, por sua vez, pode condicionar o aparecimento das infecções e perpetuar as mesmas, acabando por desencadear um quadro altamente agressivo ao parênquima renal.

Conclusão: Portanto, uma avaliação para detectar a presença de anomalias estruturais do trato urinário em pacientes com ITU é essencial. No entanto, não há um consenso sobre qual o momento de avaliação radiológica para as crianças que sofreram a primeira infecção do trato urinário, usa-se parâmetros como idade e sexo ou se investiga todas as crianças menores de 5 anos. Acreditamos ser a segunda conduta como a mais adequada. Detecta-se anormalidades radiologicamente em 40 a 50% das crianças com ITU.

Email: sara_anieli@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE EM DOR TORÁCICA AGUDA: RELATO DE CASO

Matheus Cabral Lelis Beleza; Larissa de Rezende Mikael; André Morais Alves; Rodrigo Moreira Gervásio; Valéria Tatyane de Rezende; Osvaldo Sampaio Netto

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Discutir a importância dos diagnósticos diferenciais de dor torácica aguda, a partir dos sinais e sintomas apresentados.

Descrição do caso: Paciente masculino, 51 anos, hígido, sem antecedentes de doenças cardiovasculares, com queixa de dor torácica intensa, com irradiação para o dorso e conseqüente síncope. Foi levado ao hospital, onde ficou internado para a investigação da síncope, sem nenhuma conclusão diagnóstica. Recebeu alta hospitalar e devido a persistência dos sintomas procurou o cardiologista, e após o 5º dia do evento realizou angiografia pela qual foi diagnosticado aneurisma dissecante de 1ª porção do arco aórtico e insuficiência aórtica grave. Foi internado e submetido a cirurgia reparadora de aneurisma de arco de aorta e troca de válvula, sem intercorrências.

Discussão: O diagnóstico diferencial precoce das patologias que se manifestam com dor torácica aguda é primordial entre as doenças que possuem um alto potencial de fatalidade. Entre as principais patologias associadas ao quadro de dor torácica aguda podemos destacar o infarto agudo do miocárdio, aneurisma dissecante de aorta, pericardite aguda, miocardite, pneumotórax, úlcera perforada e embolia pulmonar. O aneurisma dissecante de aorta é uma patologia com alto índice de mortalidade, principalmente nas primeiras 48 horas, chegando à 50%. Assim, seu diagnóstico deve ser feito de maneira rápida e precisa. Além disso, constitui também um problema de diagnóstico diferencial em serviço de emergência, tendo em vista a sua variedade de sinais e sintomas. Dentre eles podemos destacar dor torácica severa e intensa com irradiação, sintomas neurológicos, cardiorrespiratórios, gastrointestinais, geniturinários.

Conclusão: Sendo o tempo um fator crucial no prognóstico das dissecções, a queixa de dor torácica relatada pelo paciente em questão, deveria ter tido maior relevância sobre a síncope, durante o atendimento de emergência. Desta maneira, o médico de plantão deve lançar mão primeiramente de exames radiológicos e em seguida do estudo angiográfico, para avaliar o tipo de lesão, sua dimensão e a partir desses dados determinar a conduta.

Email: matheuscabral13@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

IMPRINTING GENÔMICO

Greice Elen de Mello Garcia; Anna Karolinne Nascimento; Robert Pogue

Instituição:

Objetivo: Abordar junto à comunidade da área de saúde sobre a importância do imprinting genômico e sua relação com os padrões de herança mendeliana, explicando minuciosamente sua definição, mecanismo e correlatas expressões na síndrome de Angelman e Prader-willi.

Metodologia e fonte de dados: A pesquisa inicial foi baseada na definição de imprinting como mecanismo epigenético normal do organismo. Porém, observou-se sua relevância médica em relação a síndromes derivadas de erros nos processos genéticos. A pesquisa é baseada em livros, contato com autoridades no assunto e artigos como fonte principal de dados além da internet como auxiliar em pesquisas rápidas e busca de casos clínicos.

Discussão: Em genética o mais estudado padrão de herança mendeliano sem dúvida é muito importante para os estudos de citogenética e análise de expressão gênica. Porém é necessário que haja conhecimento acerca de que tal padrão até pouco tempo inquestionável, agora possui estatísticas e probabilidades a violam. Como uma “rasteira epigenética”, o imprinting genômico demonstra que certos mecanismos podem surpreender a expressão fenotípica esperada em determinado ser humano. O termo epigenético acima empregado se refere a uma modificação na cromatina que isenta a possibilidade de a sequência do DNA ter sido alterada de forma que os alelos transmitidos por parte materna e paterna não foram excluídos ou desestruturados permanecendo o código genético intacto. Durante a formação embrionária, o padrão de metilação das cromatinas se altera de modo que os alelos, até certo momento conveniente, permaneçam inertes. Os genes ficam desmetilados e posteriormente todo o mecanismo de metilação deve ser minuciosamente feito com especificidade para origem materna e paterna. Esse processo é desencadeado sob o controle do Centro de Imprinting. Como mecanismo, há possibilidade de falhas e possibilidade de ocorrência de certas síndromes como a de Angelman, Prader-willi as quais a comunidade médica deve se interessar por saber suas causas e origens nas expressões gênicas.

Conclusão: conhecer a base epigenética de síndromes é o passo inicial para entender suas ações e consequências. O imprinting genômico é um mecanismo natural de inativação de genes, pois alguns se expressam sozinhos e seus alelos devem estar desativados. Além disso, essa inativação é reversível, portanto o gene pode ser reativado. As síndromes de Angelman e Prader-Willi são os dois exemplos mais bem elucidados de erros de imprinting, porém também existem as síndromes de Silver-Russel e Beckwith-Wiedemann.

Email: elengracie@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

INFECÇÃO HOSPITALAR E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Giulliane Carvalho Costa; Ana Carolina Pessôa Simões; Armando José China Bezerra

Instituição: UCB

Objetivo: As infecções hospitalares elevam as taxas de morbidade e mortalidade, o tempo de permanência hospitalar e os custos com internação e tratamento, sendo de preocupação tanto do Governo Federal quanto do CFM. Abordaremos por isso o Código de Ética e a Legislação que visam à prevenção desta afecção.

Metodologia e fonte de dados: Trabalho realizado por acadêmicas da disciplina de Deontologia sobre os aspectos éticos abordados no Código de Ética Médica e legislação vigente a respeito das infecções hospitalares.

Discussão: Infecção hospitalar é toda manifestação clínica de infecção apresentada a partir de 72 horas de internação, ou antes de 72 horas da admissão se relacionada a procedimentos realizados nesse período. Lei nº 9.431: é obrigação dos hospitais brasileiros manterem o Programa de Controle de Infecção Hospitalar que é um conjunto de ações desenvolvidas com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Para tal devem instituir as Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH). Não lavar as mãos e não utilizar materiais desinfetados são atitudes negligentes. Art. 1º, cap. III, Código de Ética Médica, é vedado ao médico: “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”. É obrigação médica facilitar o serviço sanitário. Art. 21, Cap. III, é vedado ao médico: “Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente”. O médico possui o direito de não trabalhar em condições que facilitem a infecção hospitalar. Art. IV, Cap. II, é direito do médico: “Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina”

Conclusão: É necessário, para controle das infecções hospitalares, que sejam rigorosamente seguidas as leis e resoluções éticas a cerca desse tema, levando a uma contenção dos ocorridos. Os pontos-chaves dessa ação residem na consciência dos profissionais da saúde, no investimento por parte do governo na qualidade estrutural dos centros de saúde e na instituição das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), responsáveis pela execução dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar.

Email: giulliane_carvalho@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO NA GESTAÇÃO

Sandra Maximiano de Oliveira; Isabella C. R. Naves Lucas; Thaissa Matias Diniz; Aline Ferreira Freitas; Josenilson Antônio da Silva; Mariana Matias Diniz Brito

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Discutir a associação entre gestação e infecção pelo papilomavírus humano, os fatores predisponentes e as opções terapêuticas disponíveis.

Metodologia e fonte de dados: Pesquisa dos termos “papilomavírus humano”, “condiloma acuminado” e “gestação” em bases de dados indexadas (PubMed, Scielo e Lilacs), considerando somente artigos publicados a partir do ano 2000.

Discussão: A infecção genital pelo papilomavírus humano (HPV) é a doença sexualmente transmissível (DST) mais prevalente em gestantes, independentemente da idade gestacional. As mudanças fisiológicas na genitália feminina - aumento da concentração de glicogênio e estrogênio local - e as alterações imunológicas próprias da gestação criam um ambiente propício à proliferação do HPV. O condiloma acuminado é a manifestação mais comum da infecção pelo HPV na gestação, devido à proliferação mais veloz do vírus. Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização ou pelas alterações hormonais e imunológicas. Os fatores que determinam a persistência da infecção são os tipos virais presentes, o estado imunológico e o tabagismo. No puerpério, ocorre geralmente regressão espontânea das lesões. A abordagem terapêutica de gestantes com condiloma acuminado visa à erradicação das verrugas genitais para evitar a transmissão vertical. A escolha do melhor método de tratamento depende do número e extensão das lesões e do local acometido. Agentes químicos podem causar teratogenicidade. A indicação de cesárea ocorre somente na presença de múltiplos condilomas ou grandes lesões obstrutivas do canal de parto.

Conclusão: A infecção genital pelo papilomavírus humano deve ser pesquisada na rotina pré-natal de todas as gestantes, devido à sua elevada prevalência, maior risco de desenvolvimento de lesões mais extensas nesse grupo e capacidade de transmissão ao feto. O tratamento do condiloma acuminado em gestantes exige cautela, pois os agentes químicos disponíveis podem lesar o conceito, e sua presença não constitui indicação absoluta à cirurgia cesárea.

Email: sandramaximiano@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

LENCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA EM PACIENTE COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA.

Keydson Agustine Sousa Santos; Geanna Valentte de M. Dias; Murilo Brito Luiz; Sara Anieli da Costa Braz; Jairo Martínez Zapatta; Vinícius Freitas Orsolin

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O presente trabalho objetiva relatar um caso de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP), um tema pouco lembrado na rotina médica, mas de grande importância, uma vez que a doença tem péssimo prognóstico e pode assolar as enfermarias da infectologia, bem como da neurologia.

Descrição do caso: Paciente masculino, 30 anos, HIV positivo, com baixa adesão ao tratamento, iniciou quadro de tontura e disartria, de início súbito com piora gradual nos últimos 20 dias. Associado ao quadro, apresentou borramento visual e marcha lentificada. Na admissão, o exame acusou apenas disartria e diminuição de força (Grau IV) em membros inferiores. Diante do quadro, após internação, iniciou-se investigação para neurotoxoplasmose, cujo resultado foi negativo. Solicitaram-se outras sorologias, exames de líquido e laboratoriais, que se apresentaram inalterados. Porém, apesar do caráter normal dos exames, havia progressiva piora da marcha, disfonia e disartria. Posteriormente, a ressonância nuclear magnética (RNM) de encéfalo apresentou alterações compatíveis de LMP. Atualmente, o paciente encontra-se acamado, afônico, responsivo, consciente e sem alterações dos demais sistemas.

Discussão: A leucoencefalopatia multifocal progressiva é uma doença que ocorre principalmente em imunocomprometidos de meia idade. É causada pelo vírus JC, que ataca principalmente os oligodendrócitos. Com efeito, gera áreas de intensa desmielinização cortical e poupa a substância cinzenta. Essas alterações estruturais levam à clínica insidiosa de demência, perda visual e, eventualmente, ataxia. A doença tem um curso progressivo e péssimo prognóstico. Em média, após 6 meses de doença, o paciente pode evoluir ao óbito. Por meio da clínica associada a exames de imagem, em especial a RNM, bem como pela presença de DNA viral ou anticorpos contra o vírus JC no líquido ou tecido cerebral, faz-se o diagnóstico da doença. Apesar dos esforços na busca por tratamentos efetivos, pouco se tem conhecimento a respeito de tratamentos específicos e sobretudo eficazes na diminuição da mortalidade dos portadores.

Conclusão: Conclui-se com o relato de caso que a LMP é uma doença subdiagnosticada, de clínica variável, devido ao acometimento virtualmente possível de toda a substância branca e de evolução insidiosa. O paciente apresentado teve início e evolução do quadro compatíveis com a literatura. Atualmente, não há tratamentos específicos para LMP, o que torna o prognóstico destes pacientes sombrio. Cabe salientar a necessidade de se canalizarem recursos, afim de propiciar avanços nos estudos sobre essa patologia.

Email: keydson@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

MAUS-TRATOS INFANTIS: COMO IDENTIFICAR E COMO PROCEDER.

Aline Barbosa Palmeira; Denise N. da Gama Cordeiro:

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Ilustrar e conscientizar médicos à cerca da realidade da violência infantil, bem como seus principais sinais na clínica e métodos de diagnóstico. Além disso, revelar como proceder e quais são os deveres do médico diante da situação.

Metodologia e fonte de dados: O trabalho será baseado no Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e na Adolescência, um manual escrito pela Sociedade Brasileira de Pediatria; e no Estatuto da Criança e do adolescente.

Discussão: A definição de maus-tratos é ampla e varia de acordo com as visões sócio-culturais de cada região, mas basicamente é a existência de um indivíduo superior (idade, força, inteligência, etc) que causa um dano físico, psicológico, moral ou sexual em uma criança ou adolescente contra sua vontade ou consentimento. Há alguns sinais e certos comportamentos que se observados corretamente durante um exame físico, ou anamnese, demonstram que a criança vem sendo mal-tratada, conscientemente ou não, pelo responsável. Síndromes com a de Müncheausen por procuração, em que a criança começa a inventar sintomas para ter cuidados médicos, chamam atenção do médico, para que se observe em que tipo de ambiente essa criança está inserida, e o que a motiva a adotar tal tipo de comportamento. A suspeita de maus-tratos começa na anamnese, quando histórias inconsistentes ou mal contadas dificultam a compreensão da queixa da criança, e continua no exame-físico, quando há a presença de lesões e hematomas em diferentes estágios de evolução, sugerindo que algo está perturbando a saúde da criança à um certo período de tempo. Ao suspeitar de maus-tratos, inicialmente o médico deve estabelecer um diálogo com o responsável sem acusação ou censura para o esclarecimento da situação, depois de confirmado o mau-trato, o médico deve, obrigatoriamente, notificar ao Conselho Tutelar, segundo a Lei Federal 8.069/90.

Conclusão: O estudo de sinais encontrados na anamnese, exame físico, e exames complementares ajudam os médicos a identificar maus-tratos e qual o tipo deles (físico, psicológico, sexual ou negligência), podendo, assim, seguir com uma conduta para melhorar a qualidade de vida do seu paciente. Para tal, o médico deve estar ciente de como identificar o problema e de como proceder a partir de seu reconhecimento.

Email: alinebpalmeira@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

MIOCARDITE LÚPICA: RELATO DE CASO

Larissa de Rezende Mikael; Luana de Rezende Mikael; Robson Vieira Silva Júnior; Murillo Mendes Nunes; Fernanda Bizinoto Freire; Valéria Tatyane de Rezende

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever um caso de Miocardite Lúpica com manifestações clínicas, métodos de diagnóstico e tratamento.

Descrição do caso: Paciente masculino, 28 anos, chega ao hospital queixando-se de fraqueza e falta de apetite, relata diagnóstico prévio de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), em acompanhamento com reumatologista; faz uso de Prednisona, Difosfato de Cloroquina e Azatioprina nos últimos 10 anos. Há cerca de 40 dias iniciou quadro de astenia, hiporexia, mal-estar e febre diária; refere ainda dispneia com piora progressiva. Queixa-se também de tosse com expectoração clara. O paciente procura o reumatologista e este solicita raio-x de tórax e ecocardiograma que mostrou cardiomiopatia dilatada de grau moderado com importante disfunção sistólica. Foi internado com hipótese diagnóstica de miocardite lúpica, com suspensão dos medicamentos e introduzido solumedrol, hidroxicloroquina e digoxina. No sexto dia de evolução o paciente encontrava-se assintomático, foram repetidos os exames, confirmando o diagnóstico.

Discussão: O LES é uma doença multissistêmica, de natureza autoimune, que afeta cerca de 10 mulheres para cada homem, com pico entre 15 e 45 anos de idade. É caracterizada por inflamação disseminada dos vasos sanguíneos e do tecido conjuntivo. Embora os rins sejam classicamente considerados os principais órgãos lesionados no LES, o coração e a circulação cardiopulmonar também podem ser acometidas. A apresentação clínica da miocardite lúpica vai desde situações assintomáticas, passando por quadros de insuficiência cardíaca e culminando em morte súbita. O paciente pode apresentar sinais e sintomas de ICC, taquicardia, sopros, ritmo em galope ou arritmias ventriculares. O raio-x de tórax mostra cardiomegalia, o ECG pode evidenciar arritmias, defeitos de condução, e o ecocardiograma demonstra desempenho sistólico do ventrículo esquerdo prejudicado, com alterações de mobilidade segmentar.

Conclusão: A habitual concomitância de múltiplos problemas clínicos nos pacientes lúpicos, os quais costumam apresentar simultaneamente envolvimento visceral múltiplo e infecções diversas, pode dificultar a detecção do acometimento cardíaco no LES. De todo modo, a elevada frequência de distúrbios cardíacos no LES justifica um elevado grau de suspeição para a existência de cardiopatia na rotina de avaliação de todos os pacientes com a doença.

Tipo apresentação: oral

Email: larissa.mikael@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

MODELO COMPUTACIONAL PARA A MEMÓRIA DE TRABALHO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

Thiago Borduqui; Antonio Carlos Roque; Jaime Hallak

Instituição: Universidade de São Paulo

Objetivo: Analisar a estabilidade e a relação sinal-ruído de um circuito neuronal responsável pela cognição de memória de trabalho, simulado computacionalmente, frente a alterações sinápticas atribuídas a esquizofrenia.

Material e métodos: Foi implementada uma rede neural composta de 800 neurônios excitatórios de disparo regular e 200 neurônios inibitórios de disparo rápido (modelo de Izhikevich). Os neurônios foram conectados aleatoriamente entre si. O tempo de condução axonal é de 1 ms para neurônios inibitórios e distribuído aleatoriamente, entre 1 e 20 ms, para neurônios excitatórios. Os receptores sinápticos são do tipo AMPA, NMDA e GABA_A, com suas cinéticas descritas por funções alfa. As sinapses exibem plasticidade do tipo Spike Timing Dependent Plasticity (STDP), além da plasticidade de curto prazo relacionada aos receptores NMDA. As alterações sinápticas introduzidas foram redução na condutância de NMDA e GABA_A em 4,5% e 9,0% respectivamente. A linguagem de programação utilizada foi C++.

Discussão: A redução da corrente NMDA, assim como encontrado em áreas pré-frontais e cortex cingulado de pacientes esquizofrênicos, reduz a estabilidade de estados persistentes de memória e reduz a relação sinal-ruído. Estes achados podem estar relacionados ao déficit cognitivo e sintomas negativos do transtorno. A redução simultânea da corrente NMDA e GABA_A, encontrada em áreas temporais nestes pacientes, reduzem a estabilidade tanto de estados persistentes de memória quanto de estados espontâneos e também reduzem a relação sinal-ruído, podendo explicar o aparecimento de sintomas positivos da esquizofrenia. Em estudos semelhantes estes resultados já foram obtidos e embasaram uma hipótese sobre a fisiopatologia da esquizofrenia que relaciona alterações sinápticas de áreas cerebrais específicas com a variedade de sintomas característicos da esquizofrenia.

Conclusão: Apesar de recente, a utilização de modelos computacionais na investigação de transtornos mentais pode fornecer importantes informações sobre a fisiopatologia destes transtornos. Este trabalho mostra, utilizando simulações computacionais, que alterações sinápticas encontradas em pacientes esquizofrênicos, podem explicar e relacionar uma diversidade de sintomas, positivos, negativos e cognitivos, deste transtorno.

Email: tferrari@ucb.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

MONONUCLEOSE INFECCIOSA E ICTERÍCIA - UM RELATO DE CASO

Marcela Santos Corrêa da Costa; Alessandra Maria Santos; Isadora de Carvalho Trevizoli; Vitorino Modesto Santos

Instituição: UCB

Objetivo: A Mononucleose Infecciosa (MI) apresenta manifestações agudas, geralmente benignas e é extremamente variável em termos de gravidade e duração. Este trabalho tem o objetivo de relatar o caso de um paciente com mononucleose infecciosa e icterícia franca, uma manifestação incomum da doença.

Descrição do caso: Homem, pardo, 21 anos, foi admitido no HFA apresentando quadro de febre, dor abdominal, hiporexia, cefaléia, vômitos e colúria iniciados há 3 dias. Ao exame estava icterico (2+/4+), fígado palpável a 6 cm do rebordo costal direito e espaço de traube preenchido. Também apresentava um linfonodo palpável em região submandibular esquerda, móvel, de consistência fibroelástica, de aproximadamente 2 cm. O hemograma na admissão mostrava série branca com 24% de linfócitos atípicos e plaquetopenia; e aumento das bilirrubinas totais, das transaminases e enzimas canaliculares. A sorologia para Epstein-Baar demonstrou IgM e IgG reagentes. Sorologia para dengue IgM também foi positiva. Recebeu tratamento de suporte e teve alta após 11 dias de internação com melhora do estado geral.

