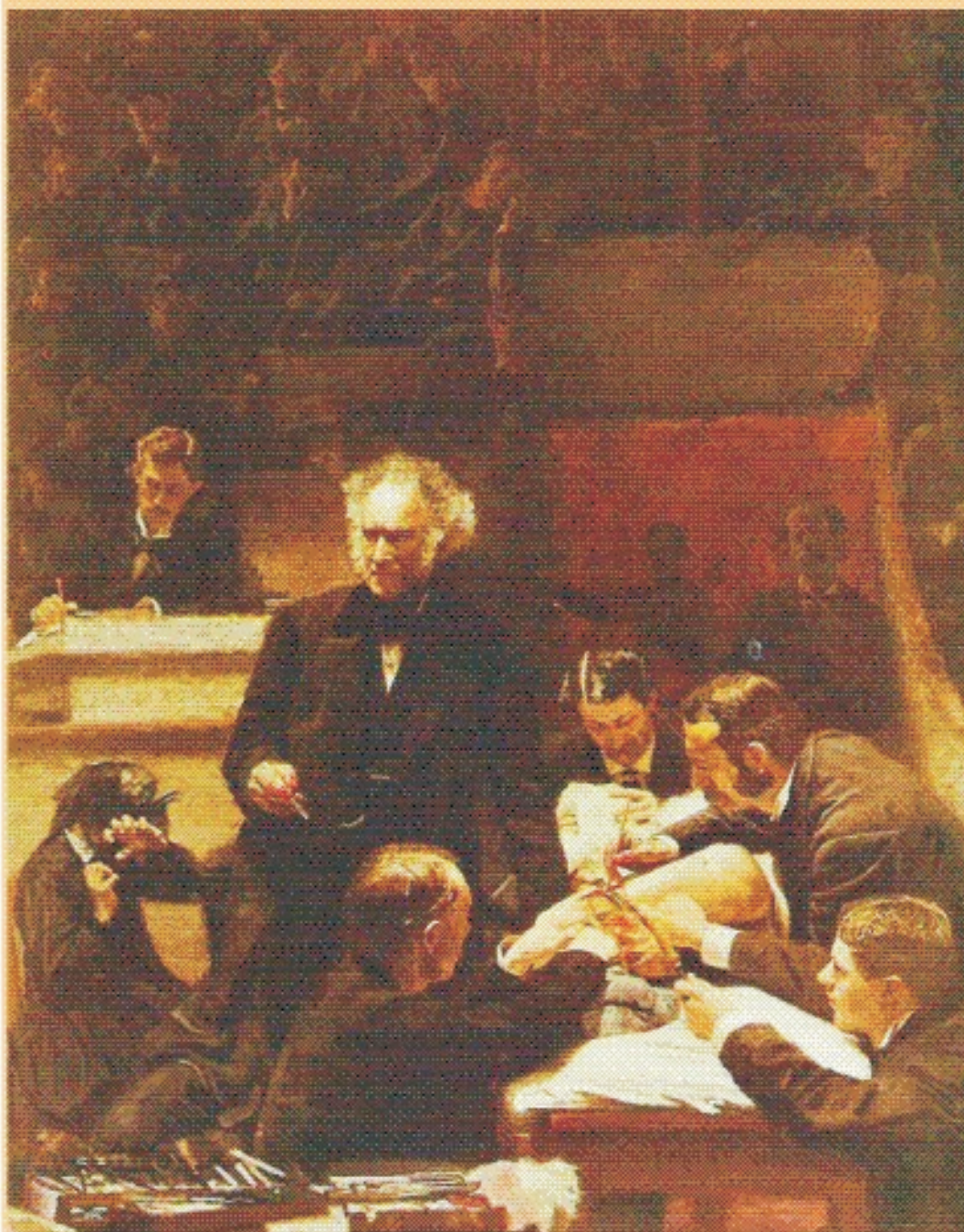


ISSN 1679-6209

Revista do Médico RESIDENTE

REV MED RES Vol. 10 nº 2 p. 93-132 Julho/Setembro 2008



CRM PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

ERMEPAR
Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná

Revista do Médico **RESIDENTE**

DIRETORIA DA COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO PARANÁ(CERMEPAR) 2008 - 2010

Presidente:

João Carlos Simões

Vice-Presidente:

Allan Cezar Faria Araujo (UNIOESTE - Cascavel)

1º Secretária:

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi (Hospital Erasto Gaertner - Curitiba)

2º Secretário:

Mauro Porcu (UEM - Maringá)

3º Secretário:

Alvo Orlando Vizzotto Júnior (Hospital Santa Rita - Maringa)

1º Tesoureiro:

Adriano Keijiro Maeda (Hospital Cajuru - Curitiba)

2º Tesoureiro:

Gleden Teixeira Prates (Hospital Santa Brígida - Curitiba)

Diretor Científico-Cultural:

Hélio Teive (Hospital de Clínicas da UFPR)

Conselho Consultivo:

Luiz Sallim Emed

Joel T. Totsugui

Jean Alexandre Furtado Correa Francisco

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Rua Victório Viezzer 84 - Vista Alegre

80810-340 Curitiba - PR

Telefone: (41) 3240-4049

www.crmpr.org.br

e-mail: cermepar@crmpr.org.br

Associação dos Médicos Residentes do Paraná

AMEREPAR

Presidente: Hugo Manoel Paz Morales

e-mail: amerepar@crmpr.org.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Conselho Regional de Medicina do Paraná / Biblioteca

Revista do Médico Residente / Conselho Regional de Medicina do
Paraná ; Comissão Estadual de Residência Médica. - v. 10, n3
(jul./set. 2008). - Curitiba: CRMPR, 1999-
p. 93-132 : il., 28cm

Trimestral
ISSN 1679-6209

1. Medicina. I. Título.

CDD 610
CDU 61



The Gross Clinic. Pintura de Thomas Eakins, 1875.

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE

Volume 10 Nº 3 JUL/SET 2008

Sumário

ISSN 1679-6209

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTIONS 95

EDITORIAL / EDITORIAL

RESIDÊNCIA MÉDICA: ALGUMA COISA ESTÁ FORA DA ORDEM

Medical Residency: something is wrong with it.

João Carlos Simões 96

ESPECIALIZAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA

Especialization and Medical Residency

José Luiz Gomes do Amaral 97

A AMEREPAR - ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES DO PARANÁ

AMEREPAR - Medical Resident Association from Paraná

Hugo Manuel Paz Morales 98

O ENSINO MÉDICO MERECE RESPEITO

Medical teaching deserves respect

Antonio Carlos Lopes 100

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

EXPERIÊNCIA DE 42 CASOS DO USO DE RETALHO DO MÚSCULO TEMPORAL
NA RECONSTRUÇÃO EM CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

*Experience in 42 cases of the use of flap temporal muscle in reconstruction in the
head and neck surgery*

João Carlos Simões, Ricardo gama, Fabiano G. Simões 101

ESTUDO SOBRE ASSOCIAÇÃO ENTRE ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDES E FENÔMENOS VASCULARES
PERIFÉRICOS EM UMA POPULAÇÃO DE 54 PACIENTES COM ESCLERODERMIA

*Study on the association between antiphospholipid antibodies and peripheral vascular events in a population of
fifty four patients suffering from scleroderma*

Ana Paula Torres Liberati, Camila Ferrari Ribeiro, Thelma Skare 109

HIPERCALCIÚRIA IDIOPÁTICA COMO CAUSA DE NEFROLITÍASE EM CRIANÇAS:
UM ESTUDO DE 42 CASOS

Idiopathic Hypercalciuria as a Cause of Nephrolithiasis in Children. Study of 42 Cases.

Luis Alberto Batista Peres, Mônica Tereza Suldafani, Paulino Yassuda Filho, Ana Paula Kazue Beppu, Everaldo Roberto de
Araújo Junior, Gustavo Vicenzi, Ricardo Yukiharu Tsuge Yamamoto 113

ARTIGO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE

A HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA

The humanization of contemporary medicine

Monique Pierosan Cardoso, Naiana Teodoro Zamin, Nicole Stabenow Zanovelo,

Paula Cenira Senger, João Carlos Simões 117

RELATO DE CASO / CASE REPORT

ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO: RELATO DE CASO

Congenital Lobar Emphysema: case report

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Mafalda Lúcia Kuhn, Rubem Albuquerque de Oliveira,
Joice Ribas, Álvaro Vanzella Ribeiro 120

HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR (HFL) - RELATO DE CASO

Fibrolamellar Hepatocarcinoma (FLH) - Report case

Daniel Santos Maia, Mirayr Ferreira Júnior, Ricardo Gomes Viegas, Elkin Ebret Charris Silva,
Paulo de Tarso Vaz de Oliveira, Alexandre Caetano Justino 123

COMPLICAÇÃO DA COLECISTITE CALCULOSA COM OBSTRUÇÃO DUODENAL:
SÍNDROME DE BOUVERET. RELATO DE CASO.

Gallbladder stone complication with duodenal obstruction: Bouveret's syndrome. Case report.

Jorge Wolmer Chamon do Carmo 127

CERMEPAR - COREMES DO PARANÁ / CERMEPAR / COREMES OF PARANA

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC 131

HISTÓRIA DA MEDICINA / HISTORY OF MEDICINE 3ª Capa

Ehrenfried Othmar Wittig

A REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE ESTÁ EM PROCESSO DE INDEXAÇÃO NA BASE DE DADOS DO LILACS. É enviada trimestralmente aos Médicos Residentes, Comissões de Residências Médicas, Entidades Médicas, Bibliotecas, Centros de Estudos e Publicações com as quais mantém permuta.

Fundador e Editor Científico

João Carlos Simões - Curitiba (PR)

Editores Associados

Alcino Lázaro da Silva(UFMG)	Belo Horizonte	(MG)
Edevard José de Araújo (CFM)	São Paulo	(SP)
Zacarias Alves de Souza Filho (CRM-PR)	Curitiba	(PR)

Conselho Editorial

Ademar Lopes (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Fábio Biscegli Jatene (USP)	São Paulo	(SP)
Allan Cezar Faria Araújo (UNIOESTE)	Cascavel	(PR)	Marcos Desidério Ricci (USP)	São Paulo	(SP)
Andy Petroainu (UFMG)	Belo Horizonte	(MG)	Marcus Vinicius Henriques Brito (UEPA)	Belém	(PA)
Antonio Carlos Lopes (UNIFESP)	São Paulo	(SP)	Maria do Patrocínio Tenório Nunes(USP)	São Paulo	(SP)
Antonio Nocchi Kalil (Santa Casa)	Porto Alegre	(RS)	Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho (UFPR)	Curitiba	(PR)
Armando d'Acampora (UFSC)	Florianópolis	(SC)	Nicolau Kruehl (UFSC)	Florianópolis	(SC)
Carlos Edmundo Rodrigues Fontes (UEM)	Maringá	(PR)	Olavo Franco Ferreira Filho (UEL)	Londrina	(PR)
Carlos Teixeira Brandt (UFPE)	Recife	(PE)	Orlando Martins Torres (UFMA)	São Luis	(MA)
Ivan Tramuja da Costa e Silva (UFAM)	Manaus	(AM)	Reginaldo Ceneviva (USP)	Ribeirão Preto	(SP)
Ivo Pitanguy (UFRJ)	Rio de Janeiro	(RJ)	Roberto Gomes (Sociedade Bras. Cancerologia)	Vitória	(ES)
João Gualberto Scheffer (Academia Paranaense de Medicina)	Curitiba	(PR)	Saul Goldemberg (UNIFESP)	São Paulo	(SP)
José Eduardo de Siqueira (UEL)	Londrina	(PR)	William Saad Hossne (UNESP)	Botucatu	(SP)
Luiz Alberto Sobral Vieira Jr(HUCAMoraes – UFES)	Vitória	(ES)			

Conselho de Revisores

Antonio Sérgio Brenner (UFPR)	Curitiba	(PR)	Manoel R M Trindade (UFRGS)	Porto Alegre	(RS)
César Alfredo Pusch Kubiak (UNICENP)	Curitiba	(PR)	Marcelo Thiele (UNICAMP)	Campinas	(SP)
Elias Kallas (UNIVAS)	Pouso Alegre	(MG)	Mário Jorge Jucá (Hospital Universitário UFAL)	Maceió	(AL)
Flávio Daniel Tomasich (UFPR)	Curitiba	(PR)	Martha Helena Zappolá Borges (Hospital de Base)	Brasília	(DF)
Gilmar Amorim de Sousa (HC da UFRN)	Natal	(RN)	Neila Falcone da Silva Bomfim (HU Adriano Jorge)	Manaus	(AM)
Gustavo Cardoso Guimarães (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Nilton Ghiotti de Siqueira (UFAC)	Rio Branco	(AC)
Hamilton Petry de Souza (PUC)	Porto Alegre	(RS)	Orlando Costa e Silva Jr (FMRP)	Ribeirão Preto	(SP)
Hêmeron Paul Viera Marques (Hosp. Mater Dei)	Belo Horizonte	(MG)	Paola Pedruzzi (Hosp. Erasto Gaertner)	Curitiba	(PR)
Humberto Oliveira Serra (HUUFMA)	São Luis	(MA)	Paulo Roberto Dutra Leão (HUJM)	Cuiabá	(MT)
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (UFPR)	Teresina	(PI)	Renato Araújo Bonardi (UFPR)	Curitiba	(PR)
Jean Alexandre Furtado Correa Francisco (FEPAR)	Curitiba	(PR)	Ricardo Antônio Rosado Maia (UFPB)	João Pessoa	(PB)
João Eduardo Nicoluzzi (Hosp. Angelina Caron)	Curitiba	(PR)	Ricardo Lemos (UNIVILE)	Joinville	(SC)
Joel Takashi Totsugui (PUC)	Curitiba	(PR)	Ricardo Ribeiro Gama (FEPAR)	Curitiba	(PR)
José Carlos de Souza Lima (HU Pedro Ernesto)	Rio de Janeiro	(RJ)	Robson Freitas de Moura (Escola Baiana de Medicina)	Salvador	(BA)
José Eduardo Aguilar do Nascimento (UFMT)	Cuiabá	(MT)	Rogério Saad Hossne (UNESP)	Botucatu	(SP)
José Ivan Albuquerque Aguiar (HU M.A. Pedrossian UFMS) C. Grande	(MS)		Salustiano Gomes de Pinho Pessoa (UFC)	Fortaleza	(CE)
Jurandir Marcondes Ribas Filho (FEPAR)	Curitiba	(PR)	Sérgio Adam Mendonça (U. Estadual de Blumenau)	Blumenau	(SC)
Juarez Antonio de Souza (Hospital Materno Infantil)	Goiânia	(GO)	Sérgio Luiz Rocha (PUC)	Curitiba	(PR)
Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE)	Cascavel	(PR)	Simone Maria de Oliveira (UFSE)	Aracaju	(SE)
Luiz Carlos Von Bahten (PUC)	Curitiba	(PR)	Thelma Larocca Skare (FEPAR)	Curitiba	(PR)
Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Valdecira Libano de Lucena (FCM)	Recife	(PE)

Revisão Língua Inglesa

Roberto Smolka

Normalização Bibliográfica

Biblioteca Leila da Cruz Torres (CRB9 - 1157)

Jornalista Responsável

Hernani Vieira (MTE 993/06/98v - Sindijor 816)

Consultores Internacionais

Jatin P. Shah	Memorial Hospital – NY	EUA
Júlio César Fernandes	Montreal	Canadá
Milena Braga	Baltimore	EUA
Ricardo Lopez	FAESS	Argentina
Roger H. Kallal	North Wewstern Memorial – Chicago	EUA
Luiz Alencar Borba	Universidade de Arkansas	EUA

Autorizada a republicação de artigos com a citação da fonte

A Revista do Médico Residente (ISSN 1679-6209), órgão oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e com o apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná, é publicado trimestralmente e tem por finalidade a divulgação de artigos científicos das áreas biomédicas que contribuam para o ensino e desenvolvimento da Residência Médica do Paraná e do Brasil.

A Revista do Médico Residente segue o "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Periodical Journals", elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org), conhecido como "Convenção de Vancouver".

A Revista do Médico Residente tem os artigos avaliados pelos pares ("peer-review"). Os artigos anônimos são encaminhados para dois membros também anônimos do Conselho dos Revisores que, por meio de um roteiro de análise, procedem a aprovação ou não. A critério do Editor Científico, poderá o artigo ser submetido a revisores externos. Artigos rejeitados serão devolvidos aos autores anexados com as sugestões dos revisores.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Os originais devem ser apresentados em papel e em disquete e escrito em português, espaço duplo, folhas A4, em páginas separadas, devidamente numeradas, digitadas no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, corpo de letra Arial ou Times New Roman tamanho 12.

O(s) autor(es) deverá(ão) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao Editor responsável pela Revista acompanhado de carta assinada pelo autor, em nome dos co-autores se houver, responsabilizando-se pelo conteúdo e originalidade do trabalho autorizando a publicação para:

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE
Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná
Rua Victório Viezzer 84 - Vista Alegre
80810-340 - Curitiba - PR
Fone/Fax: (41) 3240-4049
e-mail: drjcs@uol.com.br / cermepar@crmpr.org.br

Incluir também:

1. Declaração de conflito de interesse (de acordo com resolução do CFM nº 1595/2000)
2. Indicar fontes de financiamento do trabalho, se houver, e o nº do processo.
3. Ofício da aprovação do trabalho pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição.

Somente serão enviados ao Conselho Redatorial os trabalhos que estiverem dentro das Normas de Publicação.

A Revista do Médico Residente analisa para publicação os seguintes tipos de artigos: editoriais, artigos originais, artigos de revisão, relatos de casos, artigos de história, artigos especiais, notas prévias e cartas ao editor.

Editorial: é o artigo inicial da revista. Geralmente escrito pelo editor principal ou solicitado por ele para algum editor ou nome de relevância na área da saúde.

Artigo original: é o resultado completo de um trabalho clínico ou experimental, prospectivo ou retrospectivo, randomizado e às vezes duplo cego, constituído de resumo, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, abstract e referências. As referências devem ser limitadas a cerca de trinta (30), citando todos os autores até 6.

Artigos de revisão: o estilo é livre, devendo ser conciso, completo e atual, acompanhado de uma análise crítica do autor. É necessário resumo e abstract. As referências são limitadas a cinquenta (50).