Discussão: Adolescentes e adultos geralmente apresentam o quadro clínico clássico da MI. O período sintomático dura, em geral, de 10 a 14 dias e cursa com cefaléia, mal-estar, mialgia, febre, adenomegalia e faringite, a maioria destes sinais e sintomas apresentados pelo paciente. No hemograma, a manifestação principal é a linfocitose. A presença de linfócitos atípicos é muito característica, embora não patognomônica. Outro achado é o aumento sérico das aminotransferases (>60% dos casos), sendo que pelo menos uma está aumentada em mais de 90%. O aumento de bilirrubinas também pode ocorrer mais raramente, e a icterícia franca só ocorre em 5% dos casos. O tratamento deve ser de suporte e com uso de sintomáticos. A sorologia para Dengue pode resultar em falso-positivo por reação cruzada com outros vírus, em especial com outros flavivírus, ou por ativação clonal das células B, que é causada pelo EBV.

Conclusão: O caso ilustra um quadro de mononucleose infecciosa em que o paciente evoluiu com aumento das bilirrubinas totais em mais de 8 mg/100ml, o que ocorre em apenas 5% dos casos. A sorologia para dengue neste paciente foi positiva, porém não é possível confirmar se o caso se trata de duas doenças concomitantes ou de um resultado falso-positivo na sorologia da dengue.

Email: marcelacosta88@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

MORTE ENCEFÁLICA E A ÉTICA MÉDICA

Camila Laiana Dias Silva; Alessandra Cerri Bertolino; Armando Jose China Bezerra

Instituição: UNIVERSIDADE CATOLICA DE BRASILIA

Objetivo: Orientar para o conceito de morte encefálica e sua implicação ética, mostrar a percepção dos médicos e familiares quanto ao tema, dando ênfase à possibilidade de transplante de órgãos e tecidos vivos.

Metodologia e fonte de dados: Trata-se de uma revisão literária. A pesquisa foi realizada de fevereiro à abril de 2012, na qual foram consultados o Código de Ética Médica e o Código de Ética do Estudante de Medicina e realizada uma busca de artigos científicos nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através das fontes Scielo, Medline e Lilacs.

Discussão: A morte encefálica é a interrupção completa e irreversível das funções neurológicas dos hemisférios cerebrais e do tronco encefálico, com a consequente incapacidade de manutenção da homeostase interna. Na década de 1960, com o início dos transplantes, o critério de morte passou a ser a morte encefálica, em vez de a parada cardíaco-respiratória. Nesse momento, começou o questionamento sobre a vida mantida por máquinas e a determinação da morte encefálica, então, ganhou um caráter mais técnico, sem maiores considerações éticas ou filosóficas. Frente a uma morte encefálica, diagnosticada por médicos, é imprescindível comunicar ao representante legal e aos familiares a situação vigente e explicá-los sobre possível doação de órgãos. Apesar de muitos não compreenderem a morte encefálica como a ausência de vida, visto que há sinais vitais mantidos por um ventilador mecânico, o responsável médico está respaldado pelo Código de Ética Médica (CEM) a suspender os suportes terapêuticos. Contudo, muitas vezes e inclusive a pedido dos familiares, é mantido o suporte ventilatório mecânico e apenas suspensa a dieta e a terapia medicamentosa.

Conclusão: A morte encefálica atualmente é condição necessária e suficiente para atestar a morte. A Resolução nº 1.826/07 diz que “é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos”, mas, é vedado ao médico “deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente” (Artigo 32, CEM/09). Sendo assim, é dever do médico o absoluto respeito pelo ser humano mesmo após a morte.

Email: camilalaiana@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

MOSAICISMO SOMÁTICO NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E RETROELEMENTOS

Hermany Aguiar Carvalho; Yuri Matheus Becker Bauer; Rinaldo Wellerson Pereira

Instituição:

Objetivo: Discutir, apresentar e mostrar a extensa presença de mosaicismos somáticos no SNC devido a aneuploidias e inserção de retroelementos, ambos como geradores de variabilidade genética com a finalidade de evidenciar a flexibilidade do cérebro, bem como as possíveis implicações somáticas e nosológicas.

Metodologia e fonte de dados: Para este trabalho foi feita revisão bibliográfica de artigos, periódicos e pesquisas produzidas em genética nos últimos dez anos.

Discussão: Costuma-se pensar que a constituição genética de células normais é idêntica no organismo, tendo-se associado composições genéticas distintas a síndromes ou a mal funcionamento celular. Surpreendentemente, foi mostrado que muitos neurônios com aneuploidias, apresentando monossomias ou mesmo trissomias de alguns cromossomos, eram funcionais e se integravam aos circuitos neuronais. Estima-se que a frequência dessas aneuploidias seja de cerca de 1.25 – 1.45% por cromossomo (com total de 30 – 35% no total) no período embrionário, ou seja, cerca de 70% das células do SNC no embrião são euploides e, o restante, apresentam alguma aneuploidia, comprovando a natureza mosaica do cérebro. As implicações somáticas e nosológicas são ainda obscuras, mas é razoável especular uma possível relação entre Alzheimer, Autismo e Esquizofrenia relacionados a elevações no número de aneuploidias e poliploidias. Os retroelementos compõem cerca de 20% do genoma de mamíferos, grande parte destes são retroincompetentes - não são capazes de criar cópias de si mesmos e inseri-las em outras regiões. Na maioria dos tecidos não há muita atividade dos retroelementos, mas em células precursoras neurais existe uma atividade considerável, o que pode indicar um papel substancial na regulação do desenvolvimento neural, diferenciação celular e formação dos circuitos neuronais.

Conclusão: Os mecanismos envolvidos na geração de mosaicismos e na inserção de retroelementos no cérebro são incertos ainda, não se conhece a relação causal dessas formas de variabilidade genética e o funcionamento cerebral nem as implicações nosológicas; contudo, a compreensão desses processos permitirá, no futuro, o estabelecimento de novas terapias para prevenir e remediar o surgimento de patologias e possibilitar uma melhor compreensão do funcionamento neural.

Email: hermanyac@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

MÚLTIPLOS TUMORES SINCRÔNICOS DO ESÔFAGO

Mariana Carvalho M. Alves; Ana Paula Lottici de Brito; Natália de Carvalho Trevizoli; Heinrich B. Kohnert Seidle

Instituição: UCB

Objetivo: Tumores sincrônicos, no trato digestivo, de linhagens celulares distintas são eventos raros, não se sabendo a incidência real, existindo apenas relato de casos. Relatamos um caso com formação de três linhagens distintas; de células colunares, células escamosas e células musculares.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 58 anos, sendo submetido à quimioterapia neoadjuvante e ressecção cirúrgica do esôfago e porção proximal do estômago por diagnóstico inicial de adenocarcinoma de junção esofagogástrica. A avaliação da peça cirúrgica revelou lesão elevada, irregular, medindo 4,0x2,6 cm, em junção esofagogástrica. A avaliação histopatológica evidenciou um adenocarcinoma mucinoso, sendo majoritariamente composto por grandes lagos mucinosos acelulares. Foram encontrados, no entanto, raros grupos de células neoplásicas viáveis, tanto nos lagos mucinosos como invadindo diretamente o estroma, compondo aproximadamente 5% do volume tumoral total (estimado). Durante a avaliação histológica foram encontrados também um papiloma invertido no epitélio escamoso adjacente e múltiplos microleiomiomas na musculatura própria subjacente ao adenocarcinoma.

Discussão: Tumores sincrônicos do trato digestivo envolvendo uma mesma linhagem celular não são incomuns, uma vez que focos diferentes do mesmo tecido podem ter sido expostos aos mesmos fatores de risco e agentes carcinogênicos, favorecendo o desenvolvimento de neoplasias com características similares. Tumores de linhagens diferentes, no entanto, são eventos raros, não sendo claro se estão biologicamente relacionados ou constituem apenas uma coincidência de eventos. Relatamos um caso de tumores de três linhagens celulares distintas (epitelial colunar maligna, epitelial escamosa benigna e muscular benigna), todos com localização próxima, mas distinta. Com base na relação espacial desses tumores, levantamos a hipótese de influência de uma linhagem sobre as outras, possivelmente por mecanismo parácrino.

Conclusão: Ressaltamos que a descoberta de dois tumores somente após a ressecção cirúrgica, indicada pelo adenocarcinoma. Embora de comportamento benigno, esse caso ressalta a importância de uma avaliação cuidadosa no processo diagnóstico para uma conduta apropriada do paciente.

Email: marianacarvalho-m@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

NEOVAGINOPLASTIA: RELATO DE CASO

Anderson de Azevedo Damasio; Marcela Ortega Bittar; Huberman França de Carvalho; Diego Fraga Rezende; Hanae de Araujo Mourão; Parizza Ramos de Leu Sampaio

Instituição: Universidade Católica de Brasília - UCB

Objetivo: Relatar a neovaginoplastia em paciente de 21 anos, evidenciando o valor do diagnóstico precoce dos distúrbios da diferenciação sexual e/ou ambiguidade genital, minimizando o impacto à saúde psicossocial que pode ser gerada ao paciente.

Descrição do caso: AAN, 21 anos, baiana, foi encaminhada ao serviço de Ginecologia do HUCB, referindo-se uma malformação da genitália externa desde o nascimento, sem diagnóstico desde então. Referia menarca aos 13 anos e ciclos menstruais regulares (30/3). Negava coitarca. Ausência de história de consanguinidade entre os pais e malformações na família. Exame físico: Presença de acne faciais e hirsutismo. Mamas M5 de Tanner. Genitália externa: Fusão dos grandes lábios, com rafe mediana, presença de pequeno orifício sugestivo de introito vaginal e hipertrofia do clitóris. Não visualizado o óstio externo da uretral, mas paciente apresenta eliminação de urina normalmente, sugerindo que o óstio externo da uretral seja infra-clitoriano. Resultado de exames sem alterações em: TSH, LH, E2, P, FSH, PRL, SDHEA e cortisol. Cariótipo 46 XX. USG abdominal total e USG pélvica: sem padrões de anormalidade.

Discussão: O desenvolvimento da genitália feminina ou masculina começa em torno da 6ª semana de gestação. Quando há excessiva exposição do feto feminino aos hormônios androgênicos ocorrem efeitos nas estruturas genitais externas similares àquelas que ocorrem em fetos masculinos normais. Além disso, as aberturas uretral e genital podem se fundir por persistência do seio urogenital. Adicionalmente, as fendas lábios escrotais se fundem parcialmente ou completamente, se a fusão for completa. A estrutura resultante é similar à bolsa escrotal. Paciente foi encaminhada ao Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) para realização da cirurgia de neovagina.

Conclusão: Paciente diagnosticada com virilização da genitália externa feminina nas primeiras semanas de vida, sendo sugestivo à persistência do seio urogenital. Logo após o diagnóstico, a paciente foi encaminhada para o HRAS (SES/GDF), submetendo-se a neovaginoplastia. Procedimento realizado em 3 etapas; a primeira realizada em julho/2011; a segunda em dezembro/2011; e terceira será realizada no mês de maio/2012.

Email: anderson.ad2@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

NEVOS MELANOCÍTICOS CONGÊNITOS E O POTENCIAL PARA MALIGNIZAÇÃO

Natália Lôbo Coelho; Gabriela Nunes Oliveira; Haline Silva Freitas; Clayton Franco Moraes

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O objetivo desta revisão de literatura é abordar um dos principais problemas relacionados com os nevos melanocíticos congênitos gigantes que é a malignização.

Metodologia e fonte de dados: Este trabalho é uma revisão de literatura médica na qual foram utilizados diversos estudos científicos em relação ao tema proposto.

Discussão: Os nevos melanocíticos são classificados em congênitos (NMc) e adquiridos (NMa). Os NMa aparecem ao longo da vida. Os NMc estão presentes desde o nascimento ou se desenvolvem na infância a partir de células nevocelulares pré-existentes. Os NMc aparecem em cerca de 1–5% dos RN, e podem ser pequenos, médios e gigantes. Enquanto os pequenos e médios são mais comuns, os gigantes, conhecidos como "calção de banho" em seu local mais típico é raro. Os principais problemas dos NMc, sobretudo o gigante são: o acometimento neurológico, as implicações do aspecto estético e a possibilidade de transformação maligna (o mais preocupante). Os NMc pequenos e médios não mostram maior risco de malignização do que a pele sã, mas é recomendado controle regular, especialmente dos que têm forma mais irregular, tamanho e cor diferentes, nódulos, ulceração ou alterações na bordas. Já os gigantes têm um risco aumentado de malignidade para melanoma (4-8%), especialmente antes dos 5 anos, e devem ser avaliados e removidos, sempre que possível. O diagnóstico precoce de um melanoma sobre um nevo gigante é difícil, devido à cor enegrecida dos dois. Outros sinais de transformação maligna, como tumor ou ulceração, são tardios e geralmente acompanhados de metástases. Com frequência é impossível a excisão completa por causa do tamanho dos nevos, e por apresentarem múltiplas lesões satélites. Nestes casos, são recomendadas revisões periódicas

Conclusão: Não há dúvida de que os NMc apresentam maior potencial para desenvolver melanoma do que os NMa, especialmente quando se lida com grandes lesões. Por isso o ideal é realizar a remoção cirúrgica antes da puberdade. O problema é que devido ao tamanho e a profundidade dos NMc gigantes nem sempre é possível realizar a remoção cirúrgica completa de algumas lesões em determinados locais anatômicos. Nesses casos é recomendado o controle ambulatorial, e excisões de qualquer lesão suspeita de malignização.

Email: natalialcoelho@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

O DESAFIO DO TRATAMENTO DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE

Jovita Fernandes de Castro; Débora Louise Lopes da Costa; Wanessa Sobral Coutinho; Raphaele Camargo Leite Pereira; Juliana Sobral Coutinho

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O presente estudo tem por objetivo revisar o conceito e diagnóstico de candidíase vulvovaginal recorrente, e descrever as atuais opções para o seu tratamento.

Metodologia e fonte de dados: Realizou-se revisão bibliográfica utilizando os bancos de dados Lilacs, IBECs, Medline, Biblioteca Cochrane e Scielo, entre os anos de 2003 a 2012, por meio das palavras-chave: candidíase vulvovaginal e candidíase vulvovaginal recorrente.

Discussão: A candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR) é definida como quatro ou mais episódios em um ano, sem fatores predisponentes na maioria das pacientes. O tratamento pode ser iniciado com regime de supressão com dose prolongada de fluconazol 150 mg (três doses, dias 1, 4 e 7) ou outro azólico tópico por sete a 14 dias, seguido do tratamento de manutenção, que pode ser realizado com fluconazol oral 150 mg uma vez por semana, clotrimazol vaginal 500 mg uma vez por semana ou 200 mg duas vezes por semana durante seis meses, ficando a maioria das mulheres assintomáticas. Nos casos de recidiva, devidamente documentados pela cultura, o tratamento é controverso, mas pode-se reiniciar o regime de supressão seguido de manutenção com fluconazol semanal, dessa vez durante um ano. Tratamentos alternativos para CVVR com acetato de medroxiprogesterona, terapia com lactobacilos, dessensibilização ao antígeno da Candida, e dieta pobre em carboidratos e açúcar carecem de dados que comprovem sua eficácia. A eficácia das vacinas e da imunoterapia não é bem estabelecida, não justificando sua aplicabilidade comercial. Quando intensa, associa-se corticoide tópico de baixa potência, banho de assento com bicarbonato ou utilização de nistatina. Pode ser necessária a associação com anti-histamínicos ou anti-inflamatórios orais em casos associados a outras patologias, como dermatite de contato.

Conclusão: A simples eliminação dos fatores predisponentes na prevenção de novos episódios de candidíase vulvovaginal não é suficiente para evitar a sua recorrência, uma vez que os mesmos geralmente encontram-se ausentes. Assim, faz-se necessário tratamento farmacológico duradouro e que demanda disciplina por parte da paciente. O tratamento com fluconazol ou com clotrimazol nos esquemas apresentados são boas opções terapêuticas, e os anti-histamínicos podem ser associados nos casos de reação alérgica.

Email: jovita_castro@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

O ESTRABISMO DE GALILEU

Hállyfe Rodrigues Venâncio; Fernanda Borges Gonçalves; Rannier Dias Rabelo; Armando José China Bezerra

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Discutir a presença do estrabismo em Galileu Galilei percebido através da representação do cientista em telas de retrato e esboços datados do início da Idade Moderna.

Metodologia e fonte de dados: Para este trabalho, foi feita uma revisão bibliográfica sobre o estrabismo, assim como a vida de Galileu e as representações artísticas sob forma de retrato do cientista.

Discussão: Galileo di Vincenzo Bonaiuti de' Galilei nasceu na cidade de Pisa, Itália, em 1564. Atuou como matemático, físico, astrônomo e filósofo. Galileu foi fundamental para a evolução da física e para o grande avanço científico desenvolvendo estudos sobre o princípio da inércia, o heliocentrismo e determinando o método científico, motivo pelo qual é considerado o "pai da ciência moderna". Alguns pintores fizeram retratos de Galileu em diferentes épocas de sua vida. Justus Sustermans, Domenico Tintoretto e Ottavio Leoni representaram em seus retratos o estrabismo divergente nos olhos do cientista. A exotropia parece ter surgido quando adulto e sem uma causa atribuída pois existem relatos de que em 1637, Galileu teve anopsia de olho direito e em 1639 culminou com cegueira nos dois olhos. No retrato feito por Domenico Tintoretto, Galileu Galileu tinha 42 anos e observa-se desvio ocular menor do que no esboço feito por Ottavio Leoni onde notoriamente possui mais idade demonstrando a evolução temporal do estrabismo. Galileu faleceu em 1642 e ao contrário do que lhe ocorreu alguns anos antes de padecer, permitiu uma nova visão da ciência.

Conclusão: O desvio ocular representado nos retratos de Galileu mostram um lado pouco relatado pela história. A presença desse sinal nas telas, bastante estudado pela oftalmologia, fornece uma direção interessante nas pesquisas sobre a vida do grande cientista.

Email: hallyfe.rodrigues@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

O MEDICO DIANTE DA MORTE E DO MORRER

Bárbara Ribeiro Freyre Costa; Raisa Borges de Castro; Valkiria Ribeiro

Instituição: UCB

Objetivo: Verificar o comportamento do estudante de Medicina e do médico diante da morte e do morrer, identificando as condições e deficiências da relação médico-paciente e morte-morrer.

Metodologia e fonte de dados: 1) Questionário da CCMB–PUC–SP aplicado a médicos residentes e alunos Faculdade de Medicina de Sorocaba – Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CCMB–PUC–SP) 2) Questionário do HUB aplicado a estudantes, professores e residentes professores do Hospital Universitário de Brasília e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Discussão: Os sentimentos e atitudes dos estudantes de medicina e dos médicos com relação à morte e ao morrer são pouco conhecidos. Compreendê-los melhor poderia resultar não apenas na resolução de determinadas dificuldades inerentes ao tema, como aprimorar a relação médico-paciente terminal. A experiência clínica expõe o profissional da área de saúde ao contato com a morte e, possivelmente, diminui a dificuldade de se tratar do assunto, embora, em muitos casos, não a resolva completamente. É constatado que um número considerável de médicos e professores permanece com muita dificuldade para tratar do assunto, chegando mesmo a evitá-lo. A Medicina, mais do que qualquer outra ciência, coloca diretamente a problemática da morte diante do profissional. O médico responde a esse desafio muitas vezes com ansiedade, medo e até como ameaça à sua própria vida. Há poucos indícios capazes de definir se tais reações surgem durante o exercício da profissão, em situações envolvendo a morte de pacientes, ou se há predisposições desenvolvidas durante a formação médica.

Conclusão: A educação formal a respeito do assunto nas escolas de medicina, desde o início do curso de graduação, bem como a permanente atenção dispensada ao tema por parte dos profissionais, poderiam modificar o comportamento do estudante e do médico, tornando-os mais aptos a lidar com a morte e com o paciente terminal.

Email: babifreyre@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

O MÉDICO LIDANDO COM A AUTONOMIA DO PACIENTE

Glenda Maria Gallerani Pacheco; Amani Moura Hamidah; Armando José China Bezerra

Instituição: UCB

Objetivo: O presente artigo objetiva discutir assuntos referentes ao princípio da autonomia do paciente, suas modificações ao longo do tempo, sua base legal disposta no Código de Ética Médica e de como o médico deve se portar diante de situações que englobam esse tema.

Metodologia e fonte de dados: Para discussão acerca do tema foram feitas pesquisas em bases de dados confiáveis, como Pubmed e Scielo, a partir das quais foram selecionados artigos científicos cujo assunto envolve o princípio da autonomia. Também foram consultados livros e o Código de Ética Médica, resolução CFM número 1.931/09.

Discussã o: O médico para lidar de forma ética e correta com a autonomia do paciente deve compreender os conceitos sobre autonomia e como aplicar esse conhecimento tendo em vista as relações médico-paciente. Neste trabalho de revisão de literatura foram abordados temas que analisam como a autonomia vem sendo mais discutida e evoluída com o passar dos anos. Antigamente, o conceito que mais prevalecia e era realmente praticado era o da heteronomia, na qual o médico exerce um papel paternalista e o paciente não podia opinar em nada no seu tratamento. O médico deveria aplicar todos os seus conhecimentos em benefício do paciente, até mesmo, sem o devido consentimento deste. Atualmente, o paciente tem o direito de saber tudo sobre a sua doença (princípio do consentimento livre e informado) e ainda escolher se deseja ou não realizar certos procedimentos e tratamentos. A autonomia do paciente é afirmada na forma de artigos dispostos no Código de Ética Médica e o Código Penal Brasileiro exige o respeito a esse direito, sujeito a punições caso não seja cumprido. Também é importante notar que alguns indivíduos possuem sua autonomia reduzida e cabe a terceiros, sejam eles familiares, tutores ou curadores decidirem pelos pacientes. A autonomia apesar de ser um direito, não é absoluto, ou seja, há certas situações que impõem limites a sua prática.

Conclusão: Conhecer os valores morais da autonomia do paciente é muito importante para que o médico possa estabelecer uma relação mais harmoniosa e confiável com o paciente. Com uma boa relação medico paciente, há maiores taxas de adesão e continuidade ao tratamento. Situações polêmicas e que geram dúvidas quanto a conduta a ser estabelecida, são resolvidas quando o Código de Ética Médica é aplicado com propriedade.

Email: ajtpacheco@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

O TESTE DO PEZINHO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DEFICIÊNCIA DE GLICOSE 6-FOSFATO DESIDROGENASE

Luciana Duarte de Moraes; Rháisa Ghannam Macedo; David Gonçalves de M. Filho; Thicianie Fauve A. Cavalcante; Amanda Gabas; Clarissa Duarte de Moraes Dias

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever três casos de deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase (G6PD) detectados ao nascimento através do teste do pezinho e confirmados posteriormente.

Descrição do caso: Caso 1-Paciente feminino, 11 meses e 26 dias, foi submetida à triagem neonatal aos 3 dias de vida sendo detectada deficiência de G6PD pela técnica fluorimétrica com resultado de 0,8U/g Hb (referência (R): >2,7U/g Hb), sendo confirmado o diagnóstico aos 8 meses de vida, com resultado de 1,7U /g Hb à novo teste. Caso 2- paciente feminino, 11 meses e 2 dias, diagnosticada com deficiência de G6PD, com resultado de 0,9U/g Hb (R:>2,7 U/g Hb) ao teste de triagem neonatal no 3º dia de vida e confirmação do diagnóstico pela repetição do teste aos 9 meses com valor de G6PD de 1,3U/g Hb. Caso3- paciente masculino, 10 meses, ao teste do pezinho realizado ao 3º dia de vida foi detectado G6PD com valor de 0,9U/g Hb(R:>2,7 U/g Hb), sendo confirmado o diagnóstico da deficiência aos 9 meses de vida, com teste revelando G6PD com valor de 1,3U/g Hb. Todos os pacientes estão em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A Triagem Neonatal (TN) – Teste do Pezinho – foi incorporada ao SUS em 1992 por legislação que determinou obrigatoriedade em todos os nativos. Os Serviços de Referência em TN podem estar habilitados em uma de três fases, exigindo equipe multidisciplinar mínima. Na Fase I, a TN detecta fenilcetonúria (PKU) e Hipotireoidismo Congênito (HC); Fase II: fase I + doença falciforme; Fase III: fase II + fibrose cística. Atualmente, no Brasil, somente o Distrito Federal oferece o Teste do Pezinho Ampliado na rede pública, podendo ser detectadas 21 patologias. A G6PD é uma enzima citoplasmática que catalisa o primeiro passo da via pentose-fosfato. Sua deficiência tem como manifestações clínicas a icterícia neonatal e anemia hemolítica, particularmente após a administração de certas drogas, durante infecções, acidose diabética, no período neonatal e também, associado à ingestão de alguns alimentos.

Conclusão: A TN é uma ação preventiva que permite o diagnóstico(Dx) de doenças assintomáticas no período neonatal, a tempo de se interferir no curso da doença e, desta forma, instituir tratamento precoce específico, diminuindo ou eliminando as sequelas associadas. Ao teste do pezinho que inclua a investigação da G6PD, um recém-nascido(RN) com resultado normal praticamente exclui o Dx da doença, enquanto que um RN com resultado alterado pode desenvolver quadro clínico compatível e necessita de confirmação.

Email: lulu_duarte@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

OS OLHOS, A MEDICINA E A ARTE

Marina Sousa da Silva; Anita de Oliveira e Souza; Raquel Nascimento Matias; Rebeca Alevato Donadon; Armando Jose China Bezerra

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Os olhos são comumente associados à poderes mágicos, presságios e curas, ultrapassando as funções fisiológicas. Relacionar a Medicina, a arte e os olhos a fim permite contextualizar a história humana com a prática médica, a qual para ocorrer de forma plena requer associação da ciência com a arte.

Metodologia e fonte de dados: A revisão bibliográfica relacionou olhos e arte, não limitando-se a história da oftalmologia. A pesquisa baseou-se em livros - As belas artes da medicina, Admirável mundo médico e Medicando com arte (BEZERRA, A.J.C, 2003, 2002 e2006) – e na em sites da internet – pintor Esref Armagan, médico oftalmologista Valênio Perez França e Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

Discussão: A história da oftalmologia se confunde com a da medicina. Conhecer o início de tudo significa recuar 5 mil anos e remontar às antigas civilizações da Mesopotâmia, do Egito e da Índia. O cuidado com os olhos e a visão sempre foi uma preocupação do ser humano. Afinal, o olho é o órgão de contato com o mundo exterior mais utilizado por nós. A grande importância dos olhos na história da humanidade é evidente nas civilizações egípcia, oculistas egípcios e Hórus, e grega demonstrada com os polifenos na Odisséia de Homero. Na religião há a Santa Luzia ou Santa Lucia, a protetora dos olhos e dos oftalmologistas e também o Papa João XXI, único papa médico e oftalmologista. As artes plásticas registram, em suas várias fazes, doenças oculares como: no quadro Retrato do Conde Inghirami de Rafael Sanzio, pintado em 1516, o qual ilustra o estrabismo divergente superior do Conde Inghirami, e na obra Celestina de Pablo Picasso, concluída em 1904. Há evidências de doenças oculares também entre os artistas, como a catarata que acometeu Claude Monet aos 72 anos refletindo em sua arte, e a vida de Esref Armagan, que realiza pinturas à óleo ainda que tenha sempre sido cego. O estudo dos olhos está associado à invenções tecnológicas para diagnóstico e tratamento, como o oftalmoscópio desenvolvido em 1851 pelo holandês Hermann Von Helmholtz e os óculos, que são atuais há 8 séculos.

Conclusão: Estudos relacionados aos olhos estão presentes em todos os períodos da história. Os olhos significam muito para a humanidade e enfoques e temáticas oculares na literatura, música, artes plásticas e cristianismo foram demonstrados recorrentes. A revisão comprovou a importância da associação da Medicina com a arte e a história a fim de compreender a importância dos órgãos da visão e proporcionar à saúde manutenção, tratamento e cura.

Email: sousa.marina@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

OSTEOMIELITE EM CRIANÇA

Renato Moreira Souto; Arthur Dutra Harger; Júlia Batista Verano; Rodrigo Helou; Teófilo Alvarenga Netto; Rodolfo Giugliano

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo relatar um raro caso de osteomielite crônica do 1º metatarso e hálux em pé esquerdo, cujo agente etiológico não foi confirmado, em criança do sexo feminino de 2 anos e 6 meses de idade, possivelmente complicação de celulite adjacente.

Descrição do caso: Criança referiu dor em pé associada a edema e flogose. Procurou o HRC onde fora questionado entorse de tornozelo sendo solicitado radiografia que apresentou sem alterações. Evoluiu com febre e lesões bolhosas no pé, sendo prescrito cefalexina. Dois dias depois, foi internada em UP Ae o antibiótico substituído por ceftriaxona e oxacilina. Encaminhada à Pediatria do HRC, foi estabelecido o diagnóstico de celulite. Foi realizada drenagem com saída de secreção purulenta e exposição de tendões do pé esquerdo. Após 27 dias retornou para reavaliação e apresentava-se com edema e calor no pé esquerdo e dificuldade à deambulação. Nova radiografia do pé evidenciou lesões osteolíticas em 1º metatarso e hálux, levando ao diagnóstico de osteomielite. Foi reiniciada antibioticoterapia com oxacilina e sugerido que paciente poderia ser portadora de anemia falciforme esta foi substituída por cefepima.

Discussão: O caso serve de alerta para a dificuldade diagnóstica da patologia em questão, o que nos leva ao uso empírico de antibiótico. A osteomielite por contiguidade está relacionada a um quadro de celulite prévio, desenvolvendo-se inicialmente com quadro clínico bem amplo. Se há confirmação ou suspeita de osteomielite em pacientes falcêmicos, deve-se fazer um esquema terapêutico de cobertura para *S. aureus* e *Salmonella* sp com cefalosporina e oxacilina. Os exames radiológicos devem ser avaliados com muito cuidado, pois as radiografias podem ser normais até a 2ª semana. Após esse período, caso o tratamento não tenha sido instituído, começam a aparecer alterações radiológicas caracterizadas por lise óssea mais pronunciada e elevação periosteal. Nesse estágio o diagnóstico clínico radiológico fica mais evidente. Daqui pra frente, a doença já pode ser considerada como osteomielite crônica.

Conclusão: Em pacientes com anemia falciforme observa-se uma maior predisposição à osteomielite por salmonela e germes Gram negativos, fato esse destoante dos demais casos e que nos traz um alerta a sempre suspeitar desse diagnóstico em pacientes falcêmicos. O diagnóstico precoce evita um desgaste físico e emocional do paciente além de diminuir os riscos de complicações e comorbidades relacionadas.

Email: renataomoreira@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PACIENTE COM SÍNDROME DE TURNER ASSOCIADO À OSTEOPOROSE

Hadson Silva Araújo; Wesley Sidney Garcia Fraga; Diego Fraga Rezende; Anderson de Azevedo Damasio; Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes; Parizza Ramos de Leu Sampaio

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar a investigação de um caso de Síndrome de Turner associado à Osteoporose. Dessa forma mostrar a importância do diagnóstico e tratamento adequado para assim prevenir possíveis complicações relacionadas às patologias.

Descrição do caso: D.A.M., sexo feminino, 23 anos. Paciente portadora da Síndrome de Turner (Mosaico), agenesia gonadal e baixa estatura. Associada à Síndrome genética a paciente apresenta em sua Densitometria óssea os seguintes dados baseados no T-Score: Coluna lombar total: -2,9 e Fêmur total: -2,6. A paciente faz uso de terapia de reposição hormonal: Angeliq® (1 mg de estradiol e 2 mg de drospirenona\ 1 vez ao dia) e fármacos para o tratamento da Osteoporose: Alendronato de Sódio (70mg\ 1 vez por semana); Calcium Sandoz F® (equivalente a 500mg de Cálcio ionizável).

Discussão: A Síndrome de Turner (ST) ocorre em cerca de 1:2500 a 1:4000 nascidas vivas, sendo caracterizada por um fenótipo feminino e perda total ou parcial do segundo cromossomo sexual. Cerca de metade das pacientes exibem cariótipo 45,X, 20%-30% apresentam mosaicismos e o restante têm anormalidades estruturais associadas. As características variam largamente e estão associadas à baixa estatura, falência ovariana com infantilismo sexual e infertilidade. As gônadas da maior parte das portadoras da ST mostram, caracteristicamente, ausência das células germinativas e daquelas responsáveis pela produção dos esteróides sexuais; encontram-se apenas estroma ovariano e tecido conjuntivo cicatricial. O comprometimento ósseo, secundário ao hipostrogenismo e displasia esquelética, impõe a essas mulheres riscos elevados de osteoporose.

Conclusão: A necessidade de identificar e tratar, o quanto antes, as comorbidades é de fundamental importância para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Síndrome de Turner, além de beneficiar o prognóstico desta patologia. As melhores estratégias para prevenção de osteoporose devem ser instituídas a partir dos 35 anos, idade em que se inicia a perda de massa óssea. Tais medidas incluem modificações do estilo de vida e da alimentação, uso de medicação e prática de atividades físicas.

Email: araujohadson@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PANCREATITE E CIRROSE HEPÁTICA EM JOVEM

Luana Milhomem de Carvalho; Luisa Groba Bandeira; Rafael Guedes de Araújo Dias; Ronan Araújo Garcia; Pedro Henrique F. Penedo

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de Pancreatite alcoólica e Cirrose Hepática em paciente jovem. Raramente, essas patologias ocorrem em pessoas com menos de 50 anos de idade. Contudo, no caso, trata-se de um jovem etilista crônico e usuário de drogas, fato que expôs o paciente a um maior risco de contrair tais doenças.

Descrição do caso: R.F.D, 22 anos, masculino, história de alcoolismo crônico e uso de drogas. Internado há 2 meses, com dor abdominal, ascite volumosa e hepatomegalia. Exames admissionais constataram leucocitose, hiperamilasemia, hiponatremia e hipercalemia. Iniciado esquema de Clindamicina e Ceftriaxona. Evidenciaram-se pancreatite necro-hemorrágica e cirrose hepática por meio de ecografia abdominal. Encaminhado ao CTI 8 dias após a internação, prescreveu-se dieta oral zero, feito controle hidroeletrólítico e ampliado esquema de antibióticos com Imipenem. Evoluiu com síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória e posterior traqueostomia. Passou por inúmeras paracenteses de repetição. Seguiu com desidratação, IRA pré-renal e anemia, necessária terapia com drogas vasoativas e hemotransusão. TC de abdome de controle indicou cisto pancreático e extravazamento para cavidade abdominal, presença de fistula biliar e pseudoaneurisma pancreático. Atualmente, continua grave, com melhora dos exames laboratoriais.

Discussão: A presença de complicações loco-regionais revela pancreatite aguda grave. As coleções agudas líquidas resolvem na maioria das vezes de forma espontânea, mas podem evoluir para necrose ou cisto. O pulmão é o órgão mais frequentemente afetado quando a pancreatite aguda condiciona comprometimento sistêmico. A síndrome da dificuldade respiratória aguda ainda não é totalmente compreendida e é responsável por 50 a 90% das mortes por pancreatite aguda. A necrose pancreática apresenta risco alto de infecção e a literatura não é consensual na recomendação do uso de antibioticoterapia profilática. Os cistos são identificados como complicação loco-regional mais frequente, devido ao uso da tomografia computadorizada. A formação de ascite e o aparecimento de trajetos fistulosos e pseudoaneurismas constituem outras complicações loco-regionais da pancreatite aguda.

Conclusão: Trata-se de caso raro de pancreatite alcoólica e cirrose hepática em paciente jovem. Apresentando complicações loco-regionais como cisto pancreático, fistula biliar, pseudoaneurisma pancreático e ascite importante. Além de complicações distantes, por imprevisíveis, de acordo com a literatura, como desconforto respiratório agudo, IRA pré-renal e anemia. No presente, tudo indica que, o fato de o paciente ser jovem, contribuirá para um prognóstico mais favorável. Na maioria dos casos, ocorrendo em pessoas acima de 50 anos leva a internação em CTI, as citadas doenças são letais.

Email: lmluanamilhomem@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PERFIL FENOTÍPICO DA SÍNDROME DE NOONAN

Huri Brito Pogue; Isabela Rita de Carvalho Cunha; Maria Teresinha O. Cardoso

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O objetivo do trabalho foi avaliar as características fenotípicas de pacientes com Síndrome de Noonan (SN), assistidos nos ambulatórios do Núcleo de genética da Secretaria de Estado de Saúde do DF voltados para o atendimento dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no período entre 2000 a 2012.

Material e métodos: Foram analisados 39 pacientes com o diagnóstico clínico de SN nos períodos de março de 2000 a novembro de 2009, assistidos nos ambulatórios de genética da rede hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram obtidos através de um estudo retrospectivo com base nos prontuários médicos cadastrados no Núcleo de Genética, provenientes de pacientes com diagnósticos clínicos de SN atendidos no Serviço Ambulatorial do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) e do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

Discussão: Em relação ao sexo, 59% eram do sexo feminino e 43% do sexo masculino. A diferença pode ser explicada pelo número elevado de meninas encaminhadas ao diagnóstico diferencial da SN. A maioria dos participantes apresentou baixa estatura (64%), reforçando que a baixa estatura é uma das características mais observadas na SN. A alteração facial foi a alteração fenotípica mais encontrada nos pacientes analisados (92%). Dentre as alterações esqueléticas, as torácicas foram as mais comuns nos pacientes (56%). Neste estudo, 54% dos indivíduos apresentaram anormalidade cardíaca, corroborando com a incidência de 50 a 75% observada na literatura. Os achados clínicos encontrados nos pacientes analisados envolviam alterações na pigmentação da pele (38% dos pacientes). As alterações genitourinárias estavam presentes em 23% dos analisados. Defeitos neurológicos foram achados em 21% dos pacientes, enquanto que defeitos hematológicos apenas em 8%. Nenhum paciente analisado apresentou cariótipo alterado.

Conclusão: A Síndrome apresentou amplo espectro de manifestações clínicas e difícil diagnóstico, principalmente com o avanço da idade, ausência de cardiopatia e falta de um marcador molecular para a confirmação laboratorial da suspeita clínica. O diagnóstico para a Síndrome de Noonan é fundamental para direcionar tratamento adequado, de acordo com as necessidades de cada paciente, e proporcionar um aconselhamento genético mais eficaz e direcionado.

Email: huripogue@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PERFIL GENÉTICO DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

Rachel de Barros Oliveira; Ruscaia dias Teixeira; Maria Teresinha O. Cardoso

Instituição: UNICEUB

Objetivo: Esse trabalho tem o objetivo de correlacionar as cardiopatias congênitas às síndromes genéticas dos pacientes atendidos pelo Serviço de Genética Clínica do Núcleo de Genética da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

Material e métodos: Foram analisados prontuários de 327 pacientes portadores de síndromes genéticas, que fizeram ecocardiograma no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2011.

Discussão: Do total de pacientes, 173 eram portadores da Síndrome de Down, 32 apresentavam Síndrome de Kabuki, 43 portadores da Síndrome de Noonan, 48 portadores da Síndrome de Turner, 7 portadores da Síndrome de Williams, 7 portadores da Síndrome Velocardiofacial e 17 portadores da Trissomia do 18. As cardiopatias foram registradas em 23% dos portadores da Síndrome de Down, 6% dos pacientes com Kabuki, 16% dos pacientes com Noonan, 21% dos pacientes com Turner, 29% dos pacientes com Williams, 57% dos pacientes com Trissomia do 18 e 35% dos pacientes com Velocardiofacial. Os resultados indicaram que 58% dos pacientes analisados apresentaram cardiopatias, mostrando a importância da realização de ecocardiograma no rastreamento de doenças cardíacas em pacientes com síndromes genéticas.

Conclusão: A grande incidência de cardiopatias nos pacientes com Trissomia do 18 e Velocardiofacial indica a necessidade de diagnóstico, utilizando exames de Cariótipo e Hibridização in situ com imunofluorescência (FISH), respectivamente.

Email: racheldebarros@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PIODERMA GANGRENOSO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA DE GRAVES.

Ana Paula de Freitas Faria; Isadora de Carvalho Trevizoli; Luann Laykon Lôbo Ferreira; Denise Engel; Wellington Oliveira; Jairo Martinez Zapata

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Este estudo de caso visa relatar a ocorrência do pioderma gangrenoso como manifestação inicial da Doença de Graves.

Descrição do caso: Mulher, parda, de 46 anos procurou o HRT-DF, com quadro de dor em queimação em face posterior de coxa direita, hiperemia, calor local e febre não aferida há 6 dias. Foi internada para investigação clínica e iniciado ceftriaxone. Evoluiu com lesões bolhosas de conteúdo sero-hemorrágico em mesma topografia e edema em membro inferior direito. Apresentou expansão dos limites da lesão e formação de áreas de necrose. Substituiu-se ceftriaxone por linezolida. Após 6 dias de internação, sem melhora do quadro, foi realizada biópsia de pele, que demonstrou dermatose neutrofílica, com dano da parede de pequenos vasos. Aventou-se a hipótese de pioderma gangrenoso, quando foi indicado corticoterapia. Foi feita triagem para doenças associadas, sendo o único achado positivo níveis alterados de TSH, T4 livre e anti-TRAB, sendo firmado o diagnóstico de doença de Graves, com início de tapazol e propranolol.

Discussão: O pioderma gangrenoso é uma dermatose neutrofílica rara. Em 50 a 70% dos casos, vem associada a outras doenças sistêmicas, principalmente doença inflamatória intestinal e neoplasias hematológicas. Pode ainda vir associado a artrite reumatóide, arterite de Takayasu, espondiloartropatias. O caso relatado mostra o pioderma gangrenoso sendo a primeira manifestação clínica da doença de Graves, havendo poucos casos descritos dessa relação na literatura. No caso, a paciente apresentava níveis de TSH e T4 livre normais um mês antes do início do quadro, evidenciando a simultaneidade no aparecimento dos distúrbios. O pioderma gangrenoso geralmente, acomete adultos na faixa de 25 a 54 anos e os locais mais acometidos são os membros inferiores, compatível com o caso em discussão.

Conclusão: O caso relatado mostrou uma associação ainda não bem estabelecida pela literatura. Contudo, deve ser lembrado que o pioderma gangrenoso frequentemente pode estar relacionado a outras doenças sistêmicas. Por isso deve ser feita uma triagem rigorosa, incluindo a pesquisa de hipertireoidismo para que estudos futuros possam melhor estabelecer essa relação.

Email: paulinha_ffl@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PITIRÍASE RÓSEA DE GILBERT - RELATO DE CASO

Raquel Ferreira; Josenilson Antônio da Silva; Carla Cristhian de M. Santos; Renato João da Silva; Dário da Silva Brayner Neto; Kleyton de Carvalho Mesquita

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar relato de caso de paciente com Pitiríase Rósea de Gilbert (PRG) de evolução típica e boa resolução.