Relato de caso: descrição de casos clínicos peculiares, geralmente raros e de interesse. Necessita resumo e abstract não estruturado. Número de autores, até seis (6).

Artigos de história: constituem relatos históricos sobre instituições, pessoas ilustres, técnicas e fatos da Medicina e da área da Saúde. Necessita resumo e abstract. Só é permitido 1 (um) autor.

Artigo especial: são conferências, análises críticas. Discursos escritos ou discussão de temas especiais dirigidos para a área da saúde e da residência médica. Necessita resumo e abstract.

Nota prévia: representa uma contribuição original clínica ou técnica apresentada de maneira resumida, não excedendo quinhentas (500) palavras e no máximo cinco (5) referências.

Carta ao editor: são comentários sobre temas ou artigos publicados na Revista do Médico Residente, podendo ou não conter referências.

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS ORIGINAIS

Página de rosto: o título do artigo deve ser conciso e explicativo representando o conteúdo do artigo e redigido em português e em inglês. Nome completo do(s) autor(es) e seus títulos profissionais e nome da instituição onde o trabalho foi realizado. Incluir, ainda, o endereço completo do autor responsável.

Resumo: deve ser estruturado e não exceder 350 palavras, com limite de outras 100 para

Relato de Caso e Nota Prévia. Deve conter ainda o objetivo, com justificativa e propósito do trabalho.

Métodos: descrição do material, dos pacientes ou animais, descrição dos procedimentos. **Resultado:** descrição das observações com dados estatísticos e sua significância.

Conclusão: resposta da pergunta ou objetivo inicial.

Descritores (antes unitermos): utilizar até cinco (5), recomendados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): <http://decs.bvs.br>

PREPARAÇÃO DO TEXTO

Título: deve ser preciso e explicativo representando o conteúdo do artigo.

Introdução: deve salientar o motivo do trabalho e a hipótese formulada com citação pertinente porém sem fazer revisão extensa da literatura. No final da introdução deve ser referido o(s) objetivo(s) do trabalho. Referir o nome da Instituição onde foi realizado o trabalho e os títulos acadêmicos de todos os autores (negrito) por ordem

Ética: toda matéria relacionada à investigação humana e à pesquisa animal deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado, cumprindo resolução n. 196/96 do CNS e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA).

Métodos: Identificar a amostragem, aparelhos, material, as drogas e substâncias químicas utilizadas. Inclusive os nomes genéricos, dosagens e formas de administração. Não utilizar nomes comerciais ou de empresas. Não usar nomes dos pacientes, iniciais ou registros de hospital. Explicar qual método estatístico foi empregado e o grau de significância.

Resultados: devem ser apresentados em seqüência e de maneira concisa, sem comentários e fazendo quando pertinente, referências às tabelas e ou figuras. Utilizar abreviaturas aprovadas e padronizadas. As figuras devem ser as referidas no texto e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos e colocadas dentro de um envelope.

As legendas devem ser colocadas abaixo das figuras, descritas em folha separada e colocadas após as referências e tabelas. Quando se tratar de tabelas e gráficos, as legendas ficarão acima delas. Deve ser identificada no verso, através de etiqueta, com o nome do autor, número e orientação espacial com setas. Os números das fotos para artigos originais devem ser limitados a seis (6) e para relato de caso a quatro (4). Exceções serão julgadas pelo Editor Científico.

Discussão: deve comparar os principais achados e significados com os anteriormente publicados na literatura. Salientar os novos e interessantes aspectos do estudo. Não repetir os dados dos resultados.

Conclusão: deve ser clara e precisa e responder aos objetivos do estudo. Evitar informações que não sejam baseadas em seus próprios resultados.

Abstract: deve conter até 350 palavras e ser estruturado como no resumo: Background, Methods, Results, Conclusion and Key Words.

Referências: a revista segue, como já referido, as normas de Vancouver. As referências devem ser restritas aos últimos cinco anos e numeradas consecutivamente na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto.

Até 6 autores, todos devem ser referidos. Acima de 6 autores, referem-se os 6 primeiros e a expressão et. al.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos devem ser conforme àquelas usadas no Index Medicus.

Endereço para correspondência: Informar o endereço completo e eventual e-mail do autor principal ou chefe do serviço.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Revista: Daniel RK, Farkas LG. Rhinoplasty: image and reality. Clin Plast Surg 1988;15:1-10
Livro: Simões JC. Câncer: estadiamento e tratamento. Curitiba. NETSUL; 1997.

Capítulo de Livro: Módena JLP, Pereira LCC. Carcinoma gástrico precoce: In: SOBED, Endoscopia Digestiva. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI:2000. p. 402-27.

Tese e Monografia: Wu FC. Estudo da ação de aderências sobre anastomose cólica: trabalho experimental em ratos (Dissertação - Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2000.

Em Material Eletrônico: Dickering K, Scherer R, Lefebvre C. Systematic Reviews: Identifying relevant studies for systematic reviews. BMJ [serial online] 1994; 309:1286-91. (cited 2002 Apr20); Available from: <http://bmj.com/cgi/content/full/309/6964/1286>

RESIDÊNCIA MÉDICA: ALGUMA COISA ESTÁ FORA DA ORDEM*Medical Residency: something is wrong with it.*João Carlos Simões¹

“A decisão de um é mais importante do que as opiniões de muitos.”

(Barry Lowitz)

É uma redundante afirmação sobre o óbvio dizer que a residência médica é a melhor maneira de um egresso do curso de medicina se especializar: ela associa um programa prático (treinamento em serviço) sob a necessária supervisão de preceptores competentes e um programa teórico de pós-graduação.

Quando William Halsted e Osler, em 1889, respectivamente no departamento de cirurgia e clínica, instituíram o sistema da residência médica no Hospital John Hopkins, de Baltimore, os médicos moravam na Instituição. Mesmo com as transformações históricas do programa da residência médica, não se pode negar que a carga horária de 60 horas semanais com um plantão de 24 horas, perfazendo 2.880 horas anuais, significa uma dedicação excepcional de um trabalhador.

Vamos, porém, levantar e rever alguns pontos que precisam de discussão e de uma reflexão de todos que vivem e pensam a residência médica como uma instituição que deve ser preservada, fortalecida e que, fundamentalmente, esperam decisões do MEC:

1) O pagamento dos programas de credenciamento das residências do Brasil ainda é creditado para a CAPES e se procura resolver que o trâmite desta verba seja dirigida para a CNRM para que possa implementar a sustentação da sua estrutura e das Comissões Estaduais e de todos os recursos necessários para os visitantes dos programas de residência do Brasil.

2) As Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) precisariam ser profissionalizadas, possuindo uma infra-estrutura adequada, com secretárias dedicadas e exclusivas, além de sustentabilidade financeira, e não viver do voluntarismo e boa vontade constante dos seus membros, que tiram dinheiro do bolso para executar as visitas de verificação.

3) As Comissões de Residência (COREMEs) precisam de um regimento adequado e ter credibilidade, autonomia, respeito da instituição, reuniões mensais, avaliação interna e fiscalizar os

diversos programas das especialidades no que diz respeito ao Projeto Pedagógico e as resoluções da CNRM.

4) Quais são os requisitos mínimos de um supervisor e preceptor da Residência Médica? Isto incluiria a discussão da sua formação e capacitação em educação médica, relacionamento e responsabilidade com a direção administrativa da instituição, a carga horária fixada de dedicação e a sua remuneração (que continua um ponto difícil e não resolvido pela CNRM).

5) As Sociedades de Especialidade da AMB precisam implementar o que algumas áreas de especialidade já fizeram, que é incorporar e legitimar os programas de residência para que o residente, no final do seu curso, receba o reconhecimento e a chancela da sociedade, além do seu título de especialista e para que se acabe com a figura espúria do especializando que recebe o mesmo programa da residência médica e que nada recebe, nem título reconhecido e é mão-de-obra não remunerada da instituição.

6) Os médicos residentes, que são a razão de ser da existência da Comissão Nacional de Residência Médica, devem ser respeitados e com os quais devemos ter a maior responsabilidade e vínculo na sua formação profissional. Em contrapartida, necessitam ser constante e devidamente avaliados. Eles também devem cultivar o espírito crítico próprio da categoria médica e avaliar constantemente os seus supervisores e preceptores para exigirem e receberem uma formação adequada do seu programa de especialidade. E denunciar quando isto não acontecer.

O que se observa é que a Residência Médica está em crise devido à falta de qualidade de alguns programas, preceptores incompetentes, falta de capacitação e investimento das Coremes e CEREMs, excesso de egressos e concentração excessiva em algumas áreas.

ESPECIALIZAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA

Especialization and Medical Residency

José Luiz Gomes do Amaral¹

Nos idos de 1950, consolidava-se a educação médica plena na formação de especialistas. Nesse processo, que tomou as décadas seguintes, organizaram-se, em todo o mundo, as Sociedades de Especialidades Médicas e consagrou-se a Residência Médica como modelo de especialização.

Implantada no Brasil pelo Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977, a Residência Médica tomou corpo graças primordialmente ao esforço das nossas Sociedades de Especialidade. Foram elas que buscaram, nos melhores programas europeus e americanos, subsídios para a organização dos conteúdos e formatação didático-pedagógica-assistencial, que constituem a base da formação do médico da atualidade.

A especialização (notadamente a Residência Médica) hoje é parte integrante da formação médica. Não há espaço para médicos apenas graduados e muito menos para confusão entre esses e os generalistas, sejam eles clínicos (também chamados internistas) ou cirurgiões gerais. Reconhecidas entre as áreas fundamentais da prática clínica, a clínica geral ou a cirurgia geral exigem formação especializada e extensa, muito freqüentemente alicerce para outras áreas de especialização.

Assim, a evolução dos sistemas de saúde, privilegiando a qualidade e a otimização de recursos, tem conduzido à ampliação e aprofundamento dos programas de especialização. Desta forma, especialização, longe de limitar o campo de atuação, acrescenta novas valências ao médico e prepara-o para o desenvolvimento profissional contínuo, fatores essenciais para manutenção do desempenho em carreiras que não raramente ultrapassam os 45 anos.

Não há, portanto, como fugir da premissa de que, a bem da saúde, seja priorizado investir na consolidação dos programas de Residência Médica e, dentro de nossas possibilidades, multiplicá-los. Fazê-lo de sorte a garantir sua atualidade, pareando-os aos melhores no cenário internacional. Evitar a formação mínima, visto que limita a capacidade resolutive, cria interdependência e concentra o médico nos grandes centros.

Faz-se ainda necessário direcionar os médicos bem formados para as áreas de maior necessidade e isso exige duas providências indissociáveis: criação de carreiras e estruturas assistenciais que privilegiem as áreas estratégicas e para elas atraíam os melhores profissionais; composição de quadros qualificados de instrutores, que possam dinamizar os programas de residência, naturalmente priorizados na alocação das bolsas correspondentes.

Entre os muitos vícios que hoje ameaçam a formação especializada, salientam-se a falta de unidades do Sistema Único de Saúde capazes de absorver médicos residentes; o excesso de graduados em medicina e o estado lastimável a que foi reduzida a graduação médica; e a total ausência de carreira pública na medicina. Acrescente-se a estas calamidades o credenciamento de programas de residência com a única finalidade de suprir mão-de-obra ou credenciar especialidades inexistentes, privilegiando as ditas residências “multiprofissionais” e outras “inovações” dissociadas da evolução da medicina.

Como reunir instrutores qualificados em instituições assistenciais de excelência?

Sem instrutores e estruturas assistenciais de qualidade não há Residência Médica. Onde encontrá-los no SUS?

Como direcionar bons médicos para os programas prioritários? Sem perspectiva de carreira pública, os melhores médicos voltar-se-ão para a medicina privada.

Não lhes é dada alternativa.

Há muito não buscam, os que se candidatam à profissão médica, sucesso financeiro ou social. Tirando as poucas honrosas exceções, é a vocação e o amor ao próximo que nos orientam para a medicina; mas a gestão de recursos humanos conspira contra a vocação e o amor ao próximo.

A sociedade brasileira quer médicos no SUS.

Os médicos querem um lugar digno no SUS.

Exigem-no, sociedade e médicos.

Como médicos.

1 - Presidente da Associação Médica Brasileira

A AMEREPAR - ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES DO PARANÁ*AMEREPAR - Medical Resident Association from Paraná*Hugo Manuel Paz Morales¹

Com muita honra e satisfação que a AMEREPAR (Associação dos Médicos Residentes do Paraná) aceita o convite feito pelo editor da Revista do Médico Residente, Dr. João Carlos Simões, de redigir, a cada nova edição da Revista do Médico Residente, um editorial sobre atualidades e temas de fundamental importância ao médico residente. Este fato consolida a Revista do Médico Residente como porta-voz científico e intelectual da nossa classe.

Os primeiros anos que se sucedem à graduação do curso de medicina são caracterizados como período de crise. Crise, na definição histórica da palavra, é um momento de transição, de perda das características pregressas para o surgimento de um novo paradigma. O período feudal durante o século XV, por exemplo, sofreu uma crise, uma transformação, em sua organização socioeconômica e política, culminando nos Estados Nacionais e na transição à Idade Moderna.

O médico recém-formado se depara rapidamente com uma realidade que vai de encontro à sua formação. Uma realidade na qual o conhecimento construído em seis anos de árduo estudo é muito inferior ao que se demanda. Seja essa insuficiência dada pelo modo como o conhecimento fora adquirido ou pelo fato de não contemplar as reais necessidades de um médico, como noções de administração, filosofia, além de lacunas na própria matéria médica, o que é certo é que o recém-formado terá que abandonar antigos conceitos para adequar-se ao novo meio. Passará, pois, por um período de crise. E, nessa metamorfose, buscará modelos que o definirão como médico e pessoa. Deste modo, podemos inferir que os primeiros anos de atuação médica são fundamentais para a formação profissional e ética do indivíduo.

A residência médica surge como a melhor forma de aprendizado aos egressos de faculdades de medicina, já que apresenta uma proposta didática e ética completa, amparada em Lei. No Brasil, a residência médica nasce no decorrer da década de 40 dentro do Hospital de Clínicas de São Paulo como um movimento de médicos que, a molde do que ocorria

em hospitais americanos, acompanhavam serviços de referência para um melhor aprendizado em determinada área. Porém, somente após trinta anos ela é efetivamente incorporada à Constituição mediante o Decreto 80.281/1977, que a regulamenta e cria o Conselho Nacional de Residência Médica. Este Decreto, além de informações sobre número de vagas, carga horária semanal e programas de residência, pode ser obtido no site da web <http://portal.mec.gov.br/sesu> do Ministério da Educação e Cultura.

O não cumprimento destas normas, especialmente as negligências quanto ao pagamento e ajuste de bolsas, deu ensejo ao crescimento e fortalecimento das entidades que representam os médicos residentes: as Associações de Médicos Residentes. Em 2005, a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) encaminhou ao Ministério da Educação uma minuta de anteprojeto de lei que majorava a bolsa em 50%. Um ano após, a Associação de Médicos Residentes de São Paulo (AMERESP) organizou uma paralisação estadual com impacto nacional. Esses esforços culminaram no reajuste da bolsa em 30%.

A Associação dos Médicos Residentes do Paraná (AMEREPAR) foi reativada há 1 ano com o objetivo de representar ativamente todos os residentes do Estado e zelar por essa modalidade de ensino de pós-graduação. No nosso Estado, há 1.479 vagas de residência médica credenciadas pelo MEC espalhadas por 24 instituições. Esse número, mesmo ao subtrair-se 1/4 de vagas ociosas, representa mais de 10% do total de eleitores da disputa pela gestão do CRM/PR ocorrida neste ano. Com esse número extremamente significativo e conseqüente potencial de melhorias das condições de ensino e trabalho, é inaceitável permanermos isolados em nossas instituições.

O passo inicial para a integração estadual é o acesso facilitado a informações sobre atualidades da residência médica a cada residente do Estado. Conscientizar, primeiro, o próprio médico residente de seus direitos para posteriormente conscientizar toda

1 - Médico residente do 2º ano de Clínica Médica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC); Presidente da Associação de Médicos Residentes do Paraná (AMEREPAR); Presidente da Associação de Médicos Residentes do HUEC (AMERHUEC).

a classe médica e a população. Com essa finalidade criamos o grupo de e-mail do Yahoo intitulado amerepar1 e já estamos organizando um web site. Nesses locais poderemos discutir temas como a bolsa do médico residente, carga horária semanal, condições de trabalho e ensino e avaliação dos preceptores pelos residentes. É importante frisar que o representante da AMEREPAR possui espaço de voz e de voto nas plenárias da Comissão Estadual de Residência Médica. Deste modo, as discussões realizadas nos espaços supracitados não serão puramente teóricas, pelo contrário, tomarão caráter ativo.

O segundo passo é o fortalecimento das Associações de Médicos Residentes de cada Hospital. Grande parte das 24 instituições que albergam a residência médica em nosso Estado não possui uma Associação dos Médicos Residentes ativa. Isso ocorre pela transitoriedade do médico residente dentro da

residência médica e da instituição, pela sua dificuldade de participação conseqüente à elevada carga horária e pela falta de tradição organizacional.

Com essa esperança, deixamos aqui um convite a cada médico residente. Durante os dias 06 e 07 de novembro, o Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) sediará o II Fórum dos Médicos Residentes do Paraná. Este evento é de máxima importância, tendo como temas principais de discussão a aprovação do estatuto da AMEREPAR, a composição da próxima diretoria e o intercâmbio de experiências entre residentes de todo o Estado.

Gostaríamos novamente de agradecer ao corpo editorial da Revista do Médico Residente e, em especial, à pessoa do Dr. João Carlos Simões, pela sensibilidade e inteligência de compreender a importância da residência médica na formação do médico e para a sociedade.