Descrição do caso: Paciente de 13 anos do sexo feminino encaminhado pelo pediatra assistente ao serviço de dermatologia para investigação de lesões cutâneas pruriginosas. Referia, há 10 dias, início de lesões papulosas em dorso que evoluíram para placas eritematosas com disseminação para tronco anterior e raízes de membros, apresentando prurido em algumas lesões. Ao exame físico, constataram-se placaseritematosas ovaladas em tronco e membros, com descamação em suas bordas internas. As lesões em dorso apresentavam distribuição paralela às linhas de clivagem da pele. Destacava-se lesão em "medalhão" na região do quadril direito. Mantinha bom estado geral e não havia lesões palmo-plantares ou queixas sistêmicas. Dado o quadro clínico sugestivo de Pitiríase Rósea de Gilbert, foi instituído tratamento com emolientes tópicos e anti-histamínico oral. A paciente obteve resolução das lesões em 4 semanas.

Discussão: Pitiríase Rósea de Gilbert é uma dermatose aguda leve, auto-limitada, não contagiosa, de etiologia desconhecida. A hipótese de reativação do herpesvirus humano 7 ou 6 é mais aceita. Mais comum em crianças e adultos jovens entre 10-35 anos; prevalência maior em mulheres (1,5:1). A lesão primária típica tem aspecto em "medalhão"- lesão ovalada ou arredondada com 2-5 cm de diâmetro, eritemato-escamosa, bordas elevadas e centro amarelado descamativo. Após 5-10 dias surge m novas lesões, mas de menor dimensão, pruriginosas ou não, disseminadas em tronco, dorso e raiz de membros. As lesões seguem as linhas de clivagem da pele tendo aspecto de "árvore de natal". O diagnóstico é clínico. A cura espontânea ocorre em 4 a 8 semanas e a recidiva é incomum. Alguns medicamentos podem causar erupção similar e o diagnóstico diferencial deve ser feito com sífilis secundária. O tratamento da PRG é sintomático.

Conclusão: Caso clínico típico de paciente pediátrico com PRG de evolução auto-limitada e melhora clínica dentro do tempo esperado na literatura. Apesar da etiologia viral, não é indicado o uso rotineiro de antivirais, exceto se a doença for extensa ou com sintomas sistêmicos. As medicações prescritas tem indicação em pacientes sintomáticos, como o prurido referido. Corticoesteróides tópicos também são úteis. A investigação para sífilis secundária deve ser realizada quando a apresentação clínica é duvidosa.

Email: raquelferreirar@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PORFIRIA CUTANEA TARDA - RELATO DE CASO

Marina Fernandes de Oliveira; Danielle Cristina S. Ferreira; Tania Torres Rosa

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O escopo desse trabalho é relatar um caso clínico de porfiria cutânea tardia, numa paciente previamente hígida de 27 anos, demonstrando assim suas diversas formas de apresentação clínica e como há a necessidade de maiores estudos e profissionais capacitados para diagnosticar e tratar tal afecção.

Descrição do caso: R.F.C, sexo feminino, 27 anos, branca, solteira, técnica judiciária, natural e residente de Brasília. Em fevereiro de 2008, paciente recorda aumento do número de pelos faciais, em região temporal, de aspecto semelhante aos seus pelos normais, mas em maior quantidade. No mesmo ano, em julho, após certo período de estresse, quando de férias na praia observou o aparecimento de bolhas no dorso de ambas as mãos, com ~2cm, principalmente na região interfalangeana, ausência de prurido, e uma ferida no pé direito, de ~1cm, hiperemiada e pruriginosa. Associado ao quadro, apresentou um episódio de dor abdominal, em cólica, difusa, intensa, contínua, que já havia se repetido outras 2 vezes, sem aparente fator desencadeante, que somente cedia no hospital, com uso endovenoso de analgésico. Soma-se também, um quadro de náusea e alguns episódios de urina avermelhada. Afirma uso de álcool, ACO.

Discussão: Porfirias são distúrbios metabólicos, que resultam da deficiência de enzima específica na via de biossíntese do heme. As deficiências enzimáticas podem ter alterações autossômicas dominantes ou recessivas, com exceção da porfiria cutânea tardia, que pode ser esporádica (Harrison, 2008). De acordo com as principais manifestações clínicas na paciente de 27 anos previamente hígida, como lesões cutâneas em dorso de mão, alteração de pêlos em face, e associação com os possíveis fatores desencadeantes como alto nível de estresse, uso de anticoncepcional oral (estrogênio) e álcool, além dos exames laboratoriais estarem alterados e não ocorrer sintomas neurológicos foi diagnosticado porfiria cutânea tardia (hepática). Foram realizados testes genéticos para detecção de alteração, mas ainda não houve confirmação. Paciente faz acompanhamento anual e evita os fatores desencadeantes.

Conclusão: Apesar do presente relato de caso constituir uma das formas mais comuns de porfiria, ainda observa-se certa dificuldade tanto no seu diagnóstico preciso quanto no seu tratamento. Exemplificando a complexidade em se determinar com exatidão sua etiologia: estresse, uso de álcool, uso de anticoncepcional oral que contém estrogênio, fármaco e, até mesmo, um caráter genético. Nesse caso, devido a detecção tardia da agudização da doença, não foi necessário intervenção. Sendo o tratamento específico.

Email: marina51188@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E OBESIDADE EM ESCOLARES DE UMA ESCOLA PRIVADA DE BRASÍLIA-DF

Andressa Silva Alcantara; Fernando Marinho M. da Silva; Guilherme Lazarini Salge Prata; Éder Rodrigues Queiroz; Rodolfo Giugliano

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Avaliar o estado nutricional de escolares que participam do Programa de estudos e vigilância nutricional de escolares (PREVINE) de Brasília-DF levando em conta a distribuição do excesso de gordura entre visceral ou periférica.

Material e métodos: Para a realização do trabalho foram coletadas as medidas antropométricas de massa corporal, estatura, perímetro da cintura e pregas cutâneas triptal e subescapular de 1280 alunos do ensino fundamental e médio do Centro Educacional da Católica de Brasília, entre 5 e 17 anos de idade, compreendendo 683 do sexo feminino (53,35%) e 597 do sexo masculino (46,64%). O estudo classificou os alunos usando o indicador IMC/idade de acordo com critérios do Manual de Orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2009). Para a coleta das medidas antropométricas foram utilizados um estadiômetro de parede marca Gofeka(Santa Catarina, Brasil) com precisão de 0,1 cm, um adipômetro marca Lange (UK) com precisão de 1 mm, e uma balança mecânica Filizola tipo adulto (São Paulo, Brasil) com precisão de 0,1 Kg. A análise dos dados foi realizada por meio do programa Anthroplus®.A adiposidade visceral foi estimada a partir do perímetro da cintura.

Discussão: Dentre as crianças avaliadas, 10,38% foram classificadas como obesas e 23,12% em sobrepeso, o que reforça os resultados de outros estudos desenvolvidos no Brasil e na América do Sul (Neutzling et al 2000; Agrelo et al 1988) Dentre as crianças obesas, 34,58% apresentaram excesso de gordura visceral considerando os valores acima de 1 z score da mediana. Sabe-se que a camada lipídica na região intra-abdominal confere risco maior para as alterações metabólicas que podem culminar em doenças cardiovasculares ou o diabetes mellitus tipo 2. Em relação ao sexo e faixa etária , se observou maior prevalência de sobrepeso e obesidade no sexo masculino e na faixa etária de 9 a 11 anos. O estudo evidencia a gravidade do problema e a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares das famílias e prática de exercício físico.

Conclusão: A obesidade visceral predispõe mais a complicações que a obesidade subcutânea. O estudo levou em conta o diagnóstico qualitativo da obesidade, evidenciando prevalência elevada de obesidade visceral em escolares. As informações reunidas no estudo alertam para o fato de que o sobrepeso e a obesidade atingem proporções significativas da população escolar avaliada. A saúde escolar deve ser elemento essencial nas políticas integradas de prevenção da obesidade.

Email: alcantaraandressa@yahoo.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PREVALÊNCIA DE TERAPIA DIALÍTICA EM BRASILEIROS DE ACORDO COM FAIXA ETÁRIA E UNIDADE FEDERATIVA

Gabriela R. de Paiva Lopes; Laura Ribeiro Cechin; Alice Aguiar Crispim; Isabella S. de Melo Miranda; Gabriela Santos Laboissiere; Clayton Franco Moraes

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Este estudo ecológico teve como objetivo comparar o número de pacientes portadores da enfermidade dividindo-os de acordo com a faixa etária em população geral e população acima de 60 anos de idade, além de também compará-los segundo a Unidade da Federação da qual pertencem.

Material e métodos: Este é um estudo ecológico, uma vez que a unidade de observação é um grupo de pessoas que pertence a uma área geográfica definida. Foi realizada uma Revisão Bibliográfica acerca do assunto em livros de Clínica Médica e artigos científicos extraídos de sítios virtuais. Também foram utilizados dados do Ministério da Saúde (DATASUS) para pesquisa de gráficos e tabelas.

Discussão: Analisando as tabelas e gráficos do DATASUS, conclui-se que a taxa de prevalência de terapia dialítica no Brasil foi maior na população idosa. Em relação aos pacientes idosos, a prevalência foi maior nos estados de Roraima e Rondônia, na região Norte do país. A menor taxa foi observada no estado do Pará, também localizado na região Norte. A idade avançada e a gravidade das comorbidades são os principais fatores de justificam o aumento de insuficiência renal na população idosa e, conseqüentemente o aumento do número de idosos em tratamento dialítico. Observou-se também que os fatores relacionados ao maior risco de mortalidade são o aumento da idade, sexo feminino e presença de diabetes mellitus.

Conclusão: Através do estudo, conclui-se que há maior incidência de pacientes idosos em terapia dialítica, comparada à população geral. Isto ocorre devido aos processos de envelhecimento da população que geram a queda da taxa de filtração glomerular e propensão a diversas doenças que interferem na função renal, levando à maior necessidade de diálise. Sendo assim, há necessidade dos serviços de diálise proporcionarem aos pacientes idosos um atendimento multidisciplinar, visando melhor qualidade de vida.

Email: ramalho.med@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PRINCIPAIS CAUSAS GINECOLÓGICAS DE DOR PÉLVICA CRÔNICA

Júlia Batista Verano; Andressa Silva Alcântara; Fernando Marinho Marques da Silva; Demétrio Antonio Gonçalves da Silva Gomes

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Esta revisão de literatura tem como objetivo apresentar as principais causas ginecológicas da dor pélvica crônica (DPC), delineando as bases iniciais para um diagnóstico e ressaltando a sua importância como diagnóstico diferencial para patologias de outros sistemas.

Metodologia e fonte de dados: Para a presente revisão de literatura foram realizadas pesquisas nas seguintes bibliotecas eletrônicas: Scielo, Bireme e PubMed, chegando a um número de 16 artigos.

Discussão: Dor pélvica crônica (DPC) é definida como sensação de dor no abdome inferior, contínua ou intermitente, não associada exclusivamente à menstruação ou relação sexual, com duração maior que seis meses. A DPC pode ter etiologia ginecológica ou não ginecológica. Entre as causas não ginecológicas estão aquelas que envolvem o sistema gastrointestinal, músculo-esquelético e do sistema urinário. Já entre as causas ginecológicas estão principalmente a endometriose, aderências, síndrome de congestão pélvica, doença inflamatória pélvica e adenomiose. Por isso a anamnese da paciente deve ser detalhada, de modo a diferenciar as patologias e investigar efetivamente a etiologia. Deve-se questionar quanto às características dos sintomas e quanto a patologias pregressas. Ao exame físico, deve-se prestar atenção se a paciente adota alguma posição antálgica ou se altera a sua marcha. O exame do abdome, pélvico/ginecológico e retal deve ser realizado de maneira cuidadosa. O tratamento da DPC deve ser voltado para a patologia específica que está causando a dor, quando esse diagnóstico pode ser feito; e quando não, deve ser voltado para o controle da dor. Podem ser utilizados analgésicos, opiáceos, anestésicos tópicos injetáveis, antidepressivos e o tratamento cirúrgico fica reservado a patologias comprovadas.

Conclusão: A DPC compreende um grande número de etiologias e apresentações, sendo uma doença com alta prevalência. Porém, muitas pacientes ficam sem diagnóstico e sem um tratamento adequado. Um diagnóstico preciso e precoce pelo clínico é essencial. Uma história detalhada, exame físico cuidadoso e atitude cautelosa no tratamento evitam procedimentos cirúrgicos desnecessários. Um bom controle da dor é fundamental para a qualidade de vida das mulheres que sofrem dessa patologia.

Email: julia_verano@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: SISTEMAS INTEGRADOS E COMPUTAÇÃO UBIQUA

Vinicius Martins Vilela; Henrique Freitas Araújo; Lucas Figueiredo Lacerda; Glycon Cardoso

Instituição: Universidade Católica de Brasília - UCB

Objetivo: Discutir o desenvolvimento de um software análogo ao de gestão empresarial para o controle da área da saúde. (método de desenvolvimento, vantagens e desvantagens) Desenvolvimento e implantação de prontuário eletrônico aplicada a rede de saúde pública do Distrito Federal.

Material e métodos: Técnicas de desenvolvimento de softwares. Projeto de banco de dados. Utilização do software JUDE para a criação do UML e dar suporte a técnicas de desenvolvimento de Software. Software Netbeans para desenvolvimento do código. Software MYSQL para a criação da base de dados.

Discussão: O atendimento na área da saúde envolve uma série de profissionais, recursos e registros. Para garantir a continuidade desse processo, é necessário gerenciar múltiplas informações de diferentes fontes e, geralmente, em diferentes padrões. Sistemas integrados de controle organizam esses dados produzindo um contexto capaz de apoiar a tomada de decisão e orientar o tratamento a ser administrado. Não obstante, sistemas embarcados, alinhados à utilização da computação ubíqua/pervasiva, podem eliminar o desgaste de profissionais com a realização de procedimentos rotineiros. O prontuário eletrônico pode ser atualizado automaticamente, em intervalos predeterminados, com dados enviados por interfaces desenvolvidas para coletar frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, índice glicêmico e etc. Dessa maneira, alertas podem ser acionados a partir de limites estabelecidos para cada variável monitorada. Outro aspecto relevante é a utilização de dispositivos móveis em PSF.

Conclusão: O prontuário eletrônico pode ajudar na gestão da saúde no Distrito Federal. Não obstante, um bom planejamento de infraestrutura e conhecimento da área da computação é necessário. O desenvolvimento de um software de controle análogo aos de gestão empresarial é dependente da aproximação das duas áreas, saúde e tecnologia. Dessa maneira, é possível criar uma base de dados centralizada, eliminar o desperdício de recursos humanos e auxiliar o profissional na obtenção de diagnósticos.

Email: vilicius@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

REALIZAÇÃO DE CINTILOGRAFIA MAMÁRIA DEDICADA DE ALTA RESOLUÇÃO

Juliana Rodrigues Beal; Mariana Carneiro Figueiredo; Renato Ramos Barra; Filipe Ramos Barra; Alaor Barra Sobrinho; Osvaldo Sampaio Netto

Instituição: Imagens Médicas de Brasília (IMEB)

Objetivo: Demonstrar a utilização da cintilografia mamária dedicada de alta resolução (molecular breast imaging - MBI) em pacientes com mamografias inconclusivas.

Material e métodos: A cintilografia mamária dedicada de alta resolução foi realizada em pacientes que realizaram mamografia e tiveram encaminhamento médico para a realização do exame. Sendo adotados os seguintes critérios de inclusão para realização do projeto: mulher, maior que 18 anos; ter realizado mamografia nos últimos três meses; ler e concordar com o termo de consentimento livre e esclarecido. O exame de cintilografia mamária dedicada de alta resolução foi realizado uma única vez em cada paciente no IMEB (Imagens Médicas de Brasília), clínica de referência do Brasil, especializada em procedimentos de imagem.

Discussão: Após explicação e consentimento da paciente foi administrado por via endovenosa 15 mCi de Tecnécio 99m - sestamibi. Substância sem efeito colateral e utilizada rotineiramente para cintilografia cardíaca desde a década de 1990. O exame é realizado após cinco minutos da administração. A cintilografia é realizada com a paciente sentada, sendo realizada uma leve compressão mamária (menor que a utilizada na mamografia) a fim de estabilizar as mamas e evitar movimentos. Como rotina são adquiridas quatro imagens, duas de cada mama, em duas incidências (crânio-caudal e mediolateral oblíqua), de maneira análoga à mamografia; cada incidência demora cerca de 10 minutos. Devido à baixa dose do radiofármaco utilizado não existe necessidade de cuidados de radioproteção. Inicialmente demonstramos a realização do exame em uma paciente sem alteração mamária e em paciente com mamografia inconclusiva onde a cintilografia detectou a lesão e foi realizada confirmação por biópsia para câncer de mama.

Conclusão: O exame apresenta uma pequena dose de radiação que corresponde a cerca de 50 a 75% da habitualmente utilizada na cintilografia miocárdica, que utiliza o mesmo radiotraçador há mais de 10 anos, sem nenhum efeito colateral. Auxilia a detecção precoce de alteração no tecido mamário, sendo importante por proporcionar a oportunidade de intervenção precoce em lesões pequenas, de forma a aumentar a sobrevivência da paciente e a manutenção da qualidade de vida da mesma.

Email: julianabeal29@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

REGRESSÃO DE HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE DUODENAL APÓS TRATAMENTO PARA HELICOBACTER PYLORI.

Lorena Taveira Amaral; Mariana Carneiro Figueiredo; Zuleica Bortoli; Heinrich B. Kohnert Seidler

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A hiperplasia nodular linfóide (HNL) é uma condição benigna, raramente ocorrendo no duodeno e formando diagnóstico diferencial importante com linfoma folicular. Relatamos um caso de HNL em duodeno, com regressão após tratamento para infecção pelo *Helicobacter pylori* (Hp) e estímulo imunogênico.

Descrição do caso: Paciente feminino, 14 anos com queixa de dor abdominal e diarreia, há vários anos. Relata ainda dificuldade de ganhar peso desde a infância. A dosagem de imunoglobulinas foi normal e a endoscopia digestiva detectou pangastrite enantemato-nodular difusa e duodenite com múltiplas lesões elevadas. A avaliação histológica revelou gastrite folicular e duodenite com hiperplasia folicular, sem atipia do tecido linfóide, alteração da arquitetura epitelial no espaço interfolicular e parasitas em duodeno. A paciente foi tratada com esquema triplice Lansoprazol, Claritromicina e Amoxicilina, com melhora do quadro de desconforto gástrico. Após 2 meses, iniciou-se um esquema de Levamisole e Timomodulina por 6 meses, para estimulação imunológica. Um ano após o início do tratamento, a paciente estava assintomática, com discreta nodosidade em estômago e duodeno, por pequenos folículos linfóides.

Discussão: Folículos linfóides presentes na mucosa, possuem função similar aos linfonodos e participam da ativação, proliferação e maturação de linfócitos B. Distúrbios nesses processos, cursam com aumento da quantidade linfócitos na fase proliferativa, promovendo aumento da quantidade e do volume dos folículos linfóides, caracterizando a HNL. Esta é comum no estômago, associado à infecção por Hp, e em íleo terminal, principalmente em jovens. Em duodeno, no entanto, é raro, usualmente associada a estados de imunodeficiência (comum variável ou de IgA) ou estímulo antigênico elevado, por hipersensibilidade alimentar, processos infecciosos ou autoimunes. A associação de HNL em duodeno com infecção por Hp em estômago foi relatada por Khuroo, 2011. Constatou-se que a hiperplasia regrediu em todos os pacientes em que a Hp foi erradicada, enquanto não houve regressão nas situações sem a erradicação.

Conclusão: A HNL representa uma condição benigna, com mecanismos de desenvolvimento associados à carga antigênica elevada ou perturbação no processo de maturação de linfócitos. Relatamos um caso de associação aparente com estímulo antigênico distante (estômago), como relatado previamente na literatura, embora com mecanismo de desenvolvimento não elucidado.

Email: lorena_taveira@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

RELATO DE CASO DE DOENÇA POR CORPOS DE LEWY

Miguel França Costa; Maria Mikaela C. Zanetti Santarém; Natália Goulart Alves de Mello; Clayton Franco Morais

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A demência por corpos de Lewy (DCL), doença neurológica subdiagnosticada caracterizada por perda cognitiva, alucinações visuais e sinais parkinsonianos, tem recebido crescente atenção. Este trabalho tem a finalidade de descrever um caso de DCL e seu acompanhamento clínico através dos anos.

Descrição do caso: AFV, 79 anos, viúvo, natural do Maranhão. Familiares referem esquecimento, nervosismo, ansiedade e labilidade emocional com choro fácil há 7 anos. Há 6 anos houve piora progressiva do quadro e perda de memória recente. Associam-se alucinações visuais, auditivas e hiporexia. Resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) : 11/30. Há 4 anos evoluiu com agressividade verbal e física, parkinsonismo secundário e aumento da ansiedade. Foram referidos ainda delírios sensoriais, de ciúmes e troca dos hábitos diurnos pelos noturnos. Há 3 anos evoluiu com piora cognitiva e delírios persecutórios. MEEM: 4/30. Desde então refere progressão da dependência de cuidador e incontinência fecal e urinária. História Patológica Progressiva: Colisão automobilística com TCE há 11 anos. Episódios de síncope esporádicos. Ex-etilista e tabagista há 30 anos.

Discussão: Atualmente a DCL causa 10% a 25% das demências em idosos. É uma síndrome demencial similar à Demência de Alzheimer (DA), com déficits cognitivos graves que prejudicam social e profissionalmente o paciente, como no caso acima. Predominam distúrbios da atenção, da vigilância e de outras funções fronto-subcorticais e visuoespaciais, enquanto o déficit amnésico torna-se mais evidente no decorrer da doença. Isso pode ser demonstrado no caso pela lenta evolução dos sintomas durante os anos de curso da doença, apresentando inicialmente alterações emocionais e progredindo com perda da memória recente. O tratamento dos pacientes com DCL tem sido um dilema: por um lado, devido a seus sintomas extrapiramidais, muitos requerem tratamento dopaminérgico, aumentando o risco ou agravando delírios, alucinações e agitação; por outro lado, os antipsicóticos podem piorar sintomas parkinsonianos.

Conclusão: Atualmente a DCL é bastante subdiagnosticada sendo muitas vezes confundida com DA. Devido à sua incidência, prognóstico e tratamento, deve ser considerada como diagnóstico diferencial de demência. Um dilema existente na terapêutica é que, apesar de muitos apresentarem alucinações, delírios, rigidez e apraxia, vários apresentarão também hipersensibilidade à antipsicóticos. Assim, é importante que saibamos reconhecer a DCL a fim de aumentar a qualidade, a expectativa de vida e evitar iatrogenias.

Email: francacostas@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM BAIXA ESTATURA POR SÍNDROME DE RUSSELL-SILVER.

Dário da Silve Brayner Neto; Raquel ferreira; Carla Cristhian de Moraes; Renato João da Silva; Josenilson Antonio da Silva; Ricardo Freitas Fonseca

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O objetivo desse trabalho é fazer uma revisão bibliográfica sobre a síndrome de Russell-Silver (SRS) usando como base um caso colhido no hospital da criança de Brasília.

Descrição do caso: Paciente, masculino, oito anos, encaminhado ao ambulatório de genética pelo endocrinologista pediátrico para investigação de baixa estatura. Filho de um casamento consanguíneo, com pais primos em primeiro grau, paciente mostrava-se com baixa estatura acentuada, dolicocefalia discreta, fronte ampla, hipoplasia de face média, face triangular, orelha esquerda de baixa implantação, palato fechado, sobrelhas retas e desorganizadas em terço externo, fendas palpebrais oblíquas para baixo, raiz nasal alta com filtro alongado, dupla arcada dentária superior, discreta retrognatia, prega palmar única bilateral, quinto quirodáctilo com implantação proximal, clinodactilia e encurtamento bilateral. Radiografia de punhos realizada aos oito anos e três meses estipulou uma idade óssea de três anos e seis meses para o paciente.

Discussão: A SRS é uma síndrome genética de etiologia heterogênea que foi descrita em um estudo de um grupo de indivíduos com retardo no desenvolvimento intra-uterino e pós-natal, fenótipo que inclui assimetria lateral associada a características dismórficas como face triangular, clinodactilia do quinto dedo da mão e baixa implantação de orelha. Diversos estudos tem evidenciado haver uma heterogeneidade etiológica para a SRS, sendo que a maioria das etiologias deve-se a novas mutações dominantes. Por ter diversas etiologias e um quadro clínico variável, as ferramentas laboratoriais não costumam ser utilizadas como parâmetros para o diagnóstico, sendo este predominantemente clínico e de difícil confirmação. Pela grande variedade de manifestações clínicas e por não haver tratamento regulamentado, o doente deve ser avaliado e acompanhado por diversas especialidades de acordo com suas manifestações.

Conclusão: A SRS, por ser uma síndrome com quadro clínico variável, com diagnóstico difícil e frequentemente tardio exige uma maior atenção do profissional da área médica tanto para sua detecção quanto para o acompanhamento. Ainda não totalmente compreendida mesmo com diversos estudos em várias especialidades, é importante para o profissional da área de saúde estar atento à suas características a fim de poder ser feito o diagnóstico o mais precoce possível.

Email: pvbdario@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

RELATO DE CASO: EXTENSO HEMATOMA MAMÁRIO PÓS-ACIDENTE AUTOMOBÍSTICO

Nívia Maria Ximenes Sabóia; Thalita Ramos Ribeiro; Isadora Braga Seganfredo; Geanna Valentte de M. Dias; Renata Faria Silva

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar caso de extenso hematoma de mama em paciente previamente hígida vítima de acidente automobilístico, seu manejo clínico-cirúrgico e revisão bibliográfica, com vistas à importância do uso adequado do cinto de segurança.

Descrição do caso: Mulher, 43 anos, foi atendida um dia após colisão frontal automobilística, com lesão em mama esquerda (ME). Estava no banco dianteiro direito do veículo, não se recordava da velocidade no momento do acidente e usava cinto de segurança. Ao exame físico, observou-se hematoma em toda extensão dos quadrantes superiores (QS) da ME, além de equimose ocupando praticamente toda a mama. Observou-se ainda queimadura por fricção, com bolhas de conteúdo hialino desde a junção dos quadrantes externos até a face ântero-lateral direita do pescoço. Ecografia mamária mostrou imagem anecóica com grossos debrís, ocupando porção do QS interno e todo o QS externo da ME (vol: 288cm³). Indicada drenagem cirúrgica, com retirada de grande quantidade de coágulos e colocação de dreno. Feitos curativos no pós-operatório (PO), com boa evolução do quadro. No 5º dia PO, paciente recebeu alta em excelentes condições.

Discussão: Os acidentes automobilísticos estão entre as principais causas de morbimortalidade no mundo. As consequências do trauma podem ser prevenidas pelo uso correto do cinto de segurança. O cinto de três pontos deve ser posicionado com a tira abdominal passando na altura das cristas ilíacas e a tira diagonal passando pelo ombro. Neste relato, a lesão foi decorrente do posicionamento do cinto de segurança. Hematomas mamários são mais comuns após cirurgias na mama ou por traumas diretos, raramente são espontâneos, mas podem ser induzidos em usuárias de anticoagulante ou qualquer condição que cause trombocitopenia ou desordem de coagulação. Os hematomas de pequeno volume podem ser monitorados até a remissão completa. No caso descrito, foi necessária intervenção cirúrgica diante de hematoma volumoso evidenciado no exame físico e confirmado em exame de imagem.

Conclusão: O diagnóstico de hematoma deve ser considerado em todos os pacientes com massa mamária de aparecimento súbito e história recente de trauma. Em casos específicos, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de nódulos mamários. A drenagem cirúrgica se faz importante a fim de identificar sangramento ativo e evitar formação de abscesso. Vale ressaltar ainda a importância do uso adequado do cinto de segurança.

Email: niviximenes@yahoo.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

RELATO DE CASO: IMPETIGO

Isabela Rita de Carvalho Cunha; Rodolfo Giugliano; Marcos Dumont; Hugo Henrique Alves; Danielle Cristina Santos; Carolina Tavares

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O objetivo deste trabalho é relatar e discutir o caso clínico sobre impetigo do ambulatório de Pediatria do Hospital da Universidade Católica de Brasília (HUCB).

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 8 anos e 4 meses, compareceu ao ambulatório de Pediatria do CEA-HUCB relatando pontos eritematosos que evoluíram para placas, mediante coaçadura, e posteriormente crostas, principalmente na região axilar e escapular, com dimensões que variavam de 1 a 5 cm, há 1 semana. Negava febre, mialgia e perda de peso. Ao exame físico, o paciente se apresentava em bom estado geral, sendo que na ectoscopia apresentava-se hidratado, normocorado, anictérico, acianótico. Havia máculas eritematosas com 1 a 5 cm de diâmetro com formação de crostas no centro e pequenas pústulas de 1cm em membro superior e tronco.

Discussão: O impetigo é uma dermatose infecciosa provocada principalmente por *Staphylococcus aureus* e ocasionalmente por *Streptococcus* do grupo A. A doença pode se manifestar sob duas formas: com a formação de bolhas, Impetigo bolhoso e com a formação de vesicocrostas, Impetigo não-bolhoso. A infecção pelo *Streptococcus* se dá antes do aparecimento das lesões cutâneas, que são favorecidas por lesões de contiguidade da pele como trauma e picada de insetos. Outra forma eventual de infecção seria pelo trato respiratório. Já a infecção por *Staphylococcus* ocorre primeiramente na mucosa nasal e a partir daí ocorre à contaminação da pele. Estas bactérias podem se aproveitar também de afecções anteriores como escabiose e eczemas, quando, então, usa-se o atributo, impetizando para dermatose primária. A infecção é contagiosa.

Conclusão: Pode-se fazer um diagnóstico inicial de impetigo pelo exame das lesões (clínico), mas por vezes a confirmação exige um esfregaço do pus para exame laboratorial. Diante do quadro apresentado, foi estabelecida a hipótese de Impetigo não bolhoso, sendo que a conduta adotada a prescrição de Cefalexina suspensão, 250mg, para tomar 7,5ml a cada 6 horas, durante 10 dias e Permanganato de Potássio em pó, 1 cartela, devendo-se dissolver 1 envelope em 3l de água e passar nas lesões 1 vez ao dia.

Email: isabelarita@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

RELATO DE UM CASO FAMILIAR DE SÍNDROME TRICO-RINO-FALANGE TIPO I

Gabriela Fredo Manara; Fernando Marinho M. da Silva; Guilherme L. S. Prata; Andressa Silva Alcantara; Camila Antunes Lima; Maria Terezinha O. Cardoso

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar um caso familiar que foi primariamente diagnosticado como um distúrbio endocrinológico de baixa estatura.

Descrição do caso: Paciente 1, masculino, 12 anos, encaminhado pela endocrinologia devido à queixa de baixa estatura com necessidade de avaliação genética para possível início do tratamento hormonal. Paciente filho de pais sem consanguinidade, nascimento a termo via vaginal pesando 2650g e estatura de 45cm, foi amamentado exclusivamente até os 6 meses de idade e teve desenvolvimento neuropsicomotor normal. Atualmente não possui queixas além da baixa estatura. Ao heredograma foi possível observar incidência familiar da síndrome sendo relatada em outros 4 familiares, em 3 gerações consecutivas.

Discussão: A síndrome trico-rino-falange é uma malformação genética de herança autossômica dominante, caracterizada por anormalidades craniofaciais e esqueléticas. Pacientes portadores da síndrome possuem cabelos esparsos com implantação alta e quebradiços, alargamento da ponta do nariz, vulgarmente denominado “nariz em pêra”, filtro nasolabial longo, orelhas finas e protrusivas com implantação baixa. As alterações ósseas incluem epífises falangianas em “formato de cone”, malformações dos ossos do quadril e baixa estatura. O diagnóstico é possível devido a avaliação da mosaicidade da pequena deleção do segmento 8q24.12, e avaliações clínicas, laboratoriais e radiológicas auxiliam no diagnóstico diferencial principalmente com síndrome de Langer-Giedion, Síndrome de Sugio-Kajii e pseudo-hipoparatiroidismo.

Conclusão: Por serem comumente subdiagnosticados, o paciente pode ser tratado de forma errônea e submetido à condutas ineficazes. Por isso o conhecimento da síndrome e expressividade genética é necessário para prática médica correta.

Email: gabimanara@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

REVASCULARIZAÇÃO PERCUTÂNEA EM PACIENTE COM IAM SEM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST.

Guilherme de Freitas B. Borges; Edmur Carlos de Araújo; Danilo Lima Souza; Huberman França de Carvalho; Nathalia L. Bonifácio Guimaraes; Murilo Brito Luiz

Instituição: Universidade Católica de Brasília - UCB

Objetivo: Discutir a efetividade da angioplastia primária como opção terapêutica no tratamento do infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST.

Descrição do caso: C.O.S, 60 anos, aposentado. Refere "dor no peito" há 2 dias, em região retroesternal de moderada intensidade iniciada após esforço físico matinal com melhora após 5 a 10 minutos. Refere HAS controlada (Captopril), dislipidemia (estatina), tabagista e etilista. Voltou a apresentar dor torácica de leve intensidade em repouso e duração <10 min, procurando o HCB. Exame físico: BEG, corado, hidratado, anictérico, eupneico. FC:90, FR:16, PA:140/80. RCR, 2t, BNF, sem sopro. Sem alterações respiratórias, abdominais e em extremidades. ECG: sinusal, infra ST V4-V6 + D1 e AVL. CKMB:15,20 ng/ml; Troponina:3,32 µg/l; Mioglobina:44,0 ng/ml. ECO: alteração de relaxamento de VE; refluxo mitral discreto. Cate: DA ocluída ao nível do primeiro ramo marginal, VE hipocontrátil. Solicitada revascularização percutânea: implante de stent farmacológico na DA com sucesso. Evoluiu com melhora tendo resolução completa do caso.

Discussão: Apesar de apresentar um quadro típico de IAM sem supra de ST por evidências clínicas, eletrocardiográficas e laboratoriais que sugerem obstrução parcial da artéria coronária, o paciente apresentou oclusão completa de DA na coronariografia. Tal situação pode ser explicada pela intensa circulação colateral no VE derivada da coronária direita que supria parcialmente o ventrículo esquerdo. Após o implante do stent, o paciente apresentou melhora do quadro geral, com normalização do ECG e das enzimas cardíacas evidenciando correção do fluxo coronariano evitando o sofrimento miocárdico, reduzindo drasticamente a morbimortalidade do paciente, comprovando assim a eficácia do tratamento.

Conclusão: A técnica de revascularização percutânea mostrou-se importante tratamento do IAM sem supradesnível do segmento ST. O implante de stent farmacológico, restituiu a integridade da luz arterial com sucesso, permitindo o adequado fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco o que interfere diretamente na qualidade de vida e melhora sintomática dos pacientes. Tornando-se assim, procedimento atrativo e eficiente, com indicação crescente e resultados precoces e tardios seguros.

Email: guilhermedefreitas@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

RISCO DE TROMBOSE VENOSA E CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS

Mariana Carneiro Figueiredo; Angelo Rossi Neto; Isadora Maria Salgado e Juncal; José Gabriel Rodrigues Júnior; Clayton Franco Moraes; Osvaldo Sampaio Netto

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar os diferentes métodos contraceptivos hormonais e seus consequentes riscos de trombose venosa, através de revisão da literatura, levando-se em consideração que há no mundo cerca de 100 milhões de mulheres que utilizam tais métodos.

Metodologia e fonte de dados: Esta revisão foi baseada em artigos publicados em banco de dados virtual e a pesquisa foi feita pelos dados da Medline, Cochrane Library, PubMed e LILACS. Para a pesquisa, as seguintes palavras-chave foram usadas: “trombose venosa, ensaios clínicos, métodos contraceptivos hormonais, medicina baseada em evidências, doenças cardiovasculares, efeitos trombogênicos”.

Discussão: A trombose venosa merece destaque quando se considera os efeitos trombogênicos dos contraceptivos hormonais, devido à ação dos estrogênios e progestagênios. Em relação ao uso de contraceptivos orais combinados (COC), o estrogênio (geralmente o etinilestradiol) possui efeito pró-trombótico dependente de dosagem, e é responsável pelo aumento da trombina e de fatores da coagulação. O risco trombótico dos COC's não é apenas devido ao estrogênio, mas também devido ao tipo de progestagênio utilizado na combinação. Os progestagênios de terceira geração (gestodeno e desogestrel) são associados a um risco duas vezes maior de trombose do que os progestagênios de segunda geração (levonorgestrel), já que levam a desenvolvimento mais pronunciado de resistência adquirida à proteína C ativada, maior tendência à produção de fatores de coagulação e níveis mais baixos de antitrombina e proteína S. O levonorgestrel é o progestagênio associado ao menor risco para trombose, mas mesmo assim as usuárias do COC que o contém possuem um risco quatro vezes maior de desenvolver trombose do que as não usuárias de COC's. Já os progestagênios isolados não trazem risco relevante de trombose venosa, e por isso são indicados para pacientes com risco para trombose venosa. Os contraceptivos hormonais transdérmicos e vaginais não diferem da via oral em relação ao risco de desenvolvimento de trombo venoso.

Conclusão: Por ser o método contraceptivo mais utilizado, é de fundamental importância que haja a correta prescrição dos contraceptivos hormonais, respeitando as características individuais e levando em consideração os possíveis efeitos sobre a hemostasia. Deve-se escolher o método com menos riscos ao paciente, evitando trocas desnecessárias, já que os eventos trombóticos possuem mais chance de ocorrer no primeiro ano, após o quarto mês de uso, não havendo acúmulo do risco com o passar dos anos.

Email: marianafigueiredo23@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SATISFAÇÃO DOS PACIENTES PSEUDOFÁVICOS APÓS 6 MESES DE CIRURGIA PARA EXTRAÇÃO DE CATARATA

Aline Ferreira Freitas; Thaissa Matias Diniz; Isabela Cristina Naves Lucas; Sandra Maximiano de Oliveira; Josenilson Antônio da Silva; Mariana Matias Diniz Brito

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Avaliar a função visual, satisfação e o impacto na qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de catarata com implante de lente intra-ocular multifocal.

Material e métodos: Foram selecionados 40 pacientes que se submeteram à extração de catarata há mais de 6 meses com implantação de lente intra-ocular multifocal binocular. Esses pacientes responderam ao questionário sobre a função visual, satisfação e impacto na qualidade de vida além da independência dos óculos e presença de halos ou glares no pós-operatório. O paciente avaliou cada questão com nota de 0 a 10 onde 0 significava muito insatisfeito, 5 neutro e 10 muito satisfeito em ambos os olhos e definiu momentos que necessitava do uso dos óculos ou presença de halos (anéis em volta das luzes) e glares (dificuldade de ver placas pelas fortes luzes dos faróis). Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido sobre o presente estudo no pré-operatório.

Discussão: Sobre a satisfação da visão para longe, apenas 3% dos pacientes se sentiam muito insatisfeitos, enquanto 5% se consideravam neutros e 25% muito satisfeitos, sendo que 36 deram nota > 5, o que corresponde a 91%. Quando avaliados para visão intermediária (60-80 cm) a menor nota dada foi 3 por 3% dos pacientes e 84% deram nota > 5, desses 25% se consideram totalmente satisfeitos. Finalmente, sobre a visão para perto (30 cm), nenhum paciente se definiu como muito insatisfeito, 60% deram nota > 5 e 13% se consideram neutros. 53% dos pacientes realizariam a cirurgia novamente e 28% não, o restante não sabia responder. Enquanto 53% se submeteriam à cirurgia apenas para serem independentes dos óculos, 43% não concordariam. 68% recomendariam a cirurgia para amigos próximos ou familiares. Apenas 4 pacientes (10%) relataram a necessidade de óculos para situações específicas como ler a bula de remédio, jornal, livros ou para ver fotos. 55% se queixaram de glares e 63% de halos.

Conclusão: Foi evidenciado que a maioria dos pacientes se beneficiou com a cirurgia de extração de catarata com melhora da função visual para perto, intermediário e para longe. Com a independência dos óculos, 90% dos casos, os pacientes são capazes de realizarem atividades habituais com facilidade. Apesar da presença de glares e halos que dificultam a visão principalmente noturna, concluímos que houve melhora considerável na função visual e impacto positivo na qualidade de vida desses pacientes.

Email: alineff2812@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SEQUESTRO ESPLÊNICO AGUDO- RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA SOBRE PATOGENESE E DIAGNÓSTICO.

Sara Anieli da Costa Braz; Ronan Araujo Garcia; Ricardo Freitas Fonseca; Pedro Henrique Penedo

Instituição: Universidade Católica de Brasília e HRC

Objetivo: Os autores visam relatar um caso de sequestro esplênico em paciente pediátrico atendido no Hospital Regional da Ceilândia, bem como destacar a patogênese da doença e a abordagem diagnóstica .

Descrição do caso: Paciente masculino, 5 anos, foi admitido no HRC acompanhado de sua mãe, com queixa de febre e sonolência há três dias. Somava-se ao quadro alucinações visuais, vômitos, palpitações, dor precordial e urina escurecida. Mãe alegava uso de dipirona e amoxicilina por 3 dias, sem melhora do quadro. Paciente portador de anemia falciforme e história familiar anemia falciforme. Ao exame físico, apresentava-se hipocorado 4+/4+, taquicárdico, febril (39°C). Presença de crepitação em base pulmonar direita, sopro sistólico em foco mitral, FC: 160 bpm, fígado palpável à 2 cm do RBD, e baço palpável à 7 cm do RBE, com consistência endurecida; a oroscopia amígdalas hiperemiadas e hipertrofiadas. A avaliação laboratorial apresentava bilirrubinas, TGO e TGP baixas. A série vermelha revelava Hb de 3,9 g/dl e Ht de 11,8%. Não foi possível a contagem de reticulócitos. A hemocultura negativa.

Discussão: O sequestro esplênico é uma complicação com alto índice de morbidade e mortalidade em pacientes com doença falciforme. Possui instalação súbita, com queda progressiva nos índices de hemoglobina, podendo até evoluir para o choque hipovolêmico. Pode ser definido como diminuição da concentração sanguínea de hemoglobina maior ou igual a 2 g/dl comparada ao valor basal do paciente, acompanhada de sinais sugestivos do aumento da atividade eritropoética e aumento súbito das dimensões do baço. Porém, muitas vezes o diagnóstico é definido com base em parâmetros clínicos : esplenomegalia , palidez intensa e descompensação hemodinâmica, além de anemia acentuada. Sua maior incidência ocorre entre 3 meses a 5 anos de idade. Está relacionado ao aprisionamento de hemácias no baço, com aumento de tamanho do órgão e queda da hemoglobina, sendo frequente a associação com infecções virais ou bacterianas.

Conclusão: Tendo em vista a gravidade e a alta prevalência do sequestro esplênico em pacientes portadores de anemia falciforme, faz-se necessário que o mesmo seja prontamente diagnosticado e tratado. A abordagem deve ser imediata, com expansão da volemia e transfusão de glóbulos vermelhos. É importante também o estabelecimento de medidas preventivas: observação rigorosa, transfusão crônica e esplenectomia (dependendo da idade e gravidade), condutas por vezes controversas na literatura (BRUNIERA, 2007).