Confira a composição da atual diretoria da AMEREPAR:

Presidente:	Hugo Manuel Paz Morales (R2 Clínica Médica – HUEC)
Vice-presidente:	Luisa Moreira Hopker (R2 Oftalmologia – HC)
Secretário-geral:	Murilo Minoru Murata (R2 CAD – HC)
1º Secretária:	Manuela Sasaki (R2 Anestesiologia – HC)
2º Secretário:	Guilherme Novochadlo Moura Jorge (R2 Ortopedia – HUEC)
Tesoureiro:	Bruno Sbrissia (R2 Ortopedia – HUC)
Diretor Científico:	Rodrigo Macedo (R2 Cirurgia Geral)
Diretor cultural/ marketing:	Fabíola Michelin Machado (R2 Clínica Médica – Santa Casa de Ponta Grossa)

Para contato: (41) 3240-4049
amerepar@crmpr.org.br

Presidente: (41) 9244-5304
hugomanuel@yahoo.com.br

O ENSINO MÉDICO MERECE RESPEITO

Medical teaching deserves respect

Antonio Carlos Lopes¹

Dentro da política de governo, surgiu recentemente uma parceria entre os ministérios da Educação e da Saúde para cuidar da educação médica. Com fundo ideológico, esta parceria está longe de contemplar políticas públicas eficientes. Depois da interferência do Ministério da Saúde, chama a atenção o estímulo dado às escolas médicas para centrarem o ensino na rede pública (SUS).

Esta situação só pode ser apregoada por quem não conhece o atendimento médico na rede pública e desconhece os princípios do ensino médico, que nesta visão é tratado com desrespeito. É evidente que o ensino deve ser baseado na comunidade, mas desde que os seus princípios pedagógicos e sua metodologia sejam respeitados. O aprendizado médico na rede pública atual só serve para mostrar ao aluno o que não fazer na prática médica, não por culpa dos médicos, mas pela estrutura deficiente.

Em relação à Residência Médica, pós-graduação lato sensu, nota-se seu deslocamento progressivo para o Ministério da Saúde, como fica claro em matérias recentemente veiculadas pela imprensa. Quem tem se manifestado sobre o assunto não é o Ministério da Educação, e sim o da Saúde. Aliás, é o que tentaram fazer durante o período em que fui Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), e só não conseguiram em função de uma política importante da própria Comissão, em busca da excelência e da equidade regional.

A incompetência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde fica evidente quando 250 bolsas de Residência Médica para o Programa de Saúde da Família e Comunidade foram distribuídas aos programas correspondentes, criados em situação de emergência no Norte e no Nordeste. As bolsas tinham valor maior que dos outros programas de Residência Médica, e apenas 25% foram ocupadas, com inúmeras queixas dos residentes.

É necessário que as especialidades médicas estejam presentes e que a Residência Médica, nos moldes em que ocorre nas políticas de países de primeiro mundo, contemple todas as regiões. Contudo, durante os quatro anos em que estive na Comissão, ao contemplar as regiões menos favorecidas e carentes de Residência em certas especialidades, nossa surpresa foi que as vagas jamais foram totalmente preenchidas. Isso nos mostra que a falta de infraestrutura, de recursos materiais mínimos e de preceptorias são incompatíveis com a Residência Médica, levando às vagas ociosas.

É necessário que a incompetência não seja o critério de escolha para cargos importantes, pois isto contempla a postura ditatorial que satisfaz os insensatos. Torna-se, portanto, fundamental que quem fale em ensino médico o exerça em sua plenitude, e não tenha título de professor somente na parede do gabinete.

1 - Antonio Carlos Lopes, Professor da UNIFESP, ex-Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

EXPERIÊNCIA DE 42 CASOS DO USO DE RETALHO DO MÚSCULO TEMPORAL NA RECONSTRUÇÃO EM CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

Experience in 42 cases of the use of flap temporal muscle in reconstruction in the head and neck surgery

João Carlos Simões¹

Ricardo Gama²

Fabiano G. Simões³

Simões JC, Gama R, Simões FG. Experiência de 42 casos do uso de retalho do músculo temporal na reconstrução em cirurgia da cabeça e pescoço. Rev. Med. Res. 2008;10(3):101-108

RESUMO

Objetivo: As cirurgias oncológicas da cabeça e pescoço resultam, muitas vezes, em defeitos funcionais e estéticos extensos. Entre as técnicas reconstrutoras utilizadas principalmente na área orbitomaxilopalatino, o retalho miofascial do músculo temporal (RMT) é um dos mais versáteis, e freqüentemente usado devido ao seu excelente suprimento vascular e razoável pedículo que permite que alcance a área orbitária, maxilar e até o palato mole. **Métodos:** Entre 1991 e 2007, revisamos os prontuários de 42 pacientes do Serviço de Oncologia Clínica e Cirúrgica e do Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba: vinte e cinco (25) pacientes eram portadores de neoplasia da pele da região maxilo-orbitária, a maioria carcinoma espinocelular da pálpebra ou conjuntiva, nos quais foi necessária exenteração orbitária e reconstrução com retalho do músculo temporal. Dezesesseis (16) pacientes eram portadores de carcinoma do antro maxilar atingindo a supra ou infra-estrutura e o RMT foi utilizado para preencher defeitos na órbita, maxilar superior e inclusive para cobrir o palato duro e/ou mole e uma (1) paciente era portador de um carcinoma de glândula salivar menor do palato duro. **Resultados:** Todos os retalhos ficaram viáveis, sem necrose. Em apenas 1 caso de reconstrução da órbita houve pequena deiscência parcial do retalho. Em 1 caso, do uso do RMT para cobrir defeito do palato, houve pequena deiscência parcial do retalho e outro caso com infecção local limitada. Na área doadora não houve nenhum caso de infecção, apenas soromas e pequenos hematomas que foram drenados. **Conclusão:** O RMT é um retalho versátil, com ótimo suprimento vascular, seguro, fácil de ser confeccionado principalmente nas ressecções oncológicas da área órbita-maxilar e mesmo na reconstrução do palato duro, porém o seu arco de rotação limita o seu uso para áreas mais anteriores da cavidade bucal. O defeito da área doadora é coberto de cabelos o que minimiza o defeito estético causado pela sua utilização e a mastigação não parece ser afetada.

Descritores: Retalho do músculo temporal; Exenteração orbitária; Cirurgia da cabeça e pescoço.

INTRODUÇÃO

As cirurgias oncológicas da cabeça e pescoço resultam, muitas vezes, em defeitos funcionais e estéticos extensos. Entre as técnicas reconstrutoras utilizadas principalmente na área órbita-maxilar, o retalho do músculo temporal (RMT) é um dos mais

versáteis, freqüentemente usado devido ao seu excelente suprimento vascular e razoável pedículo que permite alcance à área orbitária; maxilar e até o palato duro.

1 - Professor Titular de Oncologia, Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná. Chefe do Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

2 - Professor de Oncologia e Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR). Chefe do Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

3 - Cirurgião Dentista graduado pela Universidade Positivo. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial USP-SP. Especializando em Implantodontia pelo SENAC-SP. Mestrando em Prótese Bucomaxilo Facias pela USP-SP.

A área doadora é coberta de cabelos o que minimiza o defeito estético causado pela sua utilização e a mastigação não parece ser afetada.

Webster, em 1975, descreveu o uso do retalho do músculo temporal baseado no processo coronóide da mandíbula para reconstrução de defeitos após exenteração orbitária e que possibilita inclusive a colocação posterior de prótese ocular.(1)

Há vários métodos para a reconstrução do defeito criado após a remoção do palato mole e/ou duro. As próteses obturadoras são muito versáteis. Entretanto a fixação adequada e o selamento delas podem ser difícil em grandes defeitos e em pacientes desdentados.

Vários outros retalhos regionais incluem o retalho do septo nasal, retalho miocutâneo do músculo infra-hióideo, retalho miocutâneo do músculo peitoral maior e o retalho do músculo temporal. Para reparo de grandes ressecções oro-maxilo-orbitárias o uso do retalho livre miocutâneo do músculo reto do abdome é o mais indicado.(2-17)

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de 16 anos do serviço de oncologia com RMT em reconstruções da cirurgia de cabeça e pescoço.

MÉTODOS

Entre 1991 e 2007, foram revisados os prontuários de 42 pacientes do Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica e do Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba: 36 eram homens e 6 mulheres. A idade variou de 26 a 81 anos. Existiam 21 pacientes com carcinoma espinocelular da pele da pálpebra com invasão da órbita que foram submetidos à exenteração orbitária e reconstrução com RMT, os demais 4 apresentavam carcinoma baso-celular. 16 pacientes eram portadores de carcinoma espinocelular do seio maxilar, sendo 10 com invasão do palato duro que utilizaram o RMT para reparar o palato duro e seis com invasão da pele e da órbita que necessitou RMT para reparo da pele da órbita e da pele da região maxilar. Uma paciente apresentava um carcinoma de glândula salivar menor do palato duro e que foi reparada com RMT intra-oral. O seguimento clínico deste pacientes foi de 6 meses a 16 anos.

A tabela 1 sumariza as informações demográficas dos pacientes:

Tabela1 - Localização demográfica dos 42 casos

Nº de Casos	Localização do Tumor
16	CEC de Pálpebra Inferior com invasão da órbita
06	CEC de Conjuntiva com invasão da órbita
09	CBC de pálpebras sup. e inf. + invasão da órbita
10	CEC de seio maxilar com invasão da órbita e da pele da região maxilar
01	Carcinoma de Glândulas salivares menores do palato

Técnica Cirúrgica da Confecção do Retalho do Músculo Temporal após Exenteração Orbitária.

A exenteração orbitária é cirurgia oncológica bem padronizada para o tratamento de neoplasias da órbita ou da pele da pálpebra e ou conjuntiva com invasão da órbita. O plano de dissecação segue o descolamento do perióstio da órbita até a inserção da musculatura própria do olho e secção do nervo óptico e sua vascularização e hemostasia apropriada

O retalho do músculo temporal é abordado com uma incisão sobre a região temporal partindo aproximadamente da borda do osso zigomático até a borda superior do músculo temporal. Após a dissecação dos retalhos cutâneos, o músculo temporal é descolado do perióstio do osso temporal, deixando-o preso apenas pela sua inserção no processo coronóide da mandíbula.(figuras 1 a 13)

Para facilitar a sua acomodação dentro da cavidade orbitária pode-se realizar uma osteotomia da cavidade orbitária lateralmente. Como o músculo é coberto por uma fásia não há necessidade de se colocar um enxerto livre e a epitelização se processa em torno de 2 a 3 semanas. Os pacientes receberam cefazolina dose única de 1 g no pré-operatório.

Caso 1 - Exenteração orbitária e reconstrução com RMT



Figura 1 - Paciente com CEC da pele da pálpebra avançado com invasão da órbita.

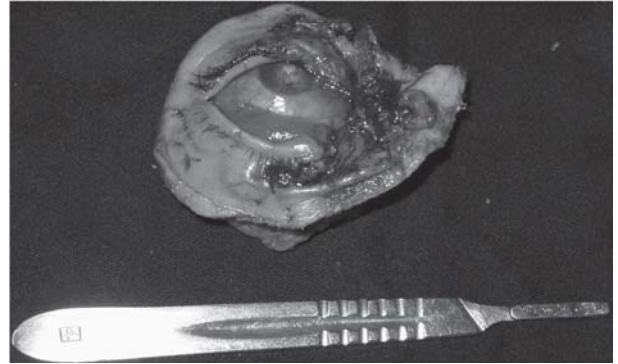


Figura 4 - Peça operatória.



Figuras 2 - Técnica cirúrgica de exenteração da órbita com margem de ressecção.



Figura 5 - Desenho esquemático da irrigação arterial do retalho.



Figura 3 - Exenteração da órbita pelo plano do perióstio da órbita.

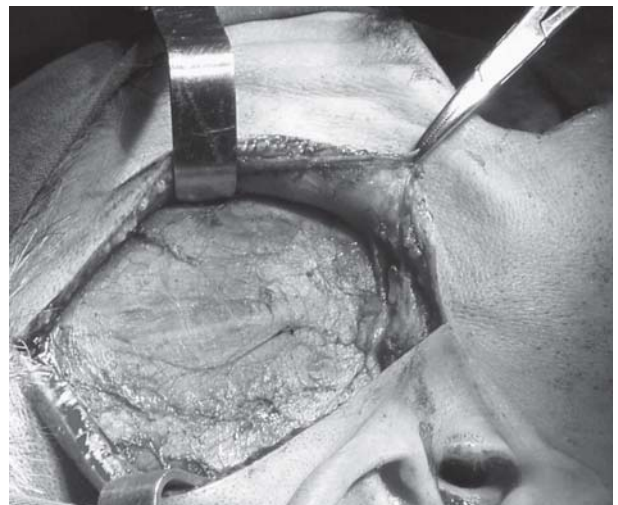


Figura 6 - Exposição e dissecação do músculo temporal.

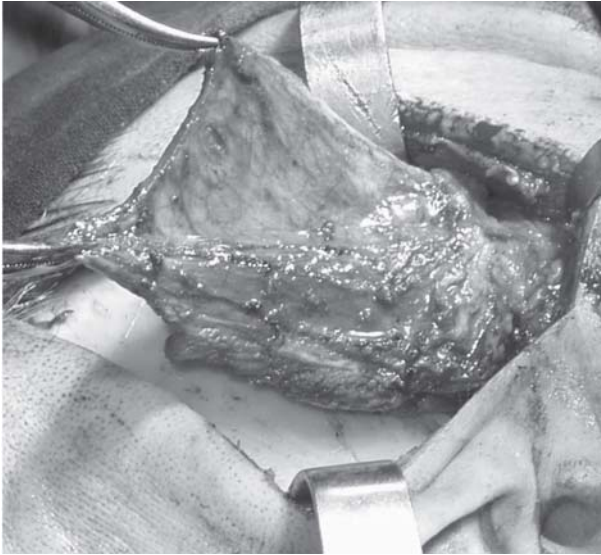


Figura 7 - Dissecção do pedículo do retalho baseado no processo coronóide da mandíbula.



Figuras 8 e 9 - Rotação do retalho e abertura de janela óssea em região lateral da órbita para melhor acomodação do retalho.

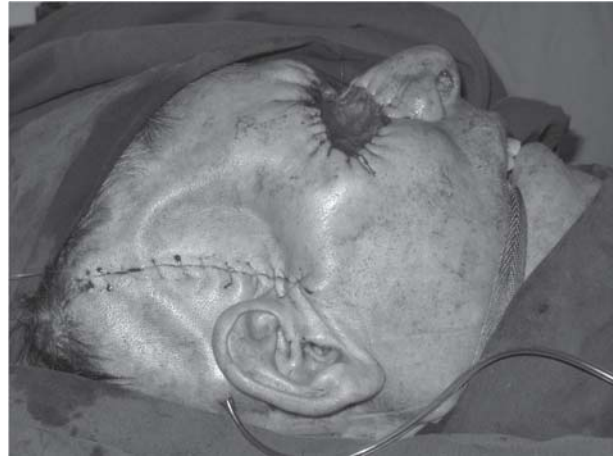


Figura 12 - Pós-operatório imediato: visão lateral com dreno de aspiração na área doadora da região do músculo temporal.

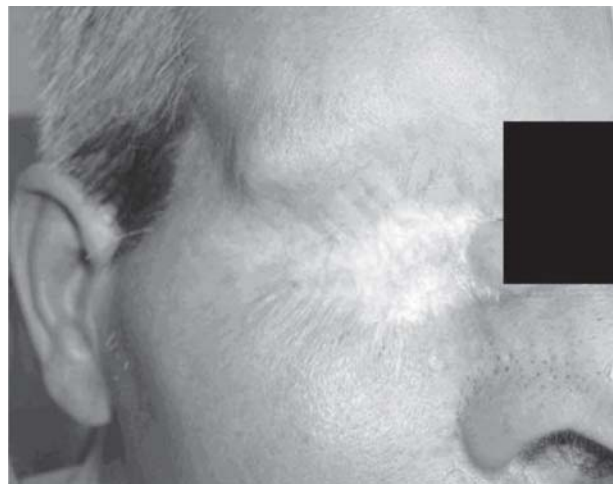


Figura 13 - Pós-operatório após 6 meses.

Técnica Cirúrgica do Retalho do Músculo Temporal para reparar defeitos do palato duro e/ou mole.

Após o levantamento do retalho do músculo temporal da fossa temporal, com dissecção cuidadosa sob o arco do osso zigomática se faz a rotação do retalho para dentro da boca reparando o defeito do palato. Se houver muita dificuldade, pode-se retirar o arco zigomático e depois fixá-lo novamente com placa e parafuso.

A formação da neomucosa sobre o retalho é um processo rápido. O paciente pode ser alimentado normalmente a partir do segundo dia do pós-operatório e sua mastigação não é prejudicada.

Caso 2 – Reconstrução com RMT para ressecção do palato duro.



Figura 14 - TAC evidenciando carcinoma de glândula salivar menor em palato duro.



Figura 15 - Exposição do RMT após sua rotação.

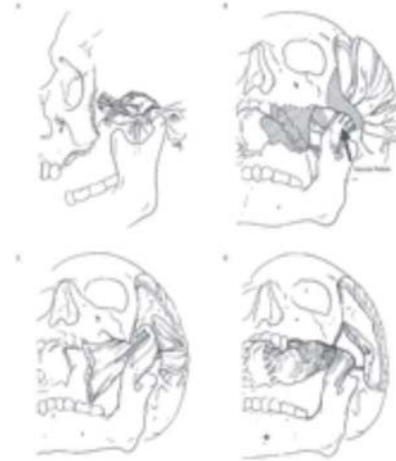


Figura 16 - Ilustração do processo de reconstrução do palato duro com RMT.

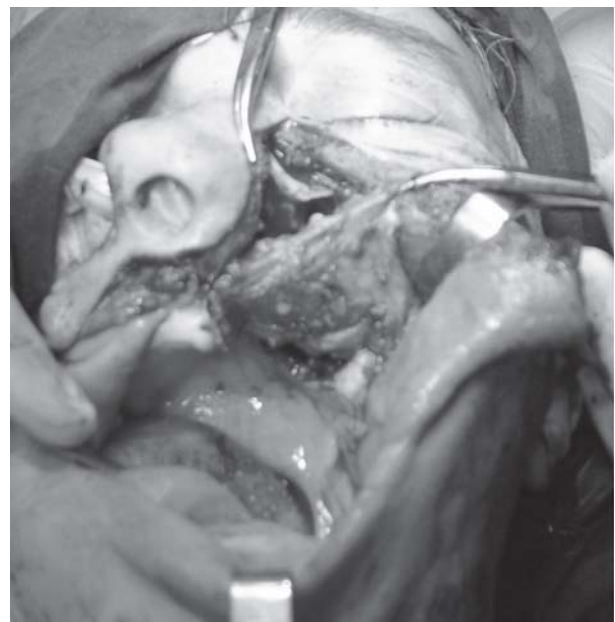


Figura 17 - Rotação do músculo Temporal após a exérese do carcinoma e reconstrução do defeito do palato duro.