Email: sara_anieli@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SIMULAÇÃO DE CONTROLE DE BOMBAS DE INFUSÃO PARA CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

Henrique Freitas Araújo; Vinicius Martins Vilela; Lucas Figueiredo Lacerda; Barbara Stephane M. Jerônimo; Renata Soares Rainha

Instituição: Universidade Católica de Brasília - UCB

Objetivo: Desenvolver algoritmos de controle de bombas de infusão para controle de pressão arterial. Validar o algoritmo para experiências com animais.

Material e métodos: Será utilizado o software Matlab para as simulações e observações do resultado. Serão utilizados modelos matemáticos consagrados na literatura de infusão de noradrenalina e de nitroprussiato de sódio. Ao sinal da pressão arterial, serão inseridas perturbações para verificar se o algoritmo de controle é eficiente.

Discussão: O domínio da tecnologia de controle de sinais vitais a partir da infusão automática de medicamentos é importante para o estudo dessas técnicas. Este trabalho propõe dois algoritmos de controle das bombas de infusão tendo como referência um sinal de pressão arterial. A noradrenalina e o nitroprussiato de sódio foram escolhidos por sua aplicação clínica frequente. Tais controles consideram a dinâmica dos equipamentos, da infusão dos medicamentos e da resposta do organismo. Além disso, a zona alvo é a terapêutica objetivando a redução de efeitos colaterais. A resposta do sistema mostrou-se robusta às perturbações mantendo os níveis de pressão arterial dentro da zona alvo.

Conclusão: Os dois algoritmos utilizados mostraram-se eficientes nesta simulação. Pode-se, agora, utilizar os mesmos em animais.

Email: tirston@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA: UM CASO SUSPEITO

Marcelli Tainah Marcante; Andrea Nogueira Araujo; Ana Flavia Macedo Queiroz; Amanda Evelyn Goulart; Thayssa Boechat Tose

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A síndrome da criança espancada caracteriza um grave problema, com sérias consequências tanto físicas quanto psicológicas para a criança, logo é essencial um alto índice de suspeição do problema para que assim possam ser tomadas providências e a proteção da criança seja garantida.

Descrição do caso: E.C.B.S., lactente feminina, 4 meses, natural e procedente do DF, acompanhada pela mãe A.P. Paciente chegou ao PS Pediatria do HRC no dia 19/01/2012, com história de "queda da cama" há 5 horas e foi encaminhada ao HBDF para a realização de exames mais precisos. No exame físico foi encontrado equimose periorbitária direita, escoriação infrapalpebral esquerda e hematoma infrabdominal. Nos exames complementares foi constatado TCE com hemorragia subaracnóidea aguda e lesões cerebrais hipodensas, compatíveis com edema citotóxico. Evoluiu com crise convulsiva de difícil controle, precisando de anticonvulsivantes e ventilação mecânica. Na radiografia torácica pós-intubação foram notadas outras lesões: luxação de arco costal e contusão pulmonar. Ampliada a investigação de outros traumas e considerando a hipótese de "Síndrome do bebê espancado" foi feita a avaliação oftalmológica descrevendo vários pontos de hemorragia retiniana.

Discussão: Quando as crianças vítimas de maus tratos são levadas à procura de atendimento médico os familiares não fazem referência à essa possibilidade, atribuindo a outros motivos as alterações apresentadas pela criança, como no caso da E., quando a mãe refere que ela caiu da cama. A radiografia realizada após a intubação foi importante para que outros diagnósticos fossem considerados, os traumas apresentados pela paciente são incompatíveis com a história contada pela mãe, logo o exame oftalmológico confirmou o diagnóstico da Síndrome do bebê espancado, a partir dos pontos de hemorragia retiniana difusa característicos desta síndrome. O acompanhamento deve ser multidisciplinar e o caso deve ser encaminhado ao conselho tutelar a fim de evitar possíveis reincidências. A lactente encontra-se atualmente em acompanhamento no HRC, onde permaneceu internada na enfermaria por 19 dias e recebeu alta com proposta de acompanhamento periódico ambulatorial, para cuidados clínicos e reabilitação.

Conclusão: Após acompanhamento do caso foi possível concluir que uma das dificuldades se encontra no diagnóstico, que não está claro no primeiro momento, uma vez que o acompanhante apresenta a criança como vítima de trauma. O médico deve sempre estar atento aos sinais e suspeitar sobre a síndrome, pois uma vez que essa foi constatada a abordagem é complexa e os cuidados máximos, principalmente para que a criança não sofra futuramente com possíveis sequelas.

Email: c3ll1@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE ANGELMAN E IMPRINTING GENÔMICO

Greice Elen de Mello Garcia; Anna Karolinne Nascimento; Robert Pogue

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Abordar caso clínico relacionado à síndrome de Angelman. Analisar seus sintomas, diagnóstico e tratamento. Discutir sobre a expectativa de sobrevivência e desenvolvimento dos afetados pela síndrome que apresenta origem genética. Avaliar sobre a relação médico-paciente-família ao diagnóstico.

Descrição do caso: Bebê recém nascido, sexo feminino, chama a atenção dos pais quando apresenta humor inconstante, chorava e ria em momentos muito próximos sem explicação clara. Além disso, vomitava após quase totalidade das amamentações. Mesmo com a modificação da alimentação o vômito se manteve. Com 4 meses, as incidências do grave refluxo pioraram e o movimento físico parecia retardado e descoordenado. O bebê não ganhava peso adequadamente e com 5 meses apresentava sintomas de microcefalia e retardo no desenvolvimento também dos sons orais. Com 7 meses o peso do bebê apresentava déficit de aproximadamente 3 quilos.

Discussão: A análise sintomática é difícil quando o afetado é recém nascido devido ao falso humor saudável e refluxo visto como normal já que os esfíncteres dos bebês ainda estão em formação podendo gerar retorno do alimento ao esôfago ou boca. Apenas com um ano de vida a propensão de refluxos em bebês é amenizada. A sensibilidade médica em relação aos sintomas deve ser minuciosa e a solicitação do DNA para análise cromossômica é indispensável para confirmar o diagnóstico. A Síndrome de Angelman é resultado de uma falha no processo de imprinting genômico ocasionando deleção no braço longo do cromossomo 15 provindo de origem materna. Dessa forma, a informação é presente apenas da herança genética paterna. A síndrome não possui cura conhecida, mas com o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo deve-se diminuir os sintomas acarretados pela deleção, o que melhora a qualidade de vida do paciente.

Conclusão: Com o diagnóstico confirmado por análise cromossômica, como não há cura reconhecida, tratamentos como fonoaudiologia, fisioterapia intensa e estímulos ao desenvolvimento da atividade neural devem ser recomendados. É de extrema importância que haja acompanhamento médico por todo o período de vida para análise de evolução da síndrome. A família nuclear também deve manter acompanhamento psicológico para saber lidar com as consequências da síndrome no paciente para que todo o auxílio seja possível.

Email: elengracie@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE FOURNIER: UM ESTUDO DE CASO

Larissa Radd Magalhães de Almeida; Granville Garcia de Oliveira; Juvenal Fernandes dos Santos; Rafael Rodrigues Oliveira; Haliny Stéphanhy de Oliveira; Wellber Nogueira de Jesus

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Em homenagem ao urologista Frances Jean A. Fournier, descritor da síndrome de Fournier em 1863, o presente estudo visa uma abordagem das principais peculiaridades da mesma, de forma a desmistificá-la através de uma revisão de seu conceito, etiologia, quadros clínicos e possíveis tratamentos.

Descrição do caso: I.A.D.S., 53 anos, do sexo feminino, branca, casada, dona de casa, natural de Goiânia, internada dia 11/05/2011 e exame realizado dia 10/09/2011. Paciente obesa, portadora de diabetes mellitus tipo II, para o qual faz uso de metformina, relata ter apresentado quadro de prurido e sangramento vaginal após qualquer ato sexual há 2 anos. Na mesma região apareceu um abaulamento hiperêmico e edemaciado há 5 meses. Após a avaliação médica em Anápolis, foi levada às pressas ao HFA para início rápido de tratamento por meio de cirurgia bariátrica. Para tal foi necessária realização de hemotransfusão (7 frascos de 500 ml cada). Revela perda de 28 kg gradativos na internação, febre, sudorese, astenia. Nega ser etilista. Quando questionada aos seus antecedentes patológicos, afirma ter realizado 3 cesáreas; histerectomia há 14 anos após diagnóstico de HPV e histórico de câncer cervical há 2 anos.

Discussão: A Síndrome de Fournier é uma patologia de infecção polimicrobiana grave, rara, de rápida progressão causada por bactérias aeróbias e anaeróbias sinergicamente. Apresenta-se por endarterite obliterante, que origina trombose vascular subcutânea e necrose tissular em regiões genital, perianal e perineal. É uma patologia que ocorre mais frequentemente em homens, afetando todas as faixas etárias, com uma média de 50 anos. Alguns fatores predisponentes incluem: imunossupressão, doenças crônicas, alcoolismo, senilidade, obesidade. Segundo alguns estudos, a mortalidade é de 30 a 50% mesmo após submetidos a cirurgia imediata. O paciente apresenta uma espécie de estado toxêmico com febre alta, calafrios, náuseas, vômitos e prostração em poucas horas. O tratamento visa um controle metabólico, hemodinâmico, antibioticoterapia e desbridamento cirúrgico.

Conclusão: O índice de mortalidade dessa síndrome está relacionada a diagnósticos e tratamentos realizados imediatamente. Por ser uma patologia rara e pouco divulgada, os profissionais da área de saúde correm o risco de prestarem cuidados tardios e pouco eficazes, podendo elevar essa taxa a 100%. No presente caso, apesar de vários fatores de risco como a obesidade, DM, histerectomia prévia, carcinoma cervical e relações sexuais frequentes, a paciente sobreviveu graças ao início precoce do tratamento.

Email: larissaradd@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ – RELATO FAMILIAR

Fernanda Santarem de Oliveira; Maria Teresinha O. Cardoso; Janinne Barboza Rangel Rosa; Sílvio Batista Arante; Romina S Heredia; Frederico Timoteo Silva Cunha

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever uma síndrome dismórfica de predisposição ao câncer com caráter familiar.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino com 11 anos de idade foi encaminhada pelo cirurgião buco-maxilo-facial ao serviço de Genética Médica do HBDF devido à presença de queratocistos maxilares e deficiência mental. Na anamnese, foram relatados atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e dificuldade de aprendizagem. O exame físico revelou macrocrania, estatura elevada, fâcies grosseira, sobrelanceadas arqueadas e fundidas, prognatismo e nevobasocelulares em face e dorso. Exames complementares solicitados como ecografia abdominal e radiografia de crânio não mostraram alterações. Na história familiar, a mãe e o tio materno apresentavam manifestações semelhantes, caracterizando uma herança autossômica dominante com penetrância completa.

Discussão: A Síndrome do Nevo Basocelular foi relatada em 1894, mas apenas em 1960 os achados clínicos foram sistematizados por Gorlin e Goltz. A sua prevalência é estimada em 1:60000, acometendo todos os grupos étnicos, com a maioria dos relatos em brancos, sem predomínio entre os sexos. Esta síndrome resulta de mutações no PTCH1, um gene supressor de tumor, e é transmitida de modo autossômico dominante com elevada penetrância e expressão fenotípica variável. É, portanto, uma síndrome de predisposição ao câncer cujas principais características clínicas compreendem múltiplos tumores odontogênicos queratocísticos, carcinomas basocelulares e anomalias esqueléticas. Manifestações neurológicas, oftálmicas, endócrinas e genitais são agora conhecidas e também estão associadas a esta síndrome. O diagnóstico é fundamentalmente clínico, obedecendo a critérios específicos.

Conclusão: O tratamento da Síndrome de Gorlin depende de suas manifestações clínicas, por isso muitas vezes os pacientes afetados necessitam de acompanhamento com uma equipe multidisciplinar. Dessa forma, a família descrita será avaliada periodicamente devido ao risco de neoplasias associadas. É importante ressaltar que o diagnóstico precoce facilita a escolha por terapias mais conservadoras e permite que os pacientes e seus familiares tomem conhecimento dos prováveis riscos hereditários da desordem.

Email: fernandasantarem@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE MIRIZZI: RELATO DE CASO

Octavio Magalhães do Vabo Neto; Raphaele Camargo Leite Pereira; André Luis V. G. de Oliveira; Ederval Leite Pereira Filho; Bruno Almeida Oliveira; Ismar Ribeiro Júnior

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever essa importante síndrome, que apesar de rara – cerca de 0,7 a 1,4% de pacientes submetidos à colecistectomia, totalizando 0,1% das patologias biliares – é usualmente encontrada nas provas de graduação e residência médica, salientando sua dificuldade diagnóstica, classificação e tratamento.

Descrição do caso: FOPD, 66 anos, masculino, paraense, obeso. Há 2 anos com episódios de leve dor abdominal em cólica em HCD e náuseas, após libação alimentar. Há 10 dias, a dor piorou e evoluiu com icterícia, colúria, hipocolia fecal e febre. Procurou atendimento particular: ao exame, icterícia (3+/4+), sinal de Murphy + e febre de 38,3°C; solicitada USG: cálculos na vesícula, dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e colédoco com 4mm. Encaminhado ao Hospital Amazônia com quadro de colecistite e colelitíase. Internado em tratamento sintomático e ATB; realizou CPRE: estreitamento do ducto hepático comum e sem coledocolitíase. No 10º DIH foi realizada laparotomia exploradora: cálculo impactado no ducto cístico e fistula bilio-biliar com obstrução de 50% do hepático comum; feita cirurgia de Sondblom (colecistectomia parcial + coledocoplastia + dreno de Kehr); evoluiu bem, recebendo alta no 11º DPO.

Discussão: A síndrome de Mirizzi é a obstrução do ducto hepático comum por cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula e secundário a processo inflamatório. Está relacionado com colelitíase crônica e colangite recorrente. A clínica é de síndrome colestática (icterícia, colúria, hipocolia fecal, prurido) progressiva, complicada com episódios recorrentes de colangite bacteriana aguda (icterícia, dor biliar e febre). O diagnóstico é auxiliado por USG, TC, CPRE, mas confirmado intra-operatório. É classificada por Csende: tipo I = sem fistula; tipo II, III e IV = com fistula bilio-biliar (II: envolve até 1/3 do ducto hepático, III: até 2/3 e IV: toda circunferência). O tratamento é cirúrgico, com remoção dos cálculos, colecistectomia e correção da fistula: I = exploração do ducto biliar + dreno de Kehr; II = sutura da fistula; III = cirurgia de Sondblom; IV = anastomose bilio-entérica.

Conclusão: Apesar do diagnóstico pré-operatório ser raro nos pacientes com síndrome de Mirizzi, ela deve ser sempre suspeitada na colelitíase crônica e prontamente identificada no intra-operatório para evitar lesões biliares inadvertidas, pois a doença por si só aumenta o risco de lesões iatrogênicas, por deformar a anatomia biliar. Apesar da era da colecistectomia laparoscópica, o método aberto deve ser o de escolha, devido às dificuldades cirúrgicas.

Email: octavio_vlb@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN

Alessandra Cerri Bertolino; Aressa Leal Feitosa; Camila Laiana Dias Silva; Manoela Fassina Barros; Daniele Oliveira da Silva

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Reunir as principais informações sobre uma síndrome psiquiátrica pouco conhecida e abordada na prática médica, a Síndrome de Münchhausen. A finalidade é apresentar elementos para sua suspeita e seu diagnóstico, auxiliando na condução e no tratamento adequado de casos clínicos notoriamente complexos.

Metodologia e fonte de dados: Utilizou-se de revisão de literatura. Foram consultados artigos científicos diagnósticos, terapêuticos e históricos sobre o tema. A busca dos artigos foi realizada no período de março a abril de 2012, pela Biblioteca Virtual e m Saúde(BVS), por meio das fontes Scielo, Medline e Lilacs.

Discussão: A síndrome de Münchhausen (SM) é uma doença psiquiátrica enigmática, em que os pacientes simulam sintomas e provocam evidências para serem considerados doentes, sendo submetidos a múltiplas investigações, intervenções e tratamentos desnecessários. Existem diferentes teorias sobre a sua patogênese, como disfunção do hemisfério direito, anormalidades no sistema nervoso central e traumas psicológicos. Predomina em homens, entre os 4 e 79 anos de idade, e o paciente geralmente possui traços antissociais. As apresentações sintomáticas mais clássicas são dor abdominal aguda, tipo hemorrágico, convulsão, parestesia e outras manifestações neurológicas. A SM por procuração, variação da doença, ocorre quando um parente, comumente a mãe, provoca sinais e sintomas de doenças em uma criança, constituindo-se uma forma de abuso infantil. O tratamento, difícil pela não aceitação dos doentes, baseia-se principalmente em psicoterapia e medidas de suporte físico, psicológico e social. Tenta-se buscar motivos para o transtorno, conscientização e conforto do paciente, evitando recidivas. O uso de medicações pode ser necessário. Na SM por procuração, é importante afastar a criança do responsável e avaliar se há complicações físicas e psicológicas do abuso que requerem tratamento. As abordagens terapêuticas ainda mostram resultados insatisfatórios, não existindo consenso quanto ao melhor tratamento.

Conclusão: A SM é complexa e exige investigação minuciosa, dependente de alto índice de suspeição. Os pacientes não se reconhecem como doentes psiquiátricos, não aceitam tratamento e continuam a induzir equipes médicas a solicitar procedimentos desnecessários. Há poucos estudos sobre a doença, além de divergências literárias, o que dificulta diagnóstico e intervenção. O início para uma boa abordagem desses pacientes seria que equipes de saúde estivessem cientes da existência da SM e soubessem reconhecê-la.

Email: alessandra.cbertolino@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE OGILVIE

Débora Louise Lopes da Costa; Jovita Fernandes de Castro; Ítalo Vieira Barros; Renato Costa Sousa

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever a fisiopatologia, fatores predisponentes e quadro clínico síndrome de Ogilvie, bem como a impotância de seu manejo precoce.

Metodologia e fonte de dados: Realizou-se revisão bibliográfica utilizando os bancos de dados Lilacs, IBECs, Medline, Biblioteca Cochrane e Scielo, entre os anos de 2002 a 2012, por meio do descritor Síndrome de Ogilvie.

Discussão: A síndrome de Ogilvie, ou pseudo-obstrução colônica, caracteriza-se por dilatação maciça e aguda do cólon, principalmente do ceco, na ausência de obstrução orgânica. Postula-se que a sua fisiopatologia seja uma excessiva supressão parassimpática e/ou estimulação simpática, que resultam em atonia do cólon. Está associada a diversas comorbidades, como cirurgia recente, trauma, septicemia, entre outras. Ocorre principalmente em idosos, com predomínio no sexo masculino. Náuseas e os vômitos ocorrem em mais de 50% dos casos e, embora a interrupção do trânsito intestinal faça parte do quadro, em mais de 40% dos casos os pacientes continuam eliminando gases e/ou fezes, geralmente diarreica. O diagnóstico é feito por exclusão, baseado nos achados clínicos e exames complementares de imagens. O exame radiológico de abdômen mostra distensão de alças, porém sem níveis líquidos, típicos de obstruções mecânicas. Se não tratada precocemente pode evoluir para perfuração, peritonite e óbito. O tratamento conservador inclui tratamento das comorbidades e o uso de medicamentos como os parassimpatomiméticos. Se o ceco estiver maior que 12 centímetros, se houver aumento progressivo do cólon ou agravam ento do quadro clínico, deve-se realizar descompressão colônica precoce (por métodos endoscópicos), e na sua falha, deve-se proceder com tratamento cirúrgico (cecostomia ou hemicolectomia direita).

Conclusão: A síndrome de Ogilvie deve receber especial atenção dada a sua elevada taxa de mortalidade e sua maior incidência em pacientes idosos, cada vez mais frequentes nos serviços médicos. Esta patologia deve ser considerada no diagnóstico diferencial dos pacientes que apresentam distensão abdominal pós-operatória e em pacientes com comorbidades. Quando o diagnóstico ocorre de modo precoce, diminui a necessidade de intervenção cirúrgica e a morbimortalidade.

Email: abelha_louise@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE PRADER-WILLI

Anna Karolinne Nascimento; Greice Elen de Mello Garcia; Robert Pogue

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Analisar os sintomas e as causas da síndrome de Prader-Willi e abordar os aspectos genéticos relacionados. Discutir os tratamentos existentes hoje e como o diagnóstico precoce pode evitar o agravamento da síndrome e aumentar a expectativa e qualidade de vida do paciente.

Descrição do caso: M.A. nasceu de 38 semanas em um parto sem complicações. Porém, logo após o nascimento, os pais perceberam que a criança estava hipotônica e apresentava dificuldades na sucção. No exame físico o médico observou hipogonadismo, características faciais peculiares como canto da boca para baixo, além de letargia, choro fraco e reflexos diminuídos. O médico incluiu testes de para infecções congênitas, hipotireoidismo congênito e dosagem de amônio sanguíneo, aminoácidos plasmáticos e ácidos orgânicos na urina. Os resultados para os testes eram normais. Após alguns meses, a dificuldade de alimentação diminuiu e a criança passou a apresentar hiperfagia e desenvolver obesidade. O médico solicitou uma análise genética e foi diagnosticado uma ausência de genes paternos ativos no cromossomo 15, no segmento 15q11q13, caracterizando a síndrome de Prader-Willi.

Discussão: normalmente o diagnóstico da síndrome de Prader-Willi é tardio, já que a hipotonia melhora progressivamente e o problema para se alimentar também se resolve. A segunda fase é caracterizada por hiperfagia e ganho de peso, que pode ser erroneamente relacionado a melhora da má nutrição inicial. Além da obesidade, observa-se o hipogonadismo, deficiência motora, leve retardo mental, esterilidade, crises temperamentais e distúrbios obsessivo-compulsivos. Essa síndrome é uma das mais frequentes relacionadas a microdeleções cromossômicas, resultante de uma falha no imprinting genômico no cromossomo 15 de origem paterna, assim a informação vem apenas do cromossomo materno.

Conclusão: Atualmente, não há medicamento para tratar a hiperfagia, porém o uso de hormônio do crescimento pode normalizar a altura e aumentar a massa magra. O uso de hormônios sexuais promove as características secundárias. O conhecimento necessário para um diagnóstico correto era sobre os mecanismos de imprinting. A síndrome de Prader-Willi é a causa mais comum de obesidade de origem genética, e seu correto diagnóstico pode evitar preconceito e melhorar a qualidade de vida de seus portadores.

Email: karolinne.nascimento@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE SILVER-RUSSEL

Anna Karolinne Nascimento; Ludmila Eckstein Canabrava; Greice Elen de Mello Garcia; Robert Pogue

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Descrever a base molecular e os sintomas da síndrome de Silver-Russell. Analisar suas características principais e as possíveis formas de diagnóstico e tratamento. Entender os mecanismos epigenéticos relacionados e utilizar o conhecimento para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Descrição do caso: O indivíduo nasceu de parto normal, a termo, com peso normal. A família percebeu retardo no desenvolvimento motor e cognitivo geral incluindo dificuldade no controle cervical e na marcha que só foi possível tardiamente, apresentando quedas frequentes. Produção de frases simples e dificuldade para narrativa também fazem parte do quadro clínico. Apresentava controle dos esfíncteres de maneira deficiente e no trato digestório frequente sialorréia e dificuldades na sucção e engasgos. O paciente passou por vários médicos sem que sua doença fosse descoberta com certeza, finalmente, foi diagnosticado em Brasília com os principais sinais clínicos da síndrome de Silver-Russell. A análise molecular deveria focar em análise de inativação do cromossomo 11 na porção 11p15 para confirmar a suspeita da síndrome que tem sua causa baseada em um defeito no mecanismo de imprinting em até 65% dos casos.

Discussão: A síndrome de Silver-Russell se caracteriza por retardo de crescimento intra-uterino e pós-natal, dismorfias faciais, problemas alimentares e frequente assimetria corpórea. De 20%-65% dos pacientes possuem perda na metilação do cromossomo 11p15, caracterizando uma síndrome epigenética. O diagnóstico é dado pela presença de pelo menos três das seguintes características: recém nascido pequeno para a idade gestacional; baixa estatura; padrões faciais característicos; clinodactilia do quinto dedo; e assimetria corpórea. O tratamento é feito com hormônio do crescimento, fazendo com que a criança tenha um padrão de crescimento dentro, ou o mais aproximado possível, da normalidade. Certos portadores podem desenvolver tumor de Wilms ou/e craniofaringeo que enfatiza a importância da avaliação anual com ultra-som de abdome total e tomografia axial computadorizada de crânio.

Conclusão: Para o suprir o retardo do desenvolvimento estrutural, o tratamento com hormônio GH recombinante mantém um efeito benéfico na composição corpórea demonstrando um aumento na massa muscular e uma diminuição na massa gorda após o tratamento dessas crianças. Em relação à deficiência cognitiva o auxílio de acompanhamento fonoaudiólogo e psicológico é essencial. Por ser uma síndrome rara, seu diagnóstico é dificultado sendo necessário um aprofundamento no conhecimento durante a formação acadêmica.

Email: karolinne.nascimento@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA.

Luís Henrique Jorge e Costa; Giovana Ferraz Cavalcanti; Dante Escórcio Tavares Silva; Tainah de Almeida Silva

Instituição: UCB

Objetivo: Esta revisão é feita de modo a esclarecer de forma simples e pontual a Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, facilitando o seu diagnóstico. Trata-se de doença rara e pouco discutida no meio acadêmico. Abordamos brevemente os aspectos clínicos, oftalmológicos, dermatológicos e neurológicos da Doença.

Metodologia e fonte de dados: Para essa revisão de literatura, foram pesquisados nos indexadores Scielo, Pubmed e Lilacs, as palavras-chaves: Vogt, Koyanagi e Harada. Levou-se em conta artigos na língua inglesa ou portuguesa, a partir do ano 2000, específicos sobre a doença e que adotassem os novos critérios diagnósticos. A Síndrome é pouco abordada em tratados de clínica médica, oftalmologia ou neurologia.

Discussão: A Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, é uma desordem sistêmica raríssima, que atinge principalmente negros e asiáticos entre a terceira e quarta décadas de vida e caracterizada-se por uma pan-uveíte bilateral crônica e granulomatosa e envolvimento do sistema nervoso central, pele, fâneros e ouvido interno. A fisiopatologia ainda não foi completamente elucidada mas sabe-se que há um distúrbio auto-imune mediado por linfócitos T contra os melanócitos, o que tem papel crucial na evolução da doença. Daí a propensão da doença em afetar áreas onde há melanócitos. A apresentação clínica pode englobar um amplo espectro de sintomas em cada um dos sistemas afetados e se combinar de diversas formas, o que dificulta o diagnóstico e abre o leque de diagnósticos diferenciais. No entanto é comum a apresentação em três fases: Prodrômica, uveítica e de convalescença. Na fase prodrômica, com duração de alguns dias, encontram-se sinais de inflamação, fotofobia, meningismo, disartria ou hemiparesia. Na fase Uveítica que dura de semanas a meses encontram-se turvação visual e dor ocular bilaterais. Zumbido e disacusia podem ocorrer. A fase de convalescença se inicia nos primeiros três meses de doença e se caracteriza pelos sinais cutâneos como vitiligo simétrico em cabeça e troncos, alopecia e Poliose dos cílios (sinal mais característico da doença, presente em 90% dos pacientes.).

Conclusão: Quando há reconhecimento dos sinais e sintomas acima citados, o diagnóstico de VDK deve ser sempre considerado. O paciente deve ser avaliado e enquadrado dentro dos novos critérios diagnósticos como Síndrome de VDK completo, incompleto ou provável e seu tratamento, com altas doses de corticosteroides, deve ser iniciado o mais precoce possível afim de evitar a inflamação meníngea e sequelas oftalmológicas. Comumente os sintomas auditivos são revertidos enquanto os dermatológicos são permanentes.

Email: luishenriquecosta@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SÍNDROME HELLP: UMA REVISÃO CONCEITUAL E TERAPÊUTICA

Hélio Henrique Medeiros Pires; Thiago Taya Kobayashi; Bárbara Vieira Carneiro; Feliph Miquéias A. de Souza; Fábio Santana dos Passos

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Apresentar uma revisão de literatura, feita a partir de fontes confiáveis e relevantes, do conceito e tratamento da Síndrome HELLP, a qual poderá proporcionar um melhor entendimento e, conseqüentemente, uma melhor conduta terapêutica diante desse quadro potencialmente grave.

Metodologia e fonte de dados: O estudo trata-se de uma revisão da literatura científica referente ao conceito e condutas terapêuticas da Síndrome HELLP. As informações foram colhidas de artigos científicos e guidelines encontrados a partir de pesquisas em bases de dados (PUBMED, Scielo, Medline), através das palavras-chave: "HELLP Syndrome", "treatment of HELLP", "Corticosteroids for HELLP", "Management of HELLP".

Discussão: A síndrome HELLP (H = Haemolysis, EL = Elevated Liver enzymes, LP = Low Platelets) é considerada por muitos autores como uma evolução grave da pré-eclâmpsia, que pode acontecer durante a gestação ou no puerpério, devendo ser rapidamente diagnosticada e tratada para evitar os agravos multissistêmicos decorrentes de sua evolução. A patogênese da Síndrome HELLP ainda não é bem compreendida e seus valores de referência para diagnóstico variam na literatura atual. Consideraremos como uma anemia hemolítica microangiopática que pode ser identificada pelos seguintes critérios diagnósticos: Hemólise verificada por LDH ≥ 600 U/I, bilirrubina $\geq 1,2$ mg/dl, esquizócitos no esfregaço de sangue periférico; Enzimas hepáticas elevadas verificadas por TGO ≥ 70 U/I, TGP ≥ 50 U/I, LDH ≥ 600 U/I; Trombocitopenia verificada por plaquetas $\leq 150.000/mm^3$. Após reconhecimento, o tratamento é de suma importância. A literatura sugere principalmente: Interrupção imediata da gestação, normalmente realizada quando > 34 semanas de gestação; Interrupção da gestação em até 48 horas com tentativa de estabilização da gestante com corticoterapia, sendo esta a mais indicada para gestantes entre 27 e 34 semanas; ou tratamento conservador, aonde se observa por 48 a 72 horas a evolução do quadro, com ou sem administração de corticoides, sendo esta mais recomendada para gestações abaixo de 27 semanas.

Conclusão: Sem dúvidas, a Síndrome HELLP é uma condição grave que está intimamente relacionada com taxas significativas de morbi-mortalidade em gestantes. Infelizmente ainda há muito a se descobrir sobre tal síndrome, necessitando assim de estudos mais profundos acerca deste assunto. O conhecimento adequado da doença poderia nos proporcionar um diagnóstico precoce, além do desenvolvimento de melhores condutas.

Email: mphenrique@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

SINDROME METABÓLICA E DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Isadora Maria Salgado e Juncal; Mariana Carneiro Figueiredo; Angelo Rossi Neto; José Gabriel Rodrigues Júnior; Osvaldo Sampaio Netto

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relacionar a síndrome metabólica com a principal causa de mortalidade no Brasil, doenças cardiovasculares, e ressaltar a importância de se ter um estilo de vida saudável.

Metodologia e fonte de dados: Esta revisão foi baseada em artigos dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia e a pesquisa foi realizada pelos dados da Medline, Cochrane Library, PubMed e LILACS. Para a identificação, as seguintes palavras-chave foram usadas: “síndrome metabólica, ensaios clínicos, exercício, dieta com restrição de gorduras, medicina baseada em evidências, doenças cardiovasculares”.

Discussão: Doenças cardiovasculares sofrem influência de alterações orgânicas, como na pressão arterial e metabolização de lipídios e glicídios, os quais se resumem na Síndrome Metabólica (SM).¹ O aumento do peso é preditor para a síndrome metabólica, embora alguns obesos não apresentem. Populações não obesas também se são afetadas pela SM e mortalidade cardiovascular.² A SM é também caracterizada pela hipertensão arterial, diabetes, aumento de triglicérides e diminuição do HDL. Quem apresenta tais características aumentam as chances de morte por doenças cardiovasculares, como AVC e infarto.³ A gordura visceral, conexão entre o tecido adiposo e a resistência insulínica, é um excelente quantificador para a identificação de indivíduos propícios a apresentarem SM e assim começar um tratamento profilático para diminuir as alterações metabólicas sobre a mortalidade cardiovascular.² O primeiro tratamento deve ser a melhoria no estilo de vida. O sedentarismo e a obesidade aumentam o risco de SM e DM2. Estudos mostram que dieta rica em cereais integrais^{4,5} e ácidos graxos poliinsaturados⁶, com redução em ácidos graxos trans e de alimentos hipoglicêmicos^{4,7} diminuem os riscos de DM2, assim como fim do tabagismo e limitação do etilismo e estresse. A redução no risco de desenvolver diabetes está ligada às mudanças do estilo de vida⁸.

Conclusão: Doenças cardiovasculares como, AVC e infarto, estão diretamente relacionadas com distúrbios metabólicos, que mesmo frequente em obesos pode se associar à uma população fora do padrão de obesidade. E por tais doenças serem a causa do maior índice de mortalidade no Brasil, é necessário a adaptação a um novo estilo de vida para que não seja necessário começar um tratamento farmacológico.

Email: isadorajuncal@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

TERAPIA COGNITIVA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM ESTUDO DE CASO.

Juvenal Fernandes dos Santos; Rafael Rodrigues Oliveira; Haliny Stéphany de Oliveira; Larissa Radd Magalhães de Almeida; Wellber Nogueira de Jesus

Instituição:

Objetivo: Pretende-se demonstrar a eficácia da Terapia Cognitiva para a depressão, transtorno que, segundo a OMS, superará a prevalência de neoplasias e DCVs em todo o mundo. Correlacionado com absenteísmo, suicídio, alcoolismo e diversos transtornos psiquiátricos, demanda a eleição de terapêuticas eficazes.

Descrição do caso: A, 35 anos, feminino, separada, mãe de uma criança, nível superior, consultora de vendas, veio à consulta por apresentar, há três meses, dificuldade de concentração, ideação suicida, insônia, hiporexia, perda ponderal de 15kg em três meses, esquiva social, anedonia, ideação de culpa, auto-crítica exacerbada, estando resistente à farmacoterapia. Seu quadro depressivo iniciou-se três meses prévios à avaliação inicial, desencadeado por separação conjugal. Como linha terapêutica, empregou-se a Terapia Cognitiva (TC) de Aaron Beck (1997), abordando-se crenças de não-estima, inadequação e vulnerabilidade. Atingiu-se as metas de alívio de sintomas, manutenção e generalização de ganhos e prevenção de recaída, em tratamento de quinze consultas. Sessões de follow-up demonstraram a efetividade do tratamento. Os estados de humor em todas as sessões foram avaliados com as escalas BDI, BHS e BAI.

Discussão: Pacientes depressivos têm a tendência aumentada de aplicar um viés negativo no processamento de informação. Para Beck, a depressão resultaria de uma espiral negativa descendente, dado que interpretações exageradamente pessimistas resultam em queda de humor, conduzindo a interpretações ainda mais negativas, em um processo que explica a instalação e a manutenção do transtorno depressivo. A paciente avaliava-se autodepreciativamente, percebendo o mundo externo como hostil, injusto e rejeitador, projetando um futuro de desconforto igual ou pior. A TC favoreceu a reestruturação cognitiva, restabelecendo a flexibilidade cognitiva, que lhe possibilitou a modulação emocional. A paciente aprendeu a identificar, avaliar e contestar pensamentos negativos resultantes de crenças disfuncionais, com ganhos permanentes que persistiram após a alta, avaliados em três sessões de follow-up em dois anos.

Conclusão: A eficácia da TC mostra-se relevante face ao sucesso limitado de farmacoterapia exclusiva, seja devido à resposta insatisfatória, ou devido à descontinuação por efeitos adversos. Defensores das intervenções psicoterápicas alegam que estas conferem ganhos permanentes, prevenindo recaídas. Outras pesquisas recomendam a associação de farmacoterapia e psicoterapia. Diante dessas evidências, o profissional médico deverá instrumentar-se para decidir acerca da melhor terapêutica para o seu paciente.

Email: juvenalfernan@yahoo.com.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

TERAPIA HORMONAL E O CÂNCER DE MAMA: DESAFIOS E PARADOXOS

Lorene Laiane Ferreira Silva; Marcela Ortega Bittar; Huberman França de Carvalho; Anderson de Azevedo Damasio; Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes; Parizza Ramos de Leu Sampaio

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: A terapia de reposição hormonal (TH) vem sendo alvo de discussões nos últimos anos devido a diversos estudos que procuram relacionar seu uso a um potencial risco de câncer de mama. Esta revisão busca mostrar ambos os lados dessas vertentes e discutir seus pontos de conflito.

Metodologia e fonte de dados: Foi realizada uma revisão de 2 principais estudos os quais são considerados marcos do estudo do risco de câncer de mama na terapia hormonal: 1. Million Women Study Collaborators. Publicado no The Lancet em 2003. 2. Does hormone replacement therapy cause breast cancer? An application of causal principles to three studies. Publicado no Journal of Family Planning and Reproductive Health Care em 2012.

Discussão: No The Million Women Study após serem analisadas 1084110 mulheres britânicas com idades entre 50-64 anos entre 1996 e 2001, forneceu informações sobre o uso de TRH e outros detalhes pessoais, e foram acompanhados por incidência de câncer e morte. Metade das mulheres haviam usado TRH; e houve a incidência de 9364 cânceres de mama invasivos e 637 mortes por câncer de mama foram registrados após uma média de 2,6 e 4,1 anos de seguimento, respectivamente. As usuárias recentes da TRH eram mais prováveis a desenvolver câncer de mama, com um risco relativo de 1,66 e de óbito de 1,22. Usuários passados de TRH, no entanto, não apresentam um risco aumentado ou doença fatal RR: 1,01 e 1,05. A incidência foi significativamente maior para os usuários recentes de preparações que contenham apenas estrogênio. Já no estudo publicado recentemente "Does hormone replacement therapy cause breast cancer?", foi-se feita uma re-análise do ponto de vista epidemiológico, de vários vieses do "The Million Women". Um dos primeiros pontos tratados é o do tempo: Como é óbvio, a TRH não pode causar câncer de mama se primeiro usado apenas após o seu início. A carcinogênese começa após danos ou espontâneas mutações celulares. Para iniciação, em média, leva pelo menos 5-10 anos. Há também o viés de informação que é óbvio a qualquer estudo e de detecção - já que mulheres em TRH fazem mais exames de rotina.

Conclusão: Há diversos vieses ainda a serem esclarecidos quanto ao uso de terapia de reposição hormonal e o câncer de mama. Segundo conclusões de ambos os estudos, é óbvio que a TRH tem que ser prescrita de forma racional e essas mulheres tem que ser acompanhadas regularmente com seu médico. A TRH pode ou não causar câncer de mama - essa ainda é a discussão, mas pode perceber-se quem ao menos ela acelera um processo carcinogênico já estabelecido.

Email: lorene.silva@catolica.edu.br

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

TRABALHO DE PARTO PREMATURO: FATORES DE RISCO E A PREVENÇÃO

Marcelli Tainah Marcante; Fábio Passos; Amanda Evelyn Goulart; Ana Flávia Macedo de Queiroz; Thayssa Boechat Tose

Instituição: UCB

Objetivo: O nascimento pré-termo, entre a 20ª e 36ª semana e 6 dias de gestação, é um dos problemas perinatais atuais mais importante, pois está associado à morbidade e mortalidade significativas no início da vida. A identificação dos fatores de risco pode ser uma alternativa como forma de prevenção.

Descrição do caso: I.S.S., 14 anos, feminino, estudante, residente em Planaltina - DF. Gestante, no curso aproximado da 27ª semana de concepção, foi admitida no pronto socorro do HRPL no dia 29/03/2012. Paciente referia dor abdominal em baixo ventre associada a sangramento vaginal há 1 dia. No momento da internação não apresentava intercorrências prévias durante a gestação, negava concepções anteriores, gemelaridade, DMG ou infecções. Ao exame físico encontrava-se com regular estado geral, fácies de dor, anictérica, acianótica e palidez cutâneo-mucosa (3+/4+). No exame ginecológico foi constatado DU:3/10/50", dilatação total, BCF: 136 bpm e bolsa íntegra. A US foi realizada no momento da internação e concluiu: colo uterino aberto, bolsa protusa em vagina, feto transverso com MMII protuso em vagina e dorso fetal fúndico, placenta sem sinais de descolamento e LA normal. Foi realizada operação cesariana.

Discussão: Tratava-se de uma jovem de 14 anos em sua primeira gestação, que referia menarca aos 9 anos e coitarca aos 11 anos de idade. A baixa escolaridade e inexperiência trouxeram uma concepção não planejada a esta jovem que afirmava hábitos saudáveis e cuidados durante a gestação. A situação em que chegou ao PS do HRPL demonstra que a paciente não soube identificar os sinais de um possível trabalho de parto pré-termo e chegou ao hospital em um estado em que nenhuma intervenção para evitar o parto poderia ser feita. Após a intervenção cirúrgica chegaram os resultados dos exames laboratoriais confirmando uma leucocitose com desvio a esquerda e presença de nitrito e leucócitos no EAS. Esses fatores de risco associados provavelmente foram responsáveis pelo TPP, que caso fossem identificados previamente e com devido acompanhamento poderiam ter evitado essa adversidade.

Conclusão: Muitos fatores de risco clássicos (como infecções, hipertensão induzida pela gravidez, tabagismo materno e uso de drogas ilícitas na gravidez, trabalho extenuante, baixo IMC, ganho de peso insuficiente na gravidez) podem ser evitados ou ainda acompanhado e controlados durante um acompanhamento pré-natal adequado, portanto é essencial identificar as causas do nascimento pré-termo para planejar ações de intervenção e assim promover a diminuição do risco de morbidade e mortalidade perinatal.

Email: c3111@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR EM PACIENTE COM TRANSTORNO DE ALIMENTAÇÃO NÃO ESPECIFICADO

Thaissa Matias Diniz; Aline Ferreira Freitas; Mariana Matias Diniz Brito; Isabella Cristina Naves Lucas; Sandra Maximiano de Oliveira; Priscila Toniolo de Oliveira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: O relato mostra uma associação importante: o transtorno bipolar do humor e o transtorno de alimentação. Tanto um como o outro podem comprometer sobremaneira a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. O objetivo é realçar a importância do diagnóstico precoce e a investigação dessa associação.

Descrição do caso: MOF, 29 anos, apresentou crises de agitação, agressividade e impulsividade há 2 anos. Comportamento hostil, com irritabilidade e momentos de angústia associado. Entre as crises se mantinha em tristeza constante, isolamento social e pensamentos suicidas; iniciou uso de drogas e emagrecimento, este que ainda perdura. Engravidou 6 meses depois, com expressiva piora do quadro de impulsividade e agressividade. Durante o parto foi internada e medicada devido à agitação que se encontrava e liberada após 17 dias. Há 4 meses atentou contra a vida da filha e foi novamente hospitalizada. Teve alta após algumas semanas com o uso de sertralina e amitril, porém sem melhora do quadro. Há menos de um mês exibiu outra crise, tendo desaparecido por três dias e perambulado cerca de 40km. Após última internação com uso de carbolitium, clonazepam e clorpromazina notou-se melhora gradual do quadro.