Figura 18 - RMT suturado no defeito do palato duro.



Figura 19 - Aspecto da sutura da face no pós-operatório imediato (Incisão de Weber - Ferguson).



Figura 20 - Aspecto do palato duro após 6 meses.

Todos os retalhos nos 42 pacientes foram viáveis. Não houve necrose do retalho em nenhum caso. Houve duas deiscências parciais do retalho na pele da órbita que cicatrizaram por segunda intenção e uma deiscência parcial na porção anterior do palato duro, também com cicatrização adequada.

Na área doadora houve apenas soromas limitados que foram puncionados ou drenados e um caso de pequeno hematoma que foi drenado. Não houve infecção na área doadora. Não houve queixa de distúrbio da mastigação e um paciente teve obstrução do ouvido interno após reconstrução do palato mole e duro.

Não houve queixa de dificuldade respiratória pelo volume do retalho em nenhum paciente nas reconstruções orais.

O seguimento destes pacientes obedece ao protocolo do serviço Cancerologia e de Cabeça e Pescoço do HUEC com história e exame físico, oroscopia e rinolaringoscopia anual, endoscopia digestiva e estudo radiológico do tórax.

Às vezes faz-se necessária a utilização de Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética para se evidenciar recidivas loco-regionais. Houve 5 pacientes que tiveram recidiva local, nos quais pelo exame físico foi possível o seu diagnóstico.

DISCUSSÃO

Os tumores da órbita, aí incluídos os tumores de pele da pálpebra e da conjuntiva, têm um caráter destrutivo, mormente em nossa população de baixo nível socioeconômico e cultural, levando à necessidade de cirurgias de caráter multilante como as exenterações orbitárias.

Os métodos de reconstrução citados na literatura são vários, indo desde a enxertia livre preconizada pelos trabalhos de Converse, retalhos cutâneos tipo frontal e o retalho miofascial do músculo temporal descrito por Webster em 1975¹.

O retalho do músculo temporal possui uma excelente vascularização, o que evita a sua necrose. Nos pacientes pesquisados não houve necrose, nem parcial do retalho em qualquer das suas colocações, orbitária ou intra-oral.

Além disto, o seu pedículo baseado no processo coronóide da mandíbula permite um bom arco de rotação na face ou no seu uso intra-oral através do arco zigomático.

Quando há dificuldade da passagem do retalho

sob o arco zigomático este pode ser facilmente retirado e novamente fixado com parafusos.

Como o retalho tem uma boa espessura o defeito da cavidade orbitária, após as exenterações e os defeitos criados após a retirada do palato duro e/ou mole permitem uma boa adequação do músculo na sua área receptora.

A superfície cruenta do retalho pode ser enxertada e isso é usado e preconizado por alguns serviços, porém quando a superfície da fásia do músculo fica exposta a sua epitelização ou a formação da neomucosa se processa de uma maneira rápida, aproximadamente em 2 semanas, sem causar grande contração.

Existe, ainda, a possibilidade de se incluir no retalho uma prótese ocular, o que foi possível em 6 pacientes.

O retalho do músculo temporal pode ser usado bilateralmente para reconstrução total do palato.

O defeito da área doadora na região temporal é recoberta pelo crescimento dos cabelos o que diminui a depressão do RMT e também há possibilidade de se incluir uma prótese de polipropileno dobrada, na fossa temporal, uma das técnicas utilizadas e que proporcionará melhores condições estéticas.

Não houve em nenhum dos pacientes distúrbios da mastigação ou processo de disfunção da ATM.

É óbvio que o recobrimento de áreas ressecadas

em cirurgias oncológicas por retalhos podem dificultar o diagnóstico de recidivas locais. Houve cinco pacientes com recidivas locais tanto em órbita quanto intra-oral, mas o seu diagnóstico foi possível e fácil com o exame físico, sendo depois solicitado exames de imagens para se evidenciar a extensão desta recidiva.

As complicações encontradas nesta série de RMT foram muito pequenas e se restringiram a 3 casos de pequenas deiscências parciais do retalho, porém sem necrose e com infecção local limitada e com cicatrização por segunda intenção.

Em nenhum paciente do uso intra-oral houve dificuldade de deglutição ou de respiração. Houve apenas 1 caso de obstrução do ouvido interno com tratamento apropriado.

CONCLUSÃO

A experiência de 16 anos do Serviço de Oncologia do Hospital Evangélico de Curitiba mostrou que o retalho do músculo temporal é versátil, com excelente vascularização, seguro, com baixo índice de complicações e fácil de ser dissecado e utilizado nas reparações após as ressecções oncológicas da área órbita-maxilar e na reconstrução intra-oral do palato duro e mole. A estabilidade do RMT proporcionará, sem dúvida, melhores condições para o planejamento e confecção da reabilitação protética oro-facial.

ABSTRACT

Background: Head and neck cancer surgeries often result in extensive aesthetic and functional defects. Among the reconstructing techniques used mainly in the orbitofrontal-palate-jaw area, the miofascial flap of the temporal muscle (RMT) is one of the most versatile and frequently used because of its excellent vascular supply and reasonable pedicle that allows it to reach the orbital area, from the jaw to the hard palate. **Methods:** Between 1991 and 2007, the records of 42 patients were reviewed at the Office of Oncology and Surgical Clinic as well as the Office of Head and Neck at the Evangelico University Hospital of Curitiba: twenty-five (25) patients suffered from cancer of the skin of the maxillofacial - orbital region, most of them with squamous cell carcinoma of the eyelid and conjunctiva, where orbital exenteration was necessary and reconstruction with flap temporal muscle. Sixteen (16) patients suffered from carcinoma of the maxillary antrum reaching either the supra or the infrastructure and RMT was used to fill defects in orbit, upper jaw and even to cover the hard palate and / or soft one (1) patient suffered from a minor salivary gland carcinoma of the hard palate. **Results:** All flaps were viable without necrosis. In only one case of reconstruction of the orbit. In 1 case, using RMT to cover a defect in the palate, dehiscence of a small part of the flap occurred and in another case there was limited local infection. In the donor area there were no cases of infection, only seromas and small haematoma that were eventually drained. **Conclusion:** The RMT is a versatile flap, with large vascular supply, safe, easy to be made mainly in the oncologic resection of the orbitofrontal-jaw area and even in the reconstruction of the hard palate, but its arc of rotation limits its use to more frontal areas of the oral cavity. The defect of the donor area is covered with hair which minimizes the aesthetic defect caused by its use and chewing does not seem to be affected.

Key-words: Flap temporal muscle, Exenteração orbital; Cancer surgery

REFERÊNCIAS

- 1 - Webster JP. Temporalis muscle transplants for defects following orbital exenteration. Internat. Soc. Plastic Surgeons. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1957.
- 2 - Ioannides Ch, Fossion E, Boeckx W. Reconstruction of external cervicofacial defects Br J Surg 1993; 80: 84-5.
- 3 - Gal T, Kerschner J, Futran N, Bartels L, Fariior J, Ridley M, Klotch D, Endicott J. Reconstruction after temporal bone resection Laryngoscope 1998;108: 476-81.
- 4 - Howard GR, Nerad JA, Carter KD, Whitaker DC. Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of the eyelid. Am J Ophthalmol. 1992;113(2):123-33.
- 5 - Small RG. Exenteration of the orbit: indications and techniques. In: Nesi FA, Lisman RD, Levine MR, Brazzo BG, Gladstone GJ. Smith's Ophthalmic plastic and reconstructive surgery. St Louis: Mosby-Year Book; 1998.
- 6 - Bakamjian VY, Souther SG. Use of temporalis muscle flap for reconstruction after orbitomaxillary resections for cancer. Plast Reconstr Surg. 1975 Aug;56(2):171-7.
- 7 - Bradley P, Brockbank J. The temporalis muscle flap in oral reconstruction: a cadaveric animal and clinical study. J Maxillofac Surg. 1981 Aug;9(3):139-45.
- 8 - Koranda FC, McMahon MF, Jernstrom VR. The temporalis muscle flap for intraoral reconstruction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1987 Jul;113(7):740-3.
- 9 - Hüttenbrink KB. Temporalis muscle flap: an alternative in oropharyngeal reconstruction. Laryngoscope. 1986 Sep;96(9 pt1):1034-8.
- 10 - Colmenero C, Martorell V, Colmenero B, Sierra I. Temporalis myofascial flap for maxillofacial reconstruction. J Oral Maxillofac Surg. 1991 Oct;49(10):1067-73.
- 11 - Browne JD, Burke AJC. Benefits of routine maxillectomy and orbital reconstruction with the rectus abdominis free flap. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999 Sep;121(3):203-9.
- 12 - Sasaki CT, Ariyan S, Spencer D, Buckwalter J. Pectoralis major myocutaneous reconstruction of the anterior skull base. Laryngoscope. 1985 Feb;95(2):162-6.
- 13 - Borges AF. Palatal defect reconstruction with hinged nasal septum flap. Ann Plast Surg. 1983 Feb;10(2):167-71.
- 14 - Browne JD, Holland BW. Combined Intraoral and lateral temporal approach for palatal malignancies with temporalis muscle reconstruction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002 May;128(5):531-7.
- 15 - Alonso del Hoyo J, Fernandez Sanroman J, Gil-Diez JL, Diaz Gonzalez FJ. The temporalis muscle flap: an evaluation and review of 38 cases. J Oral Maxillofac Surg. 1994 Feb;52(2):143-7.
- 16 - Earley MJ. Primary maxillary reconstruction after cancer excision. Br J Plast Surg. 1989 Nov;42(6):628-37.
- 17 - Abdul-Hassan HS, von Drasek Ascher G, Acland RD. Surgical anatomy and blood supply of the facial layers of the temporal region. Plast Reconstr Surg. 1986 Jan;77(1):17-28.

Recebido em: 06/02/2008

Aprovado em: 23/05/2008

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

João Carlos Simões

Rua Nicolau J. Gravina, 65

82010-020 - Curitiba - PR

e-mail: drjcs@uol.com.br

Fone: (41) 3272-4313

ESTUDO SOBRE ASSOCIAÇÃO ENTRE ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDES E FENÔMENOS VASCULARES PERIFÉRICOS EM UMA POPULAÇÃO DE 54 PACIENTES COM ESCLERODERMIA

Study on the association between antiphospholipid antibodies and peripheral vascular events in a population of fifty four patients suffering from scleroderma

Ana Paula Torres Liberati¹
Camila Ferrari Ribeiro¹
Thelma Skare²

Liberati APT, Ribeiro CF, Skare T. Estudo sobre a associação entre anticorpos antifosfolípides e fenômenos vasculares periféricos em um população de 54 pacientes com esclerodermia. Rev. Med. Res. 2008;10(3):109-112.

RESUMO

Introdução: Esclerodermia é uma doença multissistêmica crônica de etiologia desconhecida. Fenômenos vasculares são um marco da doença. O fenômeno de Raynaud ocorre em 95% dos casos; telangiectasias, úlceras, necrose e alterações tromboembólicas também estão presentes. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre presença de anticorpos antifosfolípides e os fenômenos vasculares periféricos em esclerodermia. **Métodos:** Foram analisados 54 pacientes portadores de esclerodermia. Foram coletados dados acerca de tempo de doença, manifestações vasculares periféricas e perfil de auto-anticorpos antifosfolípides. **Resultados:** A amostra analisada era composta por 90,7% de mulheres, com idade média de 51,5 anos e com tempo médio de doença de 12,35 anos. Observou-se que 100% dos pacientes tinham fenômeno de Raynaud, 14,8% fenômenos tromboembólicos periféricos; 43,3 % tinham telangiectasias; 3,7% úlceras digitais; 59,2% cicatrizes estelares. A pesquisa de anticorpo anticardiolipina IgG (aCl) foi positiva em 9,2% dos analisados e IgM em 7,4% dos casos. Foi verificada associação negativa entre a presença de úlceras digitais e positividade do aCl IgG ($p=0.0007$). Constatou-se que fenômenos embólicos periféricos estão associados à positividade do aCl IgG ($p=0,0349$). **Conclusão:** Não se encontrou associação entre presença de anticorpos anticardiolipinas e achados vasculares periféricos da esclerodermia, exceto pela presença de fenômenos tromboembólicos periféricos. Infere-se, portanto, que os fatores causais desses fenômenos vasculares não são embólicos, mas vasoespásticos.

Descritores: Esclerodermia limitada; Esclerodermia difusa; Úlcera cutânea; Anticorpos antifosfolípides.

INTRODUÇÃO

A esclerodermia é uma colagenose de etiologia desconhecida que pode ser definida como uma doença com manifestações fibróticas de pele e órgãos internos, distúrbios vasculares e alterações auto-imunes¹. Dentre os distúrbios vasculares destaca-se a síndrome de Raynaud e suas complicações como cicatrizes estelares, úlceras e isquemia digital, a qual pode preceder à doença clínica por muitos anos¹.

Em meio aos distúrbios auto-imunes apresentados por esses pacientes, encontra-se a presença de anticorpos antifosfolípides. Marie *et al* estudando 69 pacientes com esclerodermia encontrou

positividade para esses auto-anticorpos em 19% deles². Já Assous e cols, numa coorte de 108 pacientes esclerodérmicos encontrou anticorpos anticardiolipinas em 14% deles³.

Anticorpos anticardiolipinas e lupus anticoagulante (LAC) são responsáveis por fenômenos trombóticos, os quais podem se associar à isquemia produzida pelo vasoespasmo, colaborando para aparecimento de lesões isquêmicas⁴. Em alguns estudos a presença de anticorpos anticardiolipina foi associada à ocorrência de hipertensão pulmonar e o aparecimento de cicatrizes estelares^{2,3}.

SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA (HUEC)

1 - Residentes do Serviço de Clínica Médica do HUEC.

2 - Médica do Serviço de Reumatologia do HUEC e Prof^a. de Reumatologia do Curso de Medicina da FEPAR.

Este estudo foi feito com o intuito de verificar a prevalência de anticorpos antifosfolípides na população esclerodérmica local e se a presença desses autoanticorpos está associada com a ocorrência de distúrbios vasculares periféricos tais como úlceras e necrose digitais, cicatrizes estelares, telangiectasias e tromboes periféricas.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudaram-se os prontuários de 55 pacientes com esclerodermia que preenchiam os critérios preliminares do Colégio Americano de Reumatologia para essa doença⁵, para presença de úlceras digitais, necrose digital, cicatrizes estelares, presença de fenômeno de Raynaud, presença de telangiectasias, tromboes periféricas e presença de anticorpos anticardiolipinas IgG e IgM e LAC. Essa amostra representa o número de pacientes com esclerodermia que compareceu ao ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba nos últimos 3 anos.

Os dados foram estudados por tabela de frequência e contingência sendo aplicados os testes de Fisher e qui-quadrado para estudo de associações com auxílio do *software Graph Pad Prism*, versão 4.0.

RESULTADOS

Dos 55 pacientes, 5 eram homens (9,2%) e 49 (90,7%) eram mulheres, com idade entre 26 e 79 anos (média de 51.5 ± 11.7 anos) e tempo de doença entre 2 e 40 anos (média 12.3 ± 8.9 anos). Desses, 11 (20,3%) tinham a forma difusa da doença, 9 (16,6%) tinham a forma de superposição, 1 (1,8%) tinha a forma *sine scleroderma* e 33 (61,1%) tinha a forma limitada

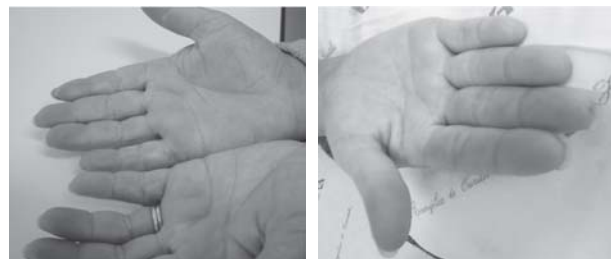
Encontraram-se os seguintes achados vasculares periféricos: Raynaud em 55, cicatrizes estelares em 32; úlceras de polpa digital em 10; necrose digital em 2; telangiectasias em 24 e fenômenos trombóticos periféricos em 8 pacientes. A porcentagem desses achados está resumida na tabela 1.

TABELA 1 - ACHADOS VASCULARES PERIFÉRICOS:

Raynaud	100%
Microcicatrizes estelares	59,2%
Telangiectasias	43,36%
Úlceras de polpas digitais	18,5%
Fenômenos tromboembólicos periféricos	14,8%
Necrose digital	7,4%
Úlceras digitais	3,7%
Úlceras de outros locais	1,8%
Necrose outros locais	0

Os fenômenos mais prevalentes na população estudada encontram-se ilustrados na figura 1.

FIGURA 1- ACHADOS VASCULARES PERIFÉRICOS MAIS FREQUENTES NA POPULAÇÃO ESTUDADA



A- Fenômeno de Raynaud

B -Microcicatrizes estelares



C- Telangiectasias

D- Úlceras em polpas digitais

A pesquisa dos anticorpos antifosfolípides havia sido feita em 54 pacientes. Encontrou-se positividade do anticardiolipina Ig G em 5 (9,25%); da anticardiolipina Ig M 4 (7,4%). Nenhum paciente tinha o LAC positivo.

O estudo da possível associação entre anticorpos anticardiolipinas e as manifestações vasculares periféricas encontra-se resumido na tabela 2.

TABELA 2 - ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINAS IgG E FENÔMENOS VASCULARES PERIFÉRICOS (N=54)

	IgG+	IgG-	p (Fisher)
Microcicatriz - n=31	4 (12,9%)	19 (61,2%)	0,15
Úlceras de polpa digital n=10	1 (10%)	9 (90%)	1,0
Úlceras digitais n= 2	0	2 (100%)	0,0007
Necrose digital n=4	1 (25%)	3 (75%)	0,33
Telangiectasias n=24	0	24 (100%)	0,0585
Fenômenos tromboembólicos periféricos n=8	3 (37,5%)	5 (62,5%)	0,0349

n= número da amostra

O estudo da possível associação desses fenômenos com anticorpo anticardiolipina IgM encontra-se na tabela 3.

TABELA 3 - ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINAS IgM E FENÔMENOS VASCULARES PERIFÉRICOS (n=54)

	IgM+	IgM-	p (Fisher)
Microcicatriz - n=31	3	28	0,62
Úlceras de polpa digital n=10	0	10	1,0
Úlceras digitais n= 2	0	2	1,0
Necrose digital n=4	1	3	0,27
Teleangiectasias n=24	2	22	1,0
Fenômenos tromboembólicos periféricos n=8	2	6	0,1

n= número da amostra

DISCUSSÃO

A esclerodermia caracteriza-se por uma vasculopatia generalizada acompanhada da fibrose de pele, vísceras e vasos sanguíneos¹. O fenômeno de Raynaud é visto na maioria dos casos, sendo causado por vasculopatia obstrutiva associada a espasmo de pequenos vasos de extremidades durante exposição ao frio e em situações de estresse¹. Pode promover perda de tecidos de maneira irreversível, que resulta em afilamento da extremidade dos dedos e formação de pequenas cicatrizes por isquemia de áreas

diminutas no topo da polpa digital conhecidas como cicatrizes estelares¹. Úlceras digitais e gangrena digital aparecem em situações de isquemia mais grave. Essas duas últimas entidades são causadas exclusivamente por fenômenos isquêmicos, enquanto que úlceras no topo de extremidades ósseas são causadas também por uma combinação de má perfusão sangüínea e traumas repetitivos sobre uma pele friável¹.

As úlceras digitais desenvolvem-se em 15 a 25% dos pacientes¹. São muito dolorosas, cicatrizam lentamente, infectam com facilidade e contribuem para a diminuição da qualidade de vida de seu portador.

Já as telangiectasias aparecem mais facilmente na face, palmas e dorso das mãos e dedos. Desaparecem com a compressão, raramente afetam a extremidade inferior. Podem sangrar e têm um efeito cosmético perturbador¹.

Acredita-se que um excesso de endotelina-1 (ET-1) esteja associado ao mecanismo fisiopatológico subjacente da vasculopatia vista na esclerodermia. A ET-1 é um vasoconstritor endógeno muito potente, é mitógena para fibroblastos, células musculares lisas e endoteliais sendo liberada por fibroblastos de pacientes com esclerodermia^{7,8}. Todavia, como já comentado anteriormente, a presença de anticorpos anti-fosfolípidos, poderia contribuir para a lesão vascular dada as propriedades trombogênicas desses auto-anticorpos. Úlceras de pele fazem parte do espectro clínico da síndrome dos anticorpos antifosfolípidos⁹. Existindo uma participação desses auto anticorpos nas úlceras e necrose digital, uma medida terapêutica em termos de anticoagulação poderia auxiliar esses pacientes.

O presente estudo demonstrou que os anticorpos anticardiolipina não desempenham um papel importante na gênese de úlceras maiores ou menores em extremidades de pacientes com esclerodermia, senão em tromboembolismos, o que é fato já largamente conhecido. Portanto, os fenômenos vasoespásticos devem ser responsabilizados pelo aparecimento dessas complicações.

ABSTRACT

Introduction: Systemic sclerosis is a multisystemic disease of unknown etiology. Vascular phenomena are the hallmark of this disease. Raynaud phenomenon is observed in 95% of patients; digital ulcers and necrosis, thromboembolism and telangiectasies are also observed. **Objective:** To study the association between the presence of antiphospholipid autoantibody and peripheral vascular events in patients with scleroderma. **Methods:** We studied 54 patients with scleroderma for disease time, peripheral vascular events and antiphospholipid autoantibody profile. **Results:** In the studied group, 90.7% of patients were female with mean disease time of

12,35 years. We found that 100% had Raynaud phenomena; 14.8% had peripheral thromboembolism, 43.3% had teleangiectasias, 3,7 had digital ulcers and 59.2% had digital micro scars. Anticardiolipin (aCl) IgG was present in 9.2% and IgM, in 7.4% of cases. We found a negative association between digital ulcers and aCl IgG ($p=0.0007$). Peripheral tromboembolic phenomena had a positive association with anticardiolipin IgG ($P=0.0349$). **Conclusion:** We did not find association between the presence of antiphospholipid autoantibody and peripheral vascular events in scleroderma except for the association between trmboembolism and aCl IgG. We concluded that peripheral vascular phenomena are mainly vasoespastic and not embolic.

Key words: Scleroderma limited; Scleroderma, diffuse; Skin ulcer; Antibodies, Antiphospholipid.

REFERÊNCIAS

- 1 - Mayes MD. Systemic sclerosis: clincial featrues. In: Klipel JH, Stone JH, Crofford JJ, White Ph editors. Primer on rheumatic diseases. New York: Springer, 2008. p. 343-58.
- 2 - Marie I, Jouen F, Hellot MF, Levesque H. Anticardiolipin and anti-beta-2 glycoprotein 1 antibodies and lupus like anticoagulant : prevalence and significance in systemic sclerosis. Br J Dermatol. 2008 Jan;158(1):141-4.
- 3 - Assous H, Allanore Y, Batteux F, Meune C, Toulon P, Weill B, Kahan A . Prevalence of antiphospholipid antibodies in systemic sclerosis and association with primitive pulmonary arterial hypertension and endothelial injury. Clin Exp Rheumatol. 2005 May; 23(2): 199-204.
- 4 - Petri M. Clinical and management aspects of antiphospholipid antibody syndrome. In Wallace DJ, Hahn BH editors. Dubois' Lupus erythematosus. Philadelphia: Linpicott Willians & Wilkins, 2007. p.1262-97.
- 5 - Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Subcomitee for Scleroderma Criteria of The American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Comitee. Arthritis Rheum. 1980 May; 23(5):581-90.
- 6 - Humbert M, Cabane J. Successful treatment of systemic sclerosis digital ulcers and pulmonary arterial hypertension with endotelin receptor antagonist bosentan. Rheumatology (Oxford). 2003 Jan;42(1):191-3.
- 7 - Xu S, Denton CP, Holmes A, Dashwood MR, Abraham DJ, BlackCM. Endothelins : effect on matrix biosynthesis and proliferation in normal and scleroderma fibroblasts. J Cardiovasc Pharmacol. 1998;31(Suppl 1):S360-3.
- 8 - Vancheeswaran R, Azam A, Black C, Dashwood MR. Localization of endothelin 1 and its binding sites in scleroderma skin. J Rheumatol. 1994 Jul;21(7):1268-76.
- 9 - Tishler M, Papo J, Yaron M. Skin ulcer as the presenting symptom of primary antiphospholipid syndrome: Resolution with anticoagulant therapy. Clin Rheumatol. 1995 Jan;14(1):112-4

Recebido em: 25/05/2008

Aprovado em: 24/06/2008

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Thelma L. Skare

Rua João Alencar Guimarães, 796

80310-420 Curitiba - PR

e-mail: tskare@onda.com.br



Envie seu Artigo

para a Revista do Médico Residente via:

internet

drjcs@uol.com.br

HIPERCALCIÚRIA IDIOPÁTICA COMO CAUSA DE NEFROLITÍASE EM CRIANÇAS: UM ESTUDO DE 42 CASOS

Idiopathic hypercalciuria as a cause of nephrolithiasis in children. study of 42 cases.

Luis Alberto Batista Peres¹
Mônica Tereza Suldafani²
Paulino Yassuda Filho²
Ana Paula Kazue Beppu³
Everaldo Roberto de Araújo Junior³
Gustavo Vicenzi³
Ricardo Yukiharu Tsuge Yamamoto³

Peres LAB, Suldafani MT, Yassuda Fº P, Beppu APK, Araújo Jr ER, Vicenzi G, Yamamoto RYT. Hipercalciúria idiopática como causa de nefrolitíase em crianças: um estudo de 42 casos. Rev. Med. Res. 2008;10(3):113-116.

RESUMO

Introdução: Cálculos de cálcio são os mais comuns em adultos e crianças e estão associados com distúrbios metabólicos severos, sendo a hipercalciúria idiopática a mais comum. O objetivo do presente trabalho foi de avaliar distúrbios metabólicos associados em crianças com hipercalciúria. **Métodos:** Realizamos um estudo retrospectivo em 61 crianças com evidência recente de cálculos renais. A investigação laboratorial consistiu de três amostras de urina de 24 horas com dosagens de cálcio, ácido úrico, citrato, oxalato, sódio e creatinina; cistinúria qualitativa, pH urinário após 12 horas de jejum e restrição hídrica e urocultura. **Resultados:** Foram atendidas 57 crianças com nefrolitíase, sendo que 42 (73,6 %) tiveram o diagnóstico de hipercalciúria. Destes, a idade média foi de 8,0 + 2,8 anos e não houve diferença quanto ao sexo. História familiar positiva ocorreu em 29 casos (69%). Hipercalciúria isolada ocorreu em 19 e associada a outros distúrbios em 23 crianças. Alterações anatômicas foram encontradas em duas (4,7%) crianças. **Conclusões:** Hipercalciúria é a causa mais comum de litíase do trato urinário em crianças no nosso meio. Hipocitraturia e hiperexcreção de ácido úrico são os distúrbios metabólicos mais frequentemente associados à hipercalciúria.

Descritores: Nefrolitíase; Hipercalciúria; Crianças.

INTRODUÇÃO

A litíase urinária ocorre em crianças de todas as idades, não havendo predileção por sexo^{1,2}. A taxa de recorrência em crianças tem sido reportada em até 54% dos casos com média de intervalo de três a seis anos para que a mesma ocorra^{3,4}. Crianças com distúrbio metabólico identificado apresentam cinco vezes mais recorrência de cálculos do que aqueles que não tiveram diagnóstico metabólico⁵.

A hipercalciúria é responsável por mais de 50% dos distúrbios metabólicos em adultos e 53 a 75% em crianças^{6,7}. Resulta de mutações em genes envolvidos direta ou indiretamente com o transporte tubular renal de cálcio, dentre eles, o CLCN5, CLCNKB e WNK quinase⁸.

A dieta rica em sódio é um fator a ser considerado na patogênese da hipercalciúria⁹.

Hipercalciúria idiopática é definida quando ocorre hipercalciúria na ausência de hipercalcemia, uso de vitamina D, hiperparatireoidismo primário, hipertireoidismo, acidose tubular renal, sarcoidose e outras doenças granulomatosas e malignidades¹⁰. (Heilberg).

O objetivo deste trabalho foi mostrar a prevalência das principais alterações metabólicas encontradas em crianças com nefrolitíase por hipercalciúria na região Oeste do estado do Paraná.

TRABALHO REALIZADO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE

1 - Professor da disciplina de Nefrologia do Curso de Medicina da UNIOESTE.

2 - Acadêmicos do Curso de Farmácia.

3 - Acadêmicos do Curso de Medicina.

MÉTODOS

Foram levantados os prontuários de crianças com idade menor ou igual a 14 anos com evidência de litíase urinária nos últimos seis meses, no período de dezembro de 2001 a dezembro de 2007, sendo realizados os seguintes exames laboratoriais de rotina: sumário de urina, cistinúria qualitativa, determinação em urina de 24 horas (3 amostras) de oxalato, citrato, cálcio, sódio e ácido úrico, além de dosagens séricas de creatinina, cálcio, ácido úrico e paratormônio. Os métodos laboratoriais empregados e os valores de referência adotados para amostras de urina de 24 horas foram: cálcio: método de espectrofotometria de absorção atômica ($< 4,0$ mg/kg), ácido úrico: método enzimático da uricase (> 15 mg/kg), citrato: método enzimático da citrato-liase (> 320 mg). Para as dosagens plasmáticas os métodos utilizados foram: cálcio: método colorimétrico (8,5-10,5 mg/dL), ácido úrico: método colorimétrico da uricase (2,0 a 7,0 mg/dL), creatinina: método do picrato alcalino (0,7 a 1,4 mg/dL) e paratormônio: ensaio da molécula intacta. Para o teste da cistinúria qualitativa: teste do nitroprussiato de sódio.

RESULTADOS

Foram atendidas 57 crianças com nefrolitíase, sendo que 42 delas (73,6 %) tiveram o diagnóstico de hipercalcúria idiopática. Destas, a idade média foi de $8,0 \pm 2,8$ anos e não houve diferença quanto ao sexo (50% do sexo masculino e 50% do feminino). História familiar positiva ocorreu em 29 crianças (69%). Hipercalcúria isolada ocorreu em 19 crianças, associação de dois distúrbios metabólicos em 20 e de três em três crianças. A Tabela 1 apresenta os distúrbios metabólicos encontrados. Alterações anatômicas foram encontradas em duas (4,7%) crianças, sendo uma estenose de junção ureteropélvica e uma duplicação pieloureteral.

Tabela 1 – Alterações metabólicas encontradas em crianças com hipercalcúria idiopática.

Alteração metabólica	N	% dos pacientes hipercalcúricos
HiperCa isolada	19	45,2
HiperCa + HipoCit	12	28,6
HiperCa+ HiperAU	7	16,7
Cistinúria + HiperCa + HipoCit	2	4,8
HiperCa+ HiperAU + HiperOx	1	2,4
HiperCa+ HiperAU + HipoCit	1	2,4
Total de crianças	42	100,0

HiperCa: hipercalcúria; HipoCit: hipocitratúria; HiperAU: hiperexcreção de ácido úrico; HiperOx: hiperoxalúria

DISCUSSÃO

Neste estudo foram atendidas 57 crianças com nefrolitíase, sendo que 42 delas (73,6 %) tiveram o diagnóstico de hipercalcúria idiopática. A idade média foi de $8,0 \pm 2,8$ anos e houve igual distribuição quanto ao sexo. História familiar positiva ocorreu em 69% dos casos.

A hipercalcúria primária ocorre em 5 a 10% da população geral e é mais comumente diagnosticada em portadores de litíase urinária, hematúria ou osteoporose. Provavelmente seja uma doença poligênica, havendo vários genes candidatos. Alterações no transporte intestinal, renal ou ósseo são causadas por várias combinações de mutações genéticas e de hábitos alimentares⁹. Em crianças é associada com hematúria, litíase urinária ou enurese noturna. É provavelmente uma doença poligênica, havendo vários genes candidatos para a hipercalcúria idiopática, dentre eles, o CLCN5, CLCNKB e WNK quinase. A distinção entre hipercalcúria absorptiva, reabsortiva e renal parece insuficiente para explicar as alterações celulares observadas nestes indivíduos⁹. O teste de sobrecarga oral de cálcio para diferenciar hipercalcúria renal de absorptiva não foi realizado de rotina, pois entendemos que a classificação em renal ou intestinal ainda é confusa e não traz grandes contribuições ao tratamento do paciente portador de hipercalcúria.

Dursun e colaboradores¹¹ estudaram 179 crianças com nefrolitíase. A idade média do diagnóstico foi de 4,5 anos (inferior a observada em nosso estudo que foi de 8,0 anos). Alterações anatômicas foram encontradas em 24% dos casos, sendo a estenose de junção ureteropélvica a mais comum. Em nosso estudo observamos menos de 5% de alterações anatômicas e a hipercalcúria idiopática foi o distúrbio metabólico prevalente observado em 73% das crianças estudadas.

Hipercalcúria isolada foi o distúrbio mais freqüente. Dentre outros distúrbios metabólicos associados, hipocitratúria e hiperuricosúria foram os mais comuns. Neste estudo a hipercalcúria foi diagnosticada em crianças com litíase do trato urinário. Pode ser causa também de hematúria macroscópica e enurese noturna, inclusive com melhora destes sintomas com adequação da dieta de cálcio e sódio^{12,13,14}.

Em estudo brasileiro Penido e colaboradores¹⁵ relataram 471 casos de hipercalcúria idiopática em crianças. A associação de hipercalcúria com litíase do trato urinário foi positiva em 56% dos pacientes. Em

18,5% houve associação com hiperuricosúria e em 8,5% com hipocitratúria.

A hipocitratúria é encontrada em cerca de 30% dos litíasicos¹⁶. Neste estudo observamos esta alteração em 35,8% das crianças portadoras de hipercalcúria. Pode ocorrer no contexto da acidose tubular renal distal, que não foi pesquisada de rotina nesta população por meio da prova de acidificação urinária, síndromes diarréicas crônicas, uso de tiazídicos, ou pode ser idiopática⁷. É importante no tratamento da hipercalcúria com tiazídicos monitorar a excreção urinária de citrato, pois a hipocitratúria decorrente do uso do diurético pode comprometer a resposta terapêutica quanto à recidiva dos cálculos¹⁷.

A hiperuricosúria é decorrente da alta ingestão de purinas ou elevada produção endógena. Baixa ingestão hídrica e pH urinário < 5,5 favorecem a precipitação do ácido úrico¹⁸. Hiperuricosúria foi evidenciada em 21,5% dos distúrbios metabólicos dos nossos pacientes com hipercalcúria. A literatura tem relatado hiperuricosúria em mais de 8% das crianças investigadas, com prevalência bastante variável, provavelmente por diferentes critérios diagnósticos e alterações regionais climáticas e dietéticas. Recentes estudos têm mostrado clonagens de genes responsáveis por nefrolitíase por hiperuricosúria (cromossomo 10q21-q22)¹⁹. Mutações no gene responsável pela produção de uromodulina também têm sido implicadas com nefrolitíase por ácido úrico²⁰.

Cistinúria é um erro inato do metabolismo de transmissão autossômica recessiva com alteração

no transporte intestinal e tubular renal dos aminoácidos cistina, lisina, arginina e ornitina, e conseqüente aumento da excreção urinária desses quatro aminoácidos. Em crianças pode ser encontrada em até 8% dos casos investigados²¹. É um distúrbio genético relacionado a três alelos mutantes I, II e III. Pode ser causada por mutações no cromossomo 2 ou 19²². Mutações associadas a cistinúria foram descritas em dois genes: SLC3A1 (relacionada ao tipo I) e SLC7A9 (relacionada ao não-tipo I)²³. Neste estudo diagnosticamos cistinúria em 4,8% das crianças portadoras de hipercalcúria investigadas.

A hiperoxalúria é um distúrbio raro, sendo encontrada em aproximadamente 1% dos indivíduos estudados, podendo ser primária ou secundária²⁴. Hiperoxalúria secundária é decorrente de aumento da síntese endógena que depende da ingestão de ascorbato e/ou aumento na absorção intestinal de oxalato²⁵. Hiperoxalúria primária é um distúrbio raro decorrente de mutações no gene AGXT²⁶ (hiperoxalúria primária tipo 1) e mutações no gene GRHPR²⁷ (hiperoxalúria primária tipo 2). Nesta casuística diagnosticamos um caso (2,4%) de hiperoxalúria secundária em portadores de hipercalcúria.

CONCLUSÃO

Este trabalho serviu de base para o conhecimento do perfil metabólico de crianças litíasicas hipercalcúricas em nossa região, confirmando dados da literatura das alterações metabólicas mais prevalentes associadas, como hipocitratúria e a hiperuricosúria.

ABSTRACT

Introduction: Calcium stones are the most common in both adults and children and are associated with several metabolic disorders, the most common of which is idiopathic hypercalciuria. Metabolic disorder is frequent in pediatric renal lithiasis. The objective of this study is to evaluate metabolic disorder associated with idiopathic hypercalciuria in children. **Methods:** We made a retrospective study on 61 children with evidence of recent formation of renal stones. Laboratory investigation consisted in 3 samples of 24-hour urine with dosing of calcium, uric acid, citrate, oxalate, sodium and creatinine; qualitative cystinuria, urinary pH following 12-hour fasting with water restriction and a urine culture. **Results:** 57 children with urolithiasis were attended, 42 (73.6%) were diagnosed with idiopathic hypercalciuria. Mean age of these children was 8.0 + 2.8 years and there were no differences concerning gender. Positive familial history occurred in 29 cases (69%). Isolated hypercalciuria was present in 19 cases and associated to other metabolic disorders in 23 children. Anatomic changes were found in two (4.7%) children. **Conclusions:** Hypercalciuria is the most common cause of urolithiasis in children in our region. Hypocitraturia and hyperuricosuria are the most frequent metabolic disorders associated with hypercalciuria.

Key words: Nephrolithiasis; Hypercalciuria; Children

REFERÊNCIAS

- 1 - Pietrow PK, Pope JC, Adams MC, Shyr Y, Brock JW. Clinical outcome of pediatric stone disease. *J Urol*. 2002 Feb;167(2 pt1):670-3.
- 2 - Miliner DS, Muphy ME. Urolithiasis in pediatric patients. *Mayo Clin Proc*. 1993 May;68(3):241-8.
- 3 - Gearhart JR, Herzberg GZ, Jeffs RD. Childhood urolithiasis: experiences and advances. *Pediatrics*. 1991 Apr;87(4):445-50.
- 4 - Polinski MS, Kaiser BA, Baluarte HJ. Urolithiasis in childhood. *Pediatr Clin North Am*. 1987 Jun;84(3):683-710.
- 5 - Levy FL, Adams-Huet B, Pak CYC. Ambulatory evaluation of nephrolithiasis: an update of a 1980 protocol. *Am J Med*. 1995 Jan;98(1):50-8.
- 6 - Del Valle E, Spivacow R, Zanchetta JR. Alteraciones metabólicas en 2612 pacientes con litiasis renal. *Medicina (B. Aires)* 1999;59(5):417-22.
- 7 - Langman CB. The molecular basis of kidney stones. *Curr Opin Pediatr*. 2004 Apr;16(2):188-93.
- 8 - Pak CYC, Resnick MI. Medical therapy and new approaches to management of urolithiasis. *Urol Clin North Am*. 2000 May;27(2):243-53.
- 9 - Vezzoli G, Soldati L, Gambaro G. Update on primary hypercalciuria from a genetic perspective. *J Urol*. 2008 May;179(5):1676-82.
- 10 - Heilberg IP, Schor N. Renal stone disease: causes, evaluation and medical treatment. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2006 Aug;50(4): 823-31.
- 11 - Dursun I, Poyrazolu HM, Dusunsel R, Gunduz Z, Gurgoze MK, Demirci D. et al. Pediatric urolithiasis: an 8-year experience of single centre. *Int Urol Nephrol*. 2008;40(1):3-9.
- 12 - Valenti G, Laera A, Gouraud S, Pace G, Aceto G, Penza R. et al. Low-calcium diet in hypercalciuric enuretic children restores AQP2 excretion and improves clinical symptoms. *Am J Physiol Renal Physiol*. 2002 Nov;283(5):F895-903.
- 13 - Aceto G, Penza R, Coccioli MS, Palumbo F, Cresta L, Cimador M. et al. Enuresis subtypes based on nocturnal hypercalciuria: a multicenter study. *J Urol*. 2003 Oct;170(4pt2):1670-3.
- 14 - Pan CG. Evaluation of gross hematuria. *Pediatr Clin North Am*. 2006 Jun;53(3):401-12.
- 15 - Penido MG, Diniz JS, Moreira ML, Tupinambá AL, França A, Andrade BH. et al. Hipercalciúria idiopática: apresentação de 471 casos. *J Pediatr. (Rio J.)* 2001 Mar-Abr;77(2):101-4.
- 16 - Pak, CYC. Etiology and treatment of urolithiasis. *Am J Kidney Dis*. 1991;18:624-637.
- 17 - Pak CY. Pharmacotherapy of kidney stones. *Expert Opin Pharmacother*. 2008 Jun; 9(9):1509-18.
- 18 - Low RK, Stoller ML: Uric acid related nephrolithiasis. *Urol Clin North Am*. 1997 Feb;24(1):135-149.
- 19 - Gianfrancesco F, Esposito T, Ombra MN, Forabosco P, Maninchedda G, Fattorini M. et al. Identification of a novel gene and common variant associated with uric acid nephrolithiasis in a Sardinian genetic isolate. *Am J Hum Genet*. 200 Jun;72(6):1479-91.
- 20 - Turner JJ, Satcey JM, Harding B, Kotanko P, Lhotta K, Pruij JG. Urodulin mutations cause familial juvenile hyperuricemic nephropathy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003 Mar;88(3):1398-401.
- 21 - Miliner DS, Muphy ME. Urolithiasis in pediatric patients. *Mayo Clin Proc*. 1993 Mar;68(3):241-8.
- 22 - Wartenfeld R, Golomb E, Katz G, Bale SJ, Goldman B, Pras M. et al. Molecular analysis of cystinuria in libyan jews. Exclusion of the SLC3A1 Gene and mapping of a new locus on 19q. *Am J Hum Genet*. 1997 Mar;60(3):617-624.
- 23 - Fjellstedt E, Harnevik L, Jeppsson JO, Tiselius HG, Soderkvist P. et al. Urinary excretion of total cystine and the dibasic amino acids arginine, lysine and ornithine in relation to genetic findings in patients with cystinuria treated with sulfhydryl compounds. *Urol Res*. 2003 Dec;31(6): 417-25.
- 24 - Sikora P, von Unruh GE, Beck B, Feldkötter M, Zajackowska M, Hesse A. et al. Oxalate absorption in children with idiopathic calcium oxalate urolithiasis or primary hyperoxaluria. *Kidney Int*. 2008 May;73(10):1181-6.
- 25 - Chai W, Liebman M, Kynast-Gales S, Massey L. Oxalate absorption and endogenous oxalate synthesis from ascorbate in calcium oxalate stone formers and non-stone formers. *Am J Kidney Dis*. 2004 Dec; 44(6):1060-9.
- 26 - Santana A, Salido E, Torres A, Shapiro LJ. Primary hiperoxaluria type in the Canary Island: a conformational disease due to 1244T mutation in the P11L-containing alanine:glyoxylate aminotransferase. *Proc Natl Acad USA*. 2003 Jun 10;100(12):7277-82.
- 27 - Johnson SA, Rumsby G, Creegen D, Hulton SA. Primary hyperoxaluria type 2 in children. *Pediatr Nephrol*. 2002 Aug;17(8):597-601.

Recebido em: 01/07/2008

Aprovado em: 01/08/2008

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Luis Alberto Batista Peres

R. São Paulo, 769- Ap 901- Centro

85801-020 - Cascavel – PR

Fax: (45) 327 3413

e-mail: peres@certto.com.br

A HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA

The humanization of contemporary medicine.

Monique Pierosan Cardoso¹
Naiana Teodoro Zamin¹
Nicole Stabenow Zanovelo¹
Paula Cenira Senger¹
João Carlos Simões²

RESUMO

É necessário entender que a humanização não é só uma forma de atender ao direito de todas as pessoas de serem bem tratadas e terem acesso ao serviço de saúde pública com qualidade ou de perceber que atendimentos feitos nessa natureza podem produzir efeitos no tratamento que o acelerem, mas, também, de perceber que a humanização seria o estado natural da sociedade e que a inversão de valores, onde o capital é mais importante que o humano, faz com que a sociedade perca características básicas e seja necessária um repensar de suas práticas para que se possa novamente “humanizar o humano”. As pessoas somente são pessoas e, portanto, humanas, na sua inteireza - e é dessa forma que os serviços e os profissionais que querem produzir cuidados humanizados devem orientar seu trabalho.

Descritores: Humanização da assistência; Assistência integral à saúde; Relação médico-paciente.

INTRODUÇÃO

Humanos que somos, humanos exacerbados, visto que somos médicos, a humanização deveria transpirar em cada um de nós: muito mais que em nossas palavras, sobretudo em cada um de nossos atos.¹

Em sua origem a medicina oriental era uma ciência essencialmente humanística, suas raízes eram baseadas na filosofia da natureza e seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como um ser dotado de corpo e espírito. Para Hipócrates, as doenças não são consideradas isoladamente como um problema especial, mas é no homem vítima da enfermidade com toda natureza que o rodeia, com todas as leis naturais que a regem e com a qualidade individual dele, que o médico se fixa com segura visão. Visto isso, as causas das doenças não deveriam ser buscadas no órgão em si, mas também na alma. Mais do que um biólogo e um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente um humanista. É um sábio que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais¹.

O desenvolvimento das análises laboratoriais e de outros métodos clínicos incrementaram a formulação dos diagnósticos, assistia-se a um verdadeiro “milagre”, ao se iniciar o século XX, os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram cada vez mais redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores. A medicina deixava de se apoiar nas ciências humanas para se sustentar essencialmente nas ciências exatas e biológicas. Na prática, poucos são os que efetivamente estão conscientes de que a ciência e a tecnologia não podem resolver todos os problemas da humanidade. Nunca como hoje se faz tão necessária a reflexão histórico-filosófica para que se possa reumanizar a medicina e as ciências da saúde em geral¹.

HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA

Se o ser humano é o objetivo maior dessa profissão, falar de humanização não seria um pleonasma? Não. E não é porque a medicina mudou rapidamente acompanhando as espantosas

TRABALHO REALIZADO NA DISCIPLINA DE HISTÓRIA E HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA DA FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ (FEPAR)

1 - Estudantes do 1º ano do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.

2 - Professor da disciplina de História e Humanização da Medicina do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)

transformações pelas quais passa o mundo, por exemplo, o extraordinário destaque da tecnologia. Exames, procedimentos e intervenções terapêuticas são tecnologias muito usadas na atividade médica. Pois a tecnologia permite diagnósticos mais seguros, garante tratamentos mais eficazes e, enfim, salva vidas como nunca. Por outro lado, o número de processos contra os médicos vem crescendo, o que reflete a insatisfação das pessoas quanto à maneira como são atendidas. Pacientes tornam-se números, diagnósticos e casos clínicos².

Quando pensamos no objetivo da medicina, curar é a resposta imediata. Curioso é que: a palavra curar vem de um termo latim que quer dizer cuidar. Cuidar é o caminho para a cura, mas é um objetivo em si¹. “A arte da medicina está em observar. Curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre”. Frase freqüentemente atribuída a Hipócrates, mas que não se sabe o autor. A arte de curar vai além da capacidade do diagnóstico e da mobilização dos recursos tecnológicos; é necessário resgatar o lado humanístico e filosófico da medicina nos dias atuais.

Segundo José Luiz Gomes do Amaral, na época presidente da Associação Paulista de Medicina³, a humanização não ocorre invariavelmente, não será porque os médicos se tornaram empedernidas máquinas, mas resultado de obstáculos nem sempre visíveis entre os quais destaca-se a escassez de tempo. Sem ter a exata consciência deste fato, a absoluta escassez de tempo os despe desta característica natural³.

“De que vale decorar as salas de espera em tons pastéis, selecionar música ambiente suave, plastificar o sorriso nas recepcionistas e em nós próprios, se não há suficiente tempo para ouvir o que nossos pacientes têm a dizer? Nos hospitais usamos crachás para sermos facilmente identificados, mas não temos tempo para gravar nem mesmo o nome de nossos pacientes! Se nem mesmo os conhecemos, como esperar que eles acreditem que conheçamos seus males? Não é de estranhar que a relação médico-paciente está desgastada.”

O que faria de um médico de outrora (o médico da família) um indivíduo respeitado, amado e tido como um “sacerdote”, cujas orientações eram rigorosamente seguidas por seus pacientes, seria o tempo que eles dedicavam a eles ou o fato de conhecê-los em todos os seus contextos (social, familiar, psicológico, pessoal) ou seria apenas o “tapinha nas costas” e a frase: “Vou cuidar de você”, falada ao final do atendimento que faziam a diferença para o médico antes ser mais

respeitado do que o médico atual, que é altamente tecnológico e geralmente não é respeitado⁴. Talvez a resposta para todas essas questões seja, sim, porque os médicos realmente conheciam e respeitavam seus pacientes mais a fundo, tratando-os assim de uma forma mais humana e não como mais um caso entrando no seu consultório.

SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA:

O trabalho na Emergência precisa de pessoas que tenham espírito humano, pois se trata de pacientes que de imediato saem da condição de saúde para uma condição grave. É um momento de doença que o paciente não esperava, e por isso ele sempre chega angustiado, pensando que seu próprio caso é o mais urgente, pois é assim que ele está se sentido².

A primeira atitude do médico é verificar se o paciente tem condições de diálogo; é deixá-lo falar, ouvir o que ele está sentindo. A demanda na Emergência é muito superior à capacidade de atendimento e isso vem piorando. Portanto, o mais difícil do pronto atendimento é não poder fazer pelo paciente tudo aquilo que ele precisa. E é aí que o diálogo se insere como fator humanizador¹.

CONCLUSÃO

Talvez o que mais pese hoje contra a possibilidade de um médico ser considerado humanizado esteja no avanço da tecnologia que tem tornado as pessoas como máquinas. A tecnologia não pode ter processo onde a atenção, o tempo, a postura e o ato médico perdem consistência. Deve-se investir sim na tecnologia e fazê-la trabalhar para a medicina melhorar. Mas deve-se também investir na tecnologia da comunicação e na tecnologia da humanização.

Médicos de todo o país são forçados a atender a um número cada vez maior de pacientes por dia, devido à má-remuneração dos planos de saúde. Reina, então, a máxima do ‘quanto mais atendo, mais ganho’. E perde-se o diálogo, necessário para que o paciente expresse não só os sintomas, mas suas angústias. Sem isso, o médico não consegue se colocar no lugar do doente. Não há empatia. Enfim, quando há muito assim a ser feito, muito mais do que a nossa curta existência nos permitirá fazer, temos que nos conformar em fazer muito pouco; mas que seja bem-feito. Para tanto, tempo não é suficiente, mas bem administrá-lo é absolutamente essencial.

O que falta é uma boa formação com consciência

humanizada para que esses tantos problemas que existem na profissão médica não tirem dos médicos seus valores e o verdadeiro significado de sua profissão que não é tratar doenças e sim cuidar de pessoas.

ABSTRACT

It must be understood that humanization is not simply a way to comply to an obligation to meeting the right of each and every person to good treatment and access to quality public health service or to realize that, done in this way, treatment can be effective and improved. It is also to realize that humanization would be the natural state of society and that the reversal of values, where capital is more important than the human, makes society lose basic characteristics and it is necessary to rethink practices so that we can again "humanize the human." People will always be people and therefore human in its entirety - and that is the way in which services and professionals who want to produce humanized care should guide their work.

Key words: Humanization of assistance; Comprehensive health care; Physician-patient relations.

REFERÊNCIAS

1 - Gallian DMC. A (re) humanização da medicina. *Psiquiatria na prática médica* [periódico na internet]. 2001/2002;34(4): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://unifesp.br/dpsiq/ppm/especial02a.htm>.

2 - François, A. *Cuidar: Um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil*. Ed. São Paulo: Autores Independentes, 2007, p. 126.

3 - Amaral, JLG. Humanização é "tempo-dependente". *J Bras Med*. 2000 Jan/Ago;79(2);110.

4 - Muccioli C, Campos MSQ, Dantas PEC, Goldchmit M, Bechara SJ, Costa VP et al. A humanização da medicina. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2007 Nov-Dez;70(6): [aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br/pdf/abo/v70n6/a01v70n6.pdf>

Recebido em: 30/06/2008

Aprovado em: 29/07/2008

Fonte de financiamento: nenhuma

Conflito de interesses: nenhuma

Endereço para correspondências:

João Carlos Simões

Rua Nicolau J. Gravina, 65

82010-020 Curitiba - PR

e-mail: drjcs@uol.com.br

Fone: (41) 3272-4313

PARTICIPE

REVISÃO DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Os médicos e entidades organizadas da Sociedade Civil podem contribuir para a revisão do Código de Ética Médica. É simples. Basta se cadastrar no site do Conselho Federal de Medicina, onde também pode obter todas as informações no link www.portalmedico.org.br/modificacaoem/include/comoparticipar.asp. Pode contribuir sugerindo a inclusão de novos artigos, alteração ou exclusão de artigos existentes. A primeira conferência destinada a ampliar as discussões em torno do projeto de revisão do Código de Ética ocorreu no início de

outubro, como parte das atividades do II Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina (II ENCM) do ano de 2008, em Brasília (DF). As discussões regionais também têm cronograma definido: Comissões pelas comissões Região Nordeste, em Recife (PE), 31 de outubro; Centro-Oeste, em Brasília, 20 de novembro; e Sul e Sudeste, em São Paulo (SP), 17 de dezembro. A da Região Norte ocorreu em Manaus (AM), dia 18 de setembro. A nova versão do Código deve ser apresentada no segundo semestre de 2009.

ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO: RELATO DE CASO*Congenital Lobar Emphysema: case report*

Marcos Antonio da Silva Cristovam¹
Mafalda Lúcia Kuhn²
Rubem Albuquerque de Oliveira³
Joice Ribas⁴
Álvaro Vanzella Ribeiro⁵

RESUMO

O Enfisema Lobar Congênito (ELC) é uma doença que acomete um lobo pulmonar, caracterizado por hiperinsuflação lobar, podendo levar à insuficiência respiratória. O objetivo deste relato é apresentar um paciente com ELC. O paciente foi submetido à lobectomia e teve boa evolução. Discute-se a apresentação clínica e o tratamento.

Descritores: Enfisema; Congênito; Insuficiência respiratória; Enfisema pulmonar; Relatos de casos.

INTRODUÇÃO

O Enfisema Lobar Congênito é uma doença que acomete um lobo pulmonar, geralmente os superiores ou médios, caracteriza-se por hiperinsuflação lobar que pode provocar hérnia de mediastino e atelectasias de lobos subjacentes, podendo causar insuficiência respiratória.

Quando secundário pode ser por: broncomalácia, anomalias vasculares, adenomegalias e cistos broncogênicos. No período neonatal cursa com insuficiência respiratória grave e, no lactente, com hiperinsuflação. Em 80% dos casos se manifesta no primeiro mês de vida. Radiografia de tórax evidencia o lobo afetado hiperinsuflado. O tratamento é essencialmente cirúrgico.

RELATO DO CASO

Lactente de 3 meses, feminino, natural e procedente de Cascavel (PR), deu entrada no pronto-socorro do Hospital Universitário do Oeste do Paraná em março de 2008, com quadro clínico de taquidispnéia, febre e prostração de início há 3 dias. Ao exame físico: FR: 74 irpm, FC: 144 bpm, T: 36,4° C. REG, palidez cutâneo-mucosa, hidratada e reativa. Tórax: tiragem inter e subcostal, à ausculta: roncosp difusos e estertores crepitantes em bases, com diminuição discreta de murmúrio vesicular em região

de lobos médio e superior direitos; bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas. Abdome: fígado a 2 cm do rebordo costal direito. Membros: pulsos periféricos presentes, com cianose de extremidades. Radiografia de tórax: hipertransparência em terços superior e médio de hemitórax direito (figura 1). Solicitado tomografia de tórax que confirmou hiperinsuflação (figura 2). Cintilografia evidenciou áreas de hipoperfusão acentuada nos segmentos anterior, lateral, superior e medial do pulmão direito. Foi tratada clinicamente com oxigenioterapia, hidratação e ceftriaxone e submetida à lobectomia de lobo pulmonar médio, o qual foi encaminhado para exame anatomopatológico, concluindo-se: distensão alveolar com áreas de atelectasia e infarto pulmonar hemorrágico, compatível com o diagnóstico de ELC. Recebeu alta hospitalar no 14º dia de pós-operatório em boas condições.

DISCUSSÃO

O ELC é uma anomalia pulmonar congênita rara¹, cuja prevalência varia de 1:20000 a 1:30000, sendo mais comum no sexo masculino⁴. A apresentação clínica varia desde insuficiência respiratória aguda no período neonatal a episódios recorrentes de taquipnéia ou pneumonia. Uma minoria de crianças é

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – CASCAVEL – PR

1 - Preceptor do Internato Médico de Pediatria do Curso de Medicina da UNIOESTE

2 - Médica Pneumopediatra do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP)

3 - Professor de Cirurgia Pediátrica do Curso de Medicina da UNIOESTE

4 - Médica Residente de Pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP)

5 - Acadêmico do Curso de Medicina da UNIOESTE



Figura 1 - Radiografia de tórax mostrando hipertransparência em hemitórax direito.



Figura 2 - Tomografia de tórax mostrando áreas de hiperinsuflação em hemitórax direito.

assintomática³ e outras se apresentam com dispnéia, taquipnéia, tosse e até mesmo cianose periférica, às vezes com diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax afetado e desvio do *ictus cordis* para o lado contra-lateral^{2,4}.

ABSTRACT

The Congenital Lobar Emphysema (CLE) is a disease that affects a pulmonary lobe, characterized by over-inflation of the lobe, it may result in respiratory insufficiency. The aim of this report is to present a patient with CLE. The patient was submitted to lobectomy and had a good evolution. The authors discuss clinical presentation and the treatment.

Key Words: Emphysema; Congenital; Respiratory insufficiency; Pulmonary emphysema; Case reports.

Em 25% dos casos de ELC há um desenvolvimento anômalo atribuído a um defeito congênito de cartilagem, enquanto que em outros 25% se dá por obstrução brônquica. Lobo polialveolar também foi descrito como uma causa rara de ELC. Em 50% dos casos se desconhece a causa^{3,4}.

A região mais freqüentemente envolvida é o lobo superior esquerdo (40 a 50% dos casos), seguido pelos lobos médio direito (30 a 40%) e superior direito (20%).

O diagnóstico pode ser feito intra-uterino por ultrassonografia de rotina no pré-natal ou logo após o nascimento, nos casos de ELC assintomáticos ou pouco sintomáticos em neonatos e lactentes^{2,3,5}. O diagnóstico pré-natal tem um melhor prognóstico, exceto naqueles casos associados à hidropsia⁵.

Radiografias de tórax revelam hipertransparência no lado afetado². Tomografia de tórax mostra áreas de hiperinsuflação e atelectasia enquanto a cintilografia evidencia diminuição da perfusão no lobo afetado⁴. Há relatos de involução de ELC pela ultrassonografia. Diagnóstico diferencial à ultrassonografia inclui malformação cística congênita, malformações vasculares e tumores^{3,5}. Há relatos na literatura de ELC diagnosticado como pneumonia com derrame pleural ou corpo estranho. Ao exame anatomopatológico nota-se alvéolos distendidos com áreas de atelectasia³.

O tratamento de escolha consiste na lobectomia do lobo afetado para todas as crianças sintomáticas^{3,5}, entretanto a literatura tem sugerido tratamento conservador em alguns casos assintomáticos ou levemente sintomáticos⁵. Entre as complicações pós-operatórias está o quilotórax que pode se resolver espontaneamente².

CONCLUSÃO

O ELC é uma doença rara, que se manifesta clinicamente nos primeiros meses de vida. O diagnóstico é confirmado por exames de imagem e o tratamento é essencialmente cirúrgico. O prognóstico é bom na grande maioria dos casos.

REFERÊNCIAS

- 1 - Velhote MCP. Afecções cirúrgicas do tórax. In: Pediatria Básica tomo II. São Paulo: SARVIER:2003.p.588
- 2 - Glüer S, Reismann M, Ure BM. Congenital lobar emphysema. Ann Thorac Surg. 2008 Feb;85(2):665.
- 3 - Mei-Zahav M, Konen O, Manson D, Langer JC. Is congenital lobar emphysema a surgical disease? J Pediatr Surg. 2006 Jun;41(6):1058-61
- 4 - Karnak I, Senocak ME, Ciftci AO, Büyükpamukçu N. Congenital lobar emphysema: diagnostic and therapeutic considerations. J Pediatr Surg. 1999 Sep;34(9):1347-51.
- 5 - Chia CC, Huang SC, Liu MC, Se TY. Fetal congenital lobar emphysema. Taiwan J Obstet Gynecol. 2007 Mar;46(1):73-6.

Recebido em: 20/05/2008

Aprovado em: 17/07/2008

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Marcos Antonio da Silva Cristovam

Rua: João de Matos, 1145, bloco B, apto. 09

85807-530 - Cascavel – PR

E-mail: ma.cristovam@uol.com.br



Sede do Conselho Regional de Medicina do Paraná (A Casa do Médico)
Rua Victório Viezzer 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR

HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR (HFL) - RELATO DE CASO*Fibrolamellar Hepatocarcinoma (FLH) – Report case*

Daniel Santos Maia¹
Mirayr Ferreira Júnior¹
Ricardo Gomes Viegas²
Elkin Ebret Charris Silva²
Paulo de Tarso Vaz de Oliveira²
Alexandre Caetano Justino³

RESUMO:

Relatamos um caso de Hepatocarcinoma Fibrolamellar em paciente jovem, submetido ao tratamento cirúrgico de trisegmentectomia hepática, com exame anatomopatológico da peça mostrando margens livres de células tumorais.

Descritores: Carcinoma hepatocelular; Cirurgia; Neoplasias hepáticas; Hepatectomia..

INTRODUÇÃO

O hepatocarcinoma fibrolamellar(HFL), variante do hepatocarcinoma, é neoplasia rara, responsável por 2% das neoplasias de origem hepatocelular¹.

Ocorre mais em adolescentes e adultos jovens (idade média de 22-26 anos) enquanto o carcinoma hepatocelular (CHC) ocorre na idade média de 55 anos^{2,3}.

Quanto à prevalência do sexo, o HFL não mostra diferença, enquanto o CHC tem uma relação de 3,6:1 masculino-feminino^{2,3}.

Geralmente, o HFL não está associado com cirrose, hepatite B ou C⁴.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 24 anos, solteiro, profissão de caminhoneiro, procedente da zona rural do município de Carmópolis de Minas (MG). Quatro meses antes da primeira consulta neste serviço, iniciou com quadro de hiporexia, emagrecimento e vômitos, evoluindo com leve dor abdominal, aumento hepático e nodulação em hipocôndrio direito. Solicitado uma tomografia computadorizada de abdome em fevereiro/2007, em consulta no PSF, mostrando lesão expansiva hepática sugestiva de provável hemangioma.

Encaminhado o paciente para o serviço de cirurgia geral deste hospital, onde foi solicitado um ultra-som (U.S.) abdominal e exames laboratoriais. U.S. abdominal evidenciou nodulação em lobo direito, segmento VII, a esclarecer. Exames laboratoriais: Hb: 11,5; Ht: 34%; Leucócitos: 7500 (Segmentados: 64%, Bastões: 0%, Linfócitos: 28%, Eosinófilos: 5%, Monócitos: 3%, Basófilo: 1 %); GGT: 23,9; Bilirrubina total: 0,6; TGO: 18,9; TGP: 22,1; Alfafetoproteína: 3,7.

Início de agosto de 2007, solicitado uma ressonância magnética abdominal, mostrando lesão hepática heterogênea, hipervascular, com cicatriz central (provável calcificação), sugestivo de hepatocarcinoma fibrolamellar. Presença de hepatomegalia moderada. (Fig. 1).

Programado cirurgia 10 dias após resultado da ressonância magnética, sendo realizado trisegmentectomia hepática (segmentos VI, VII, VIII), com margem de segurança, sendo a via de acesso uma incisão subcostal direita. (Fig. 2, 3, 4, 5).

TRABALHO REALIZADO NO HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO - HRSS - SANTO ANTÔNIO DO AMPARO-MG

1 - Residentes de Cirurgia Geral do Hospital Regional São Sebastião (HRSS).

2 - Titulares do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD). Preceptores da Residência de Cirurgia Geral do HRSS.

3 - Presidente do conselho de ética do HRSS. Preceptor da Residência de Cirurgia Geral do HRSS.

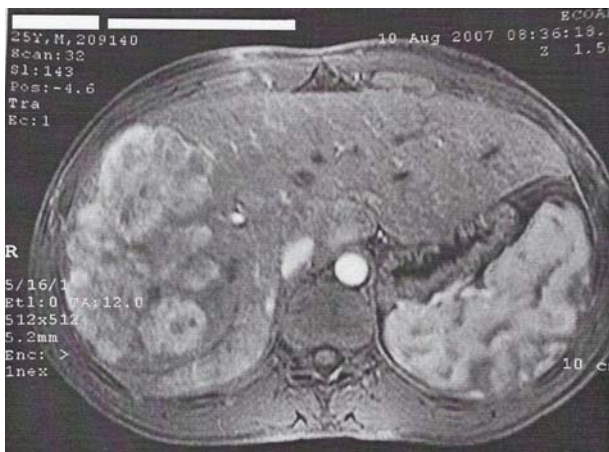


Figura 1 - Ressonância nuclear magnética mostrando massa tumoral em lobo hepático direito, medindo, aproximadamente, 13,5mm X 8,5mm.

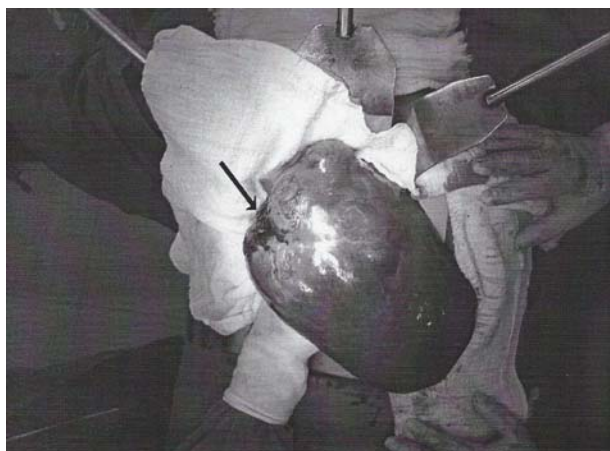


Figura 2 - Hepatomegalia com protusão de massa tumoral em sua superfície. Local de aderência tumoral ao diafragma (seta).

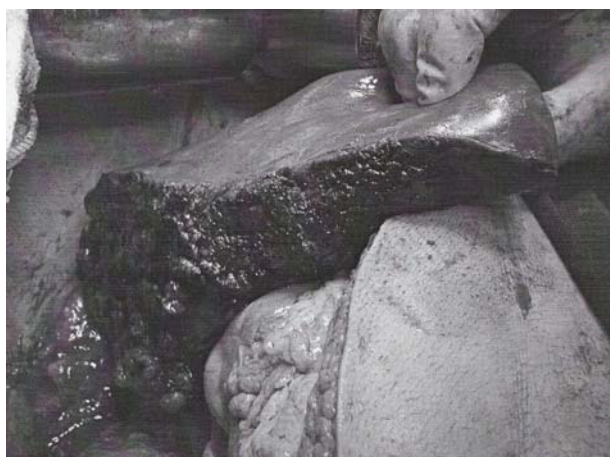


Figura 3 - Fígado após trissegmentectomia (segmentos VI, VII, VIII) com margem de segurança.

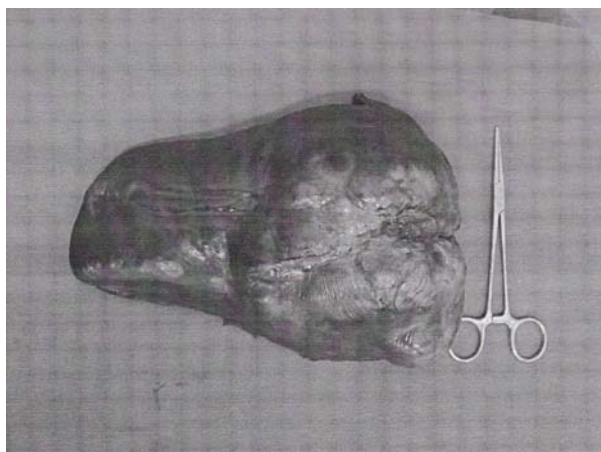


Figura 4 - Peça do segmento hepático com tumoração em sua superfície.

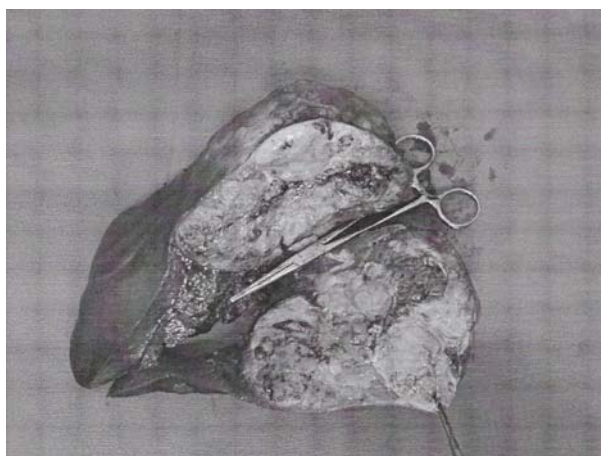


Figura 5 - Peça seccionada, com tumoração com centro necrótico, pontos hemorrágicos e cicatrizes fibróticas, com bordas bem delimitadas.

Paciente permaneceu internado, em pós operatório, por seis dias, recebendo alta hospitalar. Retornou após 20 dias, com o resultado do exame anátomo patológico:

- Carcinoma hepatocelular (variante fibrolamelar) moderadamente diferenciado;
- Ausência de extensão para a superfície da cápsula hepática, de invasão vascular ou de invasão de via biliar;
- Linfonodos de padrão reacional;
- Margens cirúrgicas livres nos planos examinados;
- Parênquima tumoral sem alterações histológicas.

O laudo da ultra-sonografia, seis meses após a cirurgia, descreveu hepatectomia parcial (segmentos VI, VII, VIII); e demais estruturas abdominais sem alterações.

DISCUSSÃO

Quase todos os casos de hepatocarcinoma fibrolamelar são diagnosticados em fase avançada, devido a maioria serem diagnósticos incidentais e/ou achado de uma massa abdominal palpável, sem apresentar sintomas^{1, 5, 6, 7}. Quando há sintoma, o mais comum é a dor abdominal².

Geralmente, a dosagem de Alfafetoproteína (AFP) está dentro dos limites da normalidade. Um estudo de Katzenstein et col. comparou esta dosagem em pacientes com CHC e HFL, mostrando 89% de AFP normal nos HFL e 82% aumentada nos CHC⁸.

No ultra-som, geralmente é encontrado um padrão misto (60%) e uma cicatriz central hiperecótica (30-60%)⁹. Formas hipocócica e isocócica podem ser descritas. Áreas hiperecóticas centrais podem estar relacionadas com calcificação^{1, 6}.

Na tomografia computadorizada, é observado uma grande massa hepática, lobulada, com contrastação heterogênea, com cicatriz fibrosa central, podendo ter calcificações nessa cicatriz. Encontra-se superfície lobulada em 83%; margens bem definidas em 77%; cicatriz central em 71% e calcificações em 66%^{1, 6, 9, 11}.

O padrão histológico do HFL se define como um carcinoma hepatocelular, com células poligonais, com fibrose estromal^{2, 10}.

O tratamento é cirúrgico para todos os casos ressecáveis. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial do HFL com Hiperplasia Nodular Focal, devido este último ser tratado conservadoramente. Os pacientes com HFL toleram ressecções hepáticas maiores em relação aos com CHC, devido estes últimos terem menor reserva hepática causada pela destruição por cirrose, na maioria dos casos.

A sobrevida em cinco anos varia entre 48 a 60%, no HFL, comparado com a menor taxa no CHC, com 30% em cinco anos. O potencial de cura para o HFL, após a ressecção, varia entre 10 a 30% dos casos^{1, 5, 7, 12, 13}.

CONCLUSÃO

O caso estudado é de um tumor hepático de paciente jovem, raro, com diagnóstico evidenciado por ressonância magnética, e confirmado por exame anatomopatológico após uma cirurgia de trissegmentectomia hepática.

Tratamento foi adequado, com melhora sistêmica do paciente, e laudo do exame anatomopatológico descrevendo margens e linfonodos livres de células neoplásicas, com parênquima não tumoral sem alterações histológicas.

A ultra-sonografia, 6 meses após cirurgia, não evidenciou recidiva do tumor, metástases e/ou alterações abdominais.

ABSTRACT

We report a case of fibrolamellar hepatocarcinoma in a young patient, subjected to surgical treatment of liver trisegmentectomy with anatomic-pathological examination of the piece showing margins free of tumor cells.

Key words: Carcinoma, Hepatocellular; Surgery; Liver neoplasms; Hepatectomy.

REFERÊNCIAS

- 1 - Fernandez MP, Redvanly RD. Primary hepatic malignant neoplasms. *Radiol Clin North Am.* 1998;36(2):333-48.
- 2 - Craig JR, Peters RL, Edmondson HA, Omata M. Fibrolamellar carcinoma of the liver: a tumor of adolescents and young adults with distinctive clinicopathologic features. *Cancer.* 1980 Jul 15;46(2):372-9.
- 3 - Soreide O, Czerniak A, Bradpiece H, Bloom S, Blumgart L. Characteristics of fibrolamellar hepatocellular carcinoma. A study of nine cases and a review of the literature. *Am J Surg.* 1986 Apr;151(4):518-23.
- 4 - Wong LK, Link DP, Frey CF, Ruebner RH, Tesluk H, Pimstone NR. Fibrolamellar hepatocarcinoma: radiology, management, and pathology. *AJR Am J Roentgenol.* 1982 Jul;139(1):172-5.
- 5 - Stevens WR, Johnson CD, Stephens DH, Nagorney DM. Fibrolamellar hepatocellular carcinoma: stage at presentation and results of aggressive surgical management. *AJR Am J Roentgenol.* 1995 May;164(5):1153-8.
- 6 - Cha SH, Chezmar JL. Primary and secondary hepatic neoplasms. *Hepatobiliary and pancreatic radiology: imaging and intervention.* 1st ed. New York: Thieme Medical, 1998

- 7 - Friedman AC, Lichtenstein JE, Goodman Z, Fishman EK, Siegelman SS, Dachman AH. Fibrolamellar hepatocellular carcinoma. *Radiology*. 1985 Dec;157(3):583-7.
- 8 - Katzenstein HM, Krailo MD, Malogolowkin MH, Ortega JA, Qu W, Douglass EC et al. Fibrolamellar hepatocellular carcinoma in children and adolescents. *Cancer*. 2003 Apr 15;97(8):2006-12.
- 9 - Ichikawa T, Federle MP, Grazioli L, Madariaga J, Nalesnik M, Marsh W. Fibrolamellar hepatocellular carcinoma: imaging and pathologic findings in 31 recent cases. *Radiol*. 1999 Nov;213(2):352-61.
- 10 - Garcia de Dávila MT, González-Crussi CF, Mangkornkanok M. Fibrolamellar carcinoma of the liver in a child: ultrastructural and immunohistologic aspects. *Pediatr Pathol*. 1987;7(3):319-31.
- 11 - Vilgrain V, Vullierme MP. Tumeurs hépatiques malignes primitives. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 1992; v.3, cap. 33520A20:9-10.
- 12 - Scharschmidt BF. Tumores hepáticos. In: Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC, editores. *Cecil Tratado de medicina interna*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
- 13 - Takano H, Smith WL. Gastrointestinal tumors of childhood. *Radiol Clin North Am*. 1997 Nov;35(6):1367-89.

Recebido em: 28/05/2008

Aprovado em: 30/06/2008

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Daniel Santos Maia

Rua Antero Aguiar, 96, centro

CEP: 37262-000 Santo Antônio do Amparo-MG

e-mail: danielsantosmaia@yahoo.com.br

II FÓRUM PARANAENSE DE RESIDÊNCIA MÉDICA, XI CONGRESSO DA AMERHUEC E XII PRÊMIO COREME-HUEC DE TEMAS LIVRES

O XI Congresso da Associação dos Médicos Residentes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (AMERHUEC) e o XII Prêmio COREME-HUEC de Temas Livres serão realizados em Curitiba, nos dias 6 e 7 de novembro, juntamente com o II Fórum Paranaense de Residência Médica, onde residentes de todo Estado poderão intercambiar experiências e opiniões. Neste II Fórum, especificamente, será votado o novo estatuto e composta a nova diretoria. O Congresso e o Prêmio são promovidos pelo Hospital Universitário Evangélico do Paraná (HUEC), tendo como organizadores a Comissão de Residência Médica do HUEC (COREME-HUEC), a Associação dos Médicos Residentes do Paraná (AMEREPAR) e a Associação dos Médicos Residentes do HUEC (AMERHUEC), com apoio da Comissão Estadual de Residência Médica. Objetiva estimular as atividades científicas dos médicos residentes e trazer conferências e debates sobre a Residência Médica no Brasil. A participação é obrigatória para todos os residentes do HUEC e compulsória a inscrição de trabalho científico aos residentes cursando o último ano de residência.

As atividades terão lugar na Capelaria do HUEC. A abertura dos eventos será às 18h30 de 6 de novembro, tendo como conferencista o Prof. Dr. João Carlos Simões, presidente da CERMEPAR, que

falará sobre “A residência médica no Paraná”. Na sequência haverá mesa-redonda com o tema “O mercado de trabalho após a residência médica”, com participações do Prof. Dr. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho, presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná; do Dr. Renato Antunes dos Santos, do Simesp (Sindicato dos Médicos de São Paulo); e do Dr. Jorge Timi, médico, advogado e professor do HC/UFPR. Secretaria os trabalhos o Dr. Hugo Manuel Paz Morales, presidente da AMEREPAR e AMERHUEC. No segundo dia de trabalhos haverá o Fórum da Associação dos Médicos Residentes do Paraná, com avaliação e aprovação do novo estatuto e também a composição da próxima diretoria da AMEREPAR. No período da tarde serão apresentados os trabalhos do Prêmio COREME-HUEC, com a premiação ocorrendo em jantar de confraternização. Nas categorias “trabalhos clínicos” e de “experimentação animal” serão premiados três obras, cabendo R\$ 1.000,00 ao primeiro lugar, R\$ 500,00 ao segundo e R\$ 300,00 ao terceiro. Na categoria “pôster” o prêmio será de R\$ 500,00 para o primeiro lugar e R\$ 300,00 ao segundo. Os trabalhos poderão ser publicados ainda na Revista do Médico Residente. Para saber mais sobre os eventos ou o regulamento do Prêmio, contatar a COREME-HUEC: (41) 3240-5486.

COMPLICAÇÃO DA COLECISTITE CALCULOSA COM OBSTRUÇÃO DUODENAL: SÍNDROME DE BOUVERET. RELATO DE CASO.

Gallbladder stone complication with duodenal obstruction: Bouveret's syndrome. Case report

Jorge Wolmer Chamon do Carmo¹

RESUMO

A migração de cálculo biliar para o sistema digestório determinando obstrução é conhecida como íleo biliar. Essa migração é provocada por processo inflamatório da vesícula biliar seguido de necrose de sua parede e também da víscera contígua: duodeno, cólon ou estômago. É uma complicação rara da litíase biliar chegando a 1% de todas as complicações. Em 60% a 65% das vezes é representada por fístula para o duodeno e obstrução em íleo distal. Em caso de cálculo grande, a peristalse do duodeno não é capaz de promover o seu deslocamento para o intestino distal - acontece entre dois a três por cento das vezes -; o que determina obstrução. Essa forma de evolução foi descrita pela primeira vez por Leon Bouveret em 1896. Ocorre principalmente em mulheres com idade média de 65 anos. Vômitos são comuns e de aparecimento súbito, podendo não haver história pregressa de colecistopatia. O diagnóstico se define com a endoscopia digestiva alta; no entanto, caso não seja disponível de imediato, outros exames podem ser utilizados: estudo radiológico simples do abdômen superior e estudo radiológico contrastado do estômago. O primeiro pode mostrar ar em via biliar intra-hepática o que sugere a presença de fístula biliodigestiva, a menos que o paciente tenha tido procedimento sobre a papila – papilotomia – o segundo mostra obstrução duodenal. O tratamento deve se resumir na remoção do cálculo; a colecistectomia e o tratamento da fístula são atitudes de exceções.

Descritores: Colecistite; Obstrução duodenal; Fístula biliar; Litíase; Doenças do íleo.

INTRODUÇÃO

A obstrução duodenal determinada por cálculo de vesícula biliar foi descrita pela primeira vez em 1896 por Leon Bouveret.¹ É uma complicação rara da litíase biliar com 300 casos documentados na literatura.²

O diagnóstico é feito utilizando-se de exames complementares de imagem e, ou por endoscopia digestiva alta³ uma vez que os sintomas são inespecíficos e a história pregressa de colecistite não é a regra. Informação de vômitos de aparecimento súbito é comum.⁴

O tratamento deve ser endoscópico,^{5,6,7,8,9} a cirurgia, a segunda opção.^{6,9}

O caso que será apresentado foi diagnosticado por endoscopia digestiva alta e tratado por cirurgia via laparotômica.

RELATO DE CASO

JAO, 63 anos, masculino, admitido de urgência apresentando vômitos após alimentação, de aparecimento súbito que iniciaram há cerca de 24

horas. Sintomas como: mal-estar; náuseas; empanzimento; dor e história pregressa sugestiva de doença biliar, não foram encontrados. Tratava-se de paciente especial.

Apesar do tempo transcorrido após o início dos vômitos até procurar atendimento médico, ele não se encontrava com instabilidade hemodinâmica.

Instalada hidratação parenteral e solicitados exames de laboratório e endoscopia digestiva alta. O resultado endoscópico foi: resíduo alimentar no estômago; secreção escura do tipo borra de café e obstrução na primeira porção duodenal determinada por um “objeto” duro e de superfície escura. A hipótese de corpo estranho foi levantada considerando o perfil do paciente. Ao se manusear o “objeto” que obstruía, verificou se tratar de material de consistência dura – pétreia, impossível para se pegar com a pinça e, quando o forçava para o duodeno, notava-se escorrer secreção purulenta em direção do antro (Fig. 1). A hipótese de colecistite calculosa seguida de formação de fístula para o duodeno com migração do cálculo e obstrução

- síndrome de Bouveret - foi considerada.

Tentou-se abraçar o cálculo com cesta endoscópica para litotripsia ou para trazê-lo até o estômago, mas foi impossível.



Figura 01 - Endoscopia digestiva evidencia cálculo em bulbo duodenal. Nota-se sair secreção purulenta (seta).

Outros exames foram solicitados como ilustração acadêmica: ultra-sonografia e tomografia computadorizada do abdome superior. O primeiro foi impossível devido a problemas técnicos, o segundo mostrou volumoso cálculo em topografia duodenal com cerca de 6 cm no seu maior eixo; maior que o da cabeça do pâncreas. (Fig. 2).

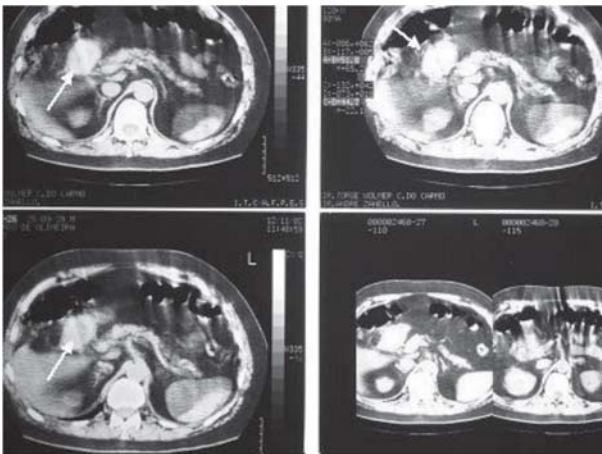


Figura 02 - Tomografia computadorizada mostra cálculo com o diâmetro maior do que o da cabeça do pâncreas (setas).

O tratamento foi realizado por via laparotômica mediana. Gastrotomia longitudinal em parede anterior do antro até próxima do piloro. Feita secção interna na face anterior do anel pilórico e retirada de cálculo de 6 cm x 4 cm de diâmetros (Fig 3).

Gastrorrafia em dois planos e síntese da laparotomia em plano único. A alta hospitalar foi no sétimo dia de pós-operatório.



Figura 03 - Cálculo retirado com 6 cm por 4 cm.

DISCUSSÃO

Fístula da vesícula biliar para o intestino delgado causada por colecistite aguda calculosa é um tipo raro de complicação - 3% a 5% dos casos.⁸ O local mais comum é o duodeno seguido da flexura hepática do cólon; outros locais têm sido descritos, até mesmo para o tórax. Às vezes as fístulas não evoluem com complicações e os sintomas da colecistite aguda desaparecem com a descompressão da vesícula para o intestino.¹⁰

Considera-se como íleo biliar quando o cálculo obstrui o intestino, sendo o íleo terminal o local mais comum;¹¹ por isso o termo clássico, íleo-biliar¹². Ocorre em 15% dos pacientes.¹² Esse tipo de obstrução intestinal foi descrito pela primeira vez por Bartolin em 1654. Ele a relacionou a pacientes com cálculo de vesícula e com idade avançada.¹³

Quanto ao sítio da obstrução, descrevem-se a seguinte distribuição: íleo terminal 60%; íleo proximal 24%; jejuno distal 9%; cólon e reto 2% a 4%; duodeno distal 1% a 3% e, em menor frequência, na porção proximal do duodeno quando causa imediata obstrução do esvaziamento gástrico.^{14,15,16}

A obstrução duodenal determinada por cálculo gigante foi descrita pela primeira vez em 1896 por Leon Bouveret.¹ Até o momento existem 300 casos documentados na literatura.² Os sintomas são atípicos, o que dificulta o diagnóstico; além do que os da colecistite aguda somente aparecem em 50% das vezes.⁴

A evolução para obstrução intestinal alta é rápida.⁴

Pode se chegar ao diagnóstico com exames complementares como: estudo radiológico simples do abdome em que se identifica aerobilia; ultra-sonografia do abdome superior mostrando cálculo; trânsito contrastado gastroduodenal exibindo obstrução e, ou endoscopia digestiva alta mostrando obstrução duodenal.³ Raramente se utiliza do estudo radiológico; no entanto, 30% a 35% de íleo biliar o diagnóstico pode ser sugerido com base clínica e a presença da tríade de Rigler: obstrução intestinal; aerobilia e cálculo ectópico.¹⁷

Alguns pacientes apresentam sangramento

digestivo alto devido ao aparecimento de lesão da mucosa duodenal e corrosão dos vasos.^{7,18,19}

O tratamento da síndrome de Bouveret pode ser endoscópico desde que seja possível a litotripsia.^{5,6,7,8} A cirurgia é a segunda opção e deve limitar-se à retirada do cálculo. Se a abordagem por videocirurgia for viável, melhor; é menos traumática.^{6,9} A colecistectomia, posteriormente, pode não ser necessária.^{20,21} Em pacientes de baixo risco a remoção do cálculo e a colecistectomia com o fechamento da fístula é aceitável.²¹

ABSTRACT

Gallstone ileus is an intestinal tract obstruction due to gallstone from the gallbladder. The gallstone migrates into the intestinal tract through an internal fistula between the gallbladder and the intestine. This migration is caused by an infection of the gallbladder which erodes its wall and the most proximal viscera - duodenum, colon or stomach -. It is a rare condition, about 1% of all gallbladder stone complications. The great majority - 60% to 65% - is represented by a cholecystoduodenal fistula and the obstruction is mainly at distal ileum. About 2% to 3% of the times the calculus is too big and the peristalsis is unable to move it forward so it gets stuck in the duodenum, mainly in the first portion. This sort of obstruction was first described by Leon Bouveret in 1896 and is more common in women - the average age being 65 years old - . Vomits are common and appear suddenly, history of cholecystopathy not being the rule. The endoscopy diagnosis is best, though other image exams can be used if endoscopy is not immediately available: simple abdomen X-ray study and stomach contrasted X-ray study. The former may show air in the biliary tree, which suggests the presence of fistula from gallbladder to the intestine unless the patient has undergone a procedure over the papilla of Vater - papillotomy - and the latter shows a duodenum obstruction. Treatment must focus the calculus removal. Cholecystectomy and closure of the fistula should be an exception.

Key words: Cholecystitis; Duodenal obstruction; Biliary fistula; Lithiasis; Ileal diseases.

REFERÊNCIAS

- 1 - Bouveret L. Sténose du pylore adhérent à la vésicule calculeuse. *Rev Méd Paris*. 1896;63:131-16.
- 2 - Sakarya A, Erhan MY, Aydede H, Kara E, Ozkol M, Ilkgul O, et al. Gallstone ileus presenting as gastric outlet obstruction (Bouveret's syndrome): a case report. *Acta Chir Belg*. 2006 Jul/Aug;106(4):438-40.
- 3 - Sans M, Feu F, Panés J, Piqué JM, Teres J. Duodenal obstruction by biliary lithiasis (Bouveret's syndrome). *Gastroenterol Hepatol*. 1996 Dec;19(1):519-20.
- 4 - Leopoldi E, Ambrosiani N, Campanelli G. Pyloric stenosis caused by gallstone (Bouveret's syndrome). Presentation of a further case. *Minerva Chir*. 1991 Apr;46(8):405-9.
- 5 - López-Martínez JA, Delgado-Carlo MM, Palacio-Vélez F, Arenas-Espino G, Granja-Posada E, Senado-Lara I, et al. Síndrome de Bouveret. Reporte de un caso. *