Discussão: O transtorno bipolar do humor é uma doença psiquiátrica caracterizada por oscilações ou mudanças de humor e comportamentos que variam de intensidade. A associação dessa patologia com os transtornos alimentares é superior à prevalência encontrada na população geral. Assim, o tema assume relevância em função da possibilidade de melhora na qualidade de vida dos pacientes com transtorno de humor bipolar ao serem investigados e tratados, quando presentes, também os transtornos alimentares. O transtorno do humor bipolar tem despertado crescente interesse nos especialistas em saúde mental. E o diagnóstico torna-se muitas vezes difícil em virtude das características incomuns nos quadros iniciais da fase adulta, tais como padrão de ciclagem rápido e estados mistos. Constitui patologia de grande gravidade por provocar prejuízos importantes na vida do indivíduo.

Conclusão: O diagnóstico precoce e o tratamento adequado faz com que o número de recaídas e internações diminua de forma considerável. Os resultados deste relato de caso são importantes para apoiar e incentivar os estudos diagnósticos nos transtornos do humor durante a gravidez e pós-parto. Além da importante investigação de quadros de transtornos alimentares em pacientes com transtorno de humor bipolar, já que a prevalência desta comorbidade não é incomum na população.

Email: thaissamd@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH), UMA REVISÃO DE LITERATURA

Júlia Batista Verano; Renato Moreira Souto; Rodrigo Helou; Teófilo Alvarenga Netto; Elizabeth Batista Coimbra; Rodolfo Giugliano

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Esta revisão de literatura tem como objetivo apresentar aspectos do quadro clínico e do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), situando também o distúrbio em um panorama social e suas atuais abordagens terapêuticas.

Metodologia e fonte de dados: Para a presente revisão de literatura foram realizadas pesquisas nas seguintes bibliotecas eletrônicas: Scielo, Bireme e PubMed.

Discussão: O TDAH é uma patologia do sistema neurobiológico, que envolve o desenvolvimento do autocontrole, aparece na infância e, frequentemente, acompanha o indivíduo por toda sua vida. Estima-se que 3 a 5% da população infantil seja portadora do TDAH. O impacto desse transtorno na sociedade é refletido no estresse familiar e escolar, prejuízos nas áreas do desenvolvimento e da atividade laboral e nos relacionamentos interpessoais. As causas precisas do TDAH ainda não são elucidadas, no entanto, estudos mostram que há a influência de fatores genéticos e ambientais. A tríade clássica da síndrome caracteriza-se por desatenção, hiperatividade e impulsividade, embora seja uma patologia bastante heterogênea no nível fenotípico. O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, baseado em critérios descritos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística nas Doenças Mentais (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O pediatra é o profissional que acompanha o paciente longitudinalmente, tendo a possibilidade de identificar precocemente sinais e sintomas que possam sugerir TDAH. Existe uma alta taxa de associação entre TDAH e distúrbios do comportamento, como transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante, em torno de 30 a 50%. Outras comorbidades associadas que merecem destaque são depressão (15 a 20%), transtornos de ansiedade (25%) e de aprendizagem (10 a 25%).

Conclusão: A primeira menção ao transtorno foi feita por George Still, em 1902. Desde então, sua nomenclatura passou de "lesão cerebral mínima" a "disfunção cerebral mínima", reconhecendo que as características mais descreviam uma disfunção do que uma lesão propriamente dita. Não existem testes físicos, psicológicos ou neurológicos capazes de provar a presença de TDAH. O tratamento deve ser multimodal, contando com a interação entre psicologia, medicamentos e modificação dos hábitos em casa e na escola.

Email: julia_verano@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

TRAUMA ABDOMINAL EM CRIANÇA: ROTURA GÁSTRICA

Renato João da Silva; Isabella C. R. Naves Lucas; Josenilson Antônio da Silva; Raquel Ferreira; Carla Cristhian de M. Santos; Kleyton de Carvalho Mesquita

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Relatar caso em que houve trauma abdominal fechado culminando em rotura gástrica, acontecimento pouco comum em traumas de cinética menor. Enfatizando a rotura gástrica que se não identificada leva paciente a óbito.

Descrição do caso: JHBJ, 4 anos, masculino, branco, natural de Campos Belos-GO, deu entrada na emergência do HBDF dia 05/05/10 com história de queda de "lixreira" sobre abdome. Foi realizado exame físico de acordo com ATLS, demonstrando os seguintes achados: palidez cutânea, abdome tenso doloroso à palpação, pulsos cheios e simétricos com FC: 138 bpm. Realizado TC abdominal que evidenciou gás fora de alças, sem sinais de rotura de vísceras ocas. Paciente foi submetido a laparotomia exploradora na qual encontramos rotura gástrica e conteúdo gástrico em peritônio. Realizamos sutura da parede gástrica e lavagem da cavidade. Evoluiu desfavorável em 2ºDPO sendo tratado na UTI: Hidratação venosa (Holliday), sintomáticos, SNG aberta, Monitoramento e antibióticoterapia(Unasyn 200mg/kg/d + Clindamicina 40mg/kg/d).

Discussão: A mortalidade no Brasil por causas externas em crianças abaixo de 1 ano ocupa o 8º lugar, passando a 3º lugar entre 1-4 anos, e acima de 5 anos ocupa o 1º lugar. Tendo em vista o grande número de mortalidade de crianças vítimas de trauma abdominais enfatizamos a necessidade de padronizar o atendimento e a necessidade de tal ser feito em hospital terciário. Em traumas abdominais fechado urge o uso de TC e rotina radiológica de abdome agudo, sendo a TC com contrastes o exame de escolha para avaliação da cavidade peritoneal e retroperitoneal. O enorme dano que o trauma abdominal traz para a criança e para família só pode ser combatido eficientemente com medidas preventivas e melhorias no acesso de vítimas pediátricas a pessoas e estruturas capazes de fornecer tratamento adequado.

Conclusão: Não foge da literatura mundial, o fato de ser comum trauma de órgãos intra-abdominais, muito embora a rotura gástrica tenha poucas referências, sendo comumente relatado, rotura de baço, fígado, rins, pâncreas. Para que nada escape aos nossos cuidados, lembramos que a queda e trauma abdominal em crianças são de relevância maior pelos componentes anatômicos da criança favorecem a maior transferência de energia para cavidade abdominal e com isso oferecer grande risco de rotura de órgãos.

Email: medforca@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

TRAUMA CERVICAL COM LESÃO DA AORTA

Isabela M. Z. Sammour Esteves; Francisco Edson Rocha; Sarah Pereira Lima Xavier; Bruno Almeida Oliveira

Instituição: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Objetivo: Relatar o caso de paciente vítima de perfuração cervical anterior por arma branca, seguindo com choque hipovolêmico e identificação de lesão aórtica no intra-operatório de cervicotomia, associada à esternotomia e toracotomia anterior lateral. Evolução hemodinâmica estável e sem intercorrências.

Descrição do caso: EW, 26 anos, masculino. Admitido no PS do HRC-DF, por PAB. Ao exame: REG, palidez, sudorese, dispnéia, taquicardia, pulso radial filiforme, grande lesão corto-contusa de região cervical anterior até fúrcula esternal, intenso sangramento. Incisão cervical anterior intraoperatório de cervicotomia, ampliando lesão prévia, identificou lesão de M. Esternocleidomastoideo e V. Jugular Externa esquerda. Após rafia muscular e ligadura de veia persistiu o sangramento e sinais de choque hipovolêmico. Na esternotomia e toracotomia anterior lateral direita observou-se sangramento por lesão em parede anterior de Aorta, contido após clameamento parcial e rafia. Feito revisão da hemostasia, dreno de tórax e fechamento por planos. Transfundido 900mL de concentrado de hemácias, 2 bolsas de plasma fresco, 2L de Ringer Lactato. Encaminhado à UTI estável, seguiu para enfermaria, alta sem intercorrências.

Discussão: A região cervical é uma área anatômica que possui alta densidade de estruturas relevantes: vasculares, digestivas, nervosas, respiratórias e endócrinas. Para efeito de manejo o pescoço se divide em 3 zonas anatômicas. O conhecimento das estruturas alojadas em cada uma delas permite a investigação diagnóstica sistemática dos 3 componentes anatômicos fundamentais no trauma cervical: vascular, digestivo e respiratório. O paciente foi vítima de lesão em Zona I (compreendida entre cartilagem cricóide e fúrcula esternal), região que representa problemas difíceis para o cirurgião, do ponto de vista de diagnóstico e abordagem cirúrgica. O manuseio cirúrgico quando indicado baseia-se nos resultados de exames diagnósticos, mas como se encontrava hemodinamicamente instável, foi encaminhado para o centro cirúrgico, onde cervicotomia ampliada com incisões combinadas constatou e tratou lesão de Aorta.

Conclusão: Lesão em Zona I pode causar danos torácicos se a trajetória for descendente, principalmente por PAF. Neste caso, PAB descendente que lesou a Aorta. Lesão de Aorta Torácica por trauma penetrante é incomum e tem alta mortalidade. A experiência do cirurgião encaminhando o paciente ao centro cirúrgico imediatamente após cuidados básicos, realizando uma abordagem precisa com incisões combinadas, clameamento eaortorrafia, sem evolução com óbito ou seqüela neurológica tornaram este caso UM SUCESSO.

Email: medesteves@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

TUMOR GÁSTRICO SINCRÔNICO EPITELIAL E ESTROMAL

Guilherme Sales Gonçalves; Heinrich B. Kohnert Seidler; George A. de C. P. Landim; Paulo Sergio Z. Zerbini Borges; Jordana Soares Tavares; Sussumo Hirako

Instituição: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Objetivo: Tumores múltiplos no estômago não são incomuns, sendo maioria por adenocarcinomas múltiplos ou associação entre adenocarcinoma e linfoma. A formação sincrônica de adenocarcinoma e tumor estromal, no entanto, é muito rara, com apenas alguns relatos de caso na literatura. Relatamos um destes casos.

Descrição do caso: Uma endoscopia digestiva alta (EDA) em paciente idoso de 75 anos com queixa de dispepsia e diarreia evidenciou uma lesão tipo IIb+IIc+III próximo à incisura angular, sem outras alterações macroscópicas. A avaliação histopatológica revelou um carcinoma de células em anel de sinete, sendo indicada uma ressecção cirúrgica do estômago. A avaliação macroscópica da peça confirmou os achados endoscópicos, assim como a avaliação histopatológica identificou células em anel de sinete, com invasão de submucosa (SM1), sem invasão angiolinfática. A inspeção da peça identificou ainda uma diminuta lesão em parede muscular de 4mm de diâmetro localizada em parede posterior do corpo gástrico, em região distante do adenocarcinoma. A avaliação histológica revelou um tumor composto por células fusiformes, com atipia nuclear de baixo grau, e imunofenótico consistente com GIST. Linfonodos estavam livres.

Discussão: Câncer gástrico representa a 4^o causa mais comum de câncer para homens no DF e a 5^o causa de câncer para mulheres, sendo o adenocarcinoma tipo mais incidente, representando entre 90% e 95% dos casos. O tipo estromal é bem menos frequente e representa menos que 2%. A ocorrência sincrônica desses dois tipos, no entanto, é extremamente rara, havendo apenas relatos de casos, sem qualquer estudo epidemiológico. A etiologia dos tumores sincrônicos de estômago ainda não foi totalmente elucidada, no entanto, hipóteses mais aceitas versam sobre a coincidência da coexistência de lesões, principalmente em áreas onde as taxas de incidência de câncer gástrico são elevadas e sobre a influência de um único agente carcinogênico que interage com tecidos vizinhos ou células de linhagens distintas e resultam em tumores de diferentes histopatologias no mesmo órgão.

Conclusão: A ocorrência de adenocarcinoma e tumor estromal sincrônicos é extremamente rara, e há carência de dados epidemiológicos na literatura. Embora não seja fácil especular sobre a coexistência dessas neoplasias gástricas, já existem relatos de caso dessa apresentação de tumores, sendo importante uma atenta avaliação das peças cirúrgicas.

Email: guisales@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

USO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA LOCALIZAR LESÃO VISTA PELA CINTILOGRAFIA EM EQUIPAMENTO ÚNICO

Caroline Ivone Fontana Formigari; Gabriella Santos Basile Martins; Luiz Henrique Simon Zanatta; Juliana Rodrigues Beal; Osvaldo Sampaio Netto

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Demonstrar a melhor localização anatômica das lesões visualizadas pela cintilografia com utilização de equipamentos de gama-câmera que acoplam tomografia computadorizada, nos equipamentos designados como SPECT/CT (tomografia computadorizada por emissão de fóton único/ tomografia computadorizada).

Descrição do caso: Paciente feminina, 47 anos, com dor em joelho direito há cerca de um ano, iniciada sem causa aparente e com investigação por radiografia e tomografia computadorizada com laudos normais. Realizou diversos períodos de tratamento com uso de anti-inflamatório, mas com persistência da dor. A realização de cintilografia mostrou a presença de área hipercaptante em região lateral de joelho direito. Com a utilização da imagem de fusão da cintilografia com a tomografia computadorizada, podemos visualizar a localização da imagem na face articular lateral da tíbia e do fêmur. Elucidando o diagnóstico da dor da paciente e permitindo uma definição da conduta clínica.

Discussão: Na paciente em questão, que cursava com dor em joelho e vinha sendo tratada com anti-inflamatórios, observamos que a investigação radiológica não demonstrava a presença da lesão. Nesses casos está indicada a realização de cintilografia para pesquisa de processos inflamatórios ou degenerativos. Este exame tem uma sensibilidade de mais de 90% para demonstrar a presença dessas lesões, mas por ser um método funcional não mostra com exatidão a localização das mesmas. Os novos equipamentos acoplados com tomografia computadorizada de baixa resolução permitem a realização de imagens de fusão que possibilitam a localização anatômica da lesão.

Conclusão: Demonstração de um caso onde a imagem de fusão da cintilografia com a tomografia computadorizada possibilita um melhor diagnóstico para a paciente, e permite a melhor decisão terapêutica por identificar de forma mais precisa a área comprometida. Neste caso foi feita indicação cirúrgica para a paciente.

Email: carolzinha_f@hotmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

VALIDADE DA PRÓ-CALCITONINA NAS INFECÇÕES GRAVES

Renato João da Silva; Carla Cristhian de M. Santos ; Raquel Ferreira; Josenilson Antônio da Silva; Dário da Silva
Brayner Neto; Kleyton de Carvalho Mesquita

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Este trabalho tem como cerne observar a validade da pró-calcitonina na resposta inflamatória e na sepsis, por meio de revisão da literatura existente. Bem como avaliar se a mesma tem a habilidade de auxiliar na detecção precoce de tal evento.

Metodologia e fonte de dados: Foi realizada revisão sistemática da literatura utilizando base de dados como Scielo, Medline, Google acadêmico, sendo selecionados trabalhos entre 2001 – 2010, onde usamos como palavras-chave pró-calcitonina, sepsis, choque séptico e infecções bacterianas.

Discussão: A pró-calcitonina é uma proteína de 116 aminoácidos com sequência idêntica à do proto-hormônio calcitonina desprovida de atividade hormonal, produzida pelas células C da glândula tireóide. Em pacientes hígidos ela está presentes em quantidades muito baixas, quase indetectáveis, com níveis circulantes inferiores a 0,1ng/ml, valores acima de 0,5ng/ml indicam ou a existência de processo infeccioso agudo ou resposta inflamatória sistêmica. Está bem documentado que a produção aumentada de PCT em infecções graves e por essas características, tem sido proposto o uso da PCT como parâmetro para diagnóstico e monitorização das infecções graves. Diante de um paciente grave urge o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, principalmente de infecções graves e até mesmo sépticos, pois tal fato contribui para redução de morbi-mortalidade. A PCT foi, recentemente, proposta como um marcador mais específico e sensível que outros existentes (PCR) para casos de bacteremia e sepse, não alterando de igual modo nas infecções virais, bacterianas localizadas e nos processos não-infecciosos. Existe uma correlação entre a concentração de PCT e pacientes com sepse e choque séptico e até mesmo óbito onde a PCT é mais elevada. Grandes expectativas surgem com uso da PCT em UTIs de todo país, pois tal marcador tem seu uso crescente e promissor.

Conclusão: Os trabalhos disponíveis na literatura nos permitem concluir que o uso da PCT como biomarcador de infecções bacterianas graves e até mesmo na séps e no choque séptico tem crescido e parece ser um caminho sem volta, demonstrando ser uma oportunidade que se apresenta. Muito embora seu valor prognóstico em relação à sobrevida de pacientes com sepse, ainda não está perfeitamente estabelecido.

Email: medforca@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

VARIAÇÕES NA TÉCNICA DE AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL EM IDOSOS

Hugo Henrique Alves Ferreira; Clayton Franco Moraes; Marcos Dumont Bonfim Santos; Isabela Rita de Carvalho Cunha; Carolina Tavares de Lima; Danielle Cristina S. Ferreira

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Esse trabalho visa discutir sobre as alterações fisiológicas existentes no idoso que devem ser observadas durante a aferição da pressão arterial, culminando com cuidados especiais na técnica utilizada pelo profissional de saúde, assim como na interpretação dos valores obtidos durante o exame.

Metodologia e fonte de dados: Para este trabalho foi feita uma revisão bibliográfica em artigos científicos indexados em sites e revistas eletrônicas, assim como em diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e livros texto que abordassem assuntos relacionados a hipertensão arterial em idosos.

Discussão: A falta de conhecimento sobre a técnica correta de aferição da pressão arterial em idosos, assim como as alterações fisiológicas comuns a esse grupo etário, pode dificultar o diagnóstico de Hipertensão Arterial. Dentre essas alterações, merecem destaque três fatores: 1) Pseudo-hipertensão: representa um valor erroneamente elevado da PA quando aferida por método indireto, devido a aterosclerose excessiva na artéria raquial ou radial, que pode ou não ser associada a hipertrofia da túnica média arterial, podendo ser detectada pela manobra de Osler, onde a artéria radial permanece ainda palpável, após a insuflação do manguito pelo menos 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial. 2) Hiato auscultatório: caracteriza-se pelo desaparecimento da ausculta durante a deflação do manguito, entre o fim da I e começo da II fase de Korotkoff, sendo que tal silêncio pode estender-se por até 40 mmHg, podendo gerar confusão no profissional de saúde. Para evitar esse equívoco, deve-se utilizar da técnica palpatória de aferição antes da técnica auscultatória. 3) Hipotensão ortostática: pode ser definida como a queda de 20mmHg da pressão sistólica ou 10mmHg da pressão diastólica ao se passar da posição sentada para ereta. Isso ocorre devido a alterações ateroscleróticas nas regiões dos seios carotídeos, reduzindo a sensibilidade dos barorreceptores.

Conclusão: Visto isso, deve-se tomar alguns cuidados ao se aferir a pressão arterial em idosos: deve-se aferir a PA em posição supina, sentada e ortostática, para diagnóstico de hipotensão ortostática; na primeira consulta, aferir nos dois braços, para descartar doenças vasculares que alteram a pressão de um membro para o outro; fazer uso da técnica palpatória, conforme preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e realizar a manobra de Osler na primeira consulta.

Email: hugohenryque@gmail.com

VII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília (VII CMUCB)

VIA LÁCTEA E A AMAMENTAÇÃO

Hallyfe Rodrigues Venâncio; Fernanda Borges Gonçalves; Rannier Dias Rabelo; Armando José China Bezerra:

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Objetivo: Discutir sobre a origem do termo “Via Láctea” através do mito da amamentação de Hércules por sua madrasta Hera representado artisticamente pela tela de Jacopo Robusti e sua relação com a história da medicina.

Metodologia e fonte de dados: Para este trabalho, foi feita uma revisão bibliográfica sobre a importância da amamentação, o mito de Hércules e Hera, assim como a vida de Jacopo Robusti com foco na tela de sua autoria “A origem da Via Láctea”.

Discussão: Jacopo Robusti nasceu na cidade de Veneza, Itália, em 1518. Apelidado de Il furioso devido a sua dramática utilização dos efeitos da luz, é um dos precursores do estilo Barroco na arte. É o autor de uma das principais telas que representam a mitologia romana, “A origem da Via Láctea”. Esse mito conta sobre a amamentação de Hércules, filho de Zeus, pela deusa Hera, sua esposa. O bebê, concebido por uma humana e por isso mortal, deveria ser amamentado no seio de uma deusa para alcançar a imortalidade. Zeus então ordenou a seu outro filho Hermes que esperasse pelo sono de Hera e então posiciona-se o bebê para a pega. Hera ao acordar, percebeu que estava amamentando um bebê desconhecido e empurrou o pequeno Hércules, o que fez jorrar o leite pelo céu noturno constituindo então a chamada Via Láctea. Esse mito também demonstra a importância da amamentação e do leite materno. Sabe-se que o conteúdo da secreção mamária possui além de nutrientes constitucionais essenciais ao desenvolvimento do bebê, elementos de proteção imunológica específicos da mãe, produzidos durante seus anos de vida. Pode-se associar a imortalidade conferida a Hércules pelo leite de Hera a essas características inerentes ao primeiro alimento da vida de todos os seres humanos.

Conclusão: A história da medicina está diretamente ligada a mitologia nos seus mais variados mitos. A percepção das belas representações artísticas deve ser elaborada para proporcionar uma visão da medicina para além das patologias.

Email: hallyfe.rodrigues@gmail.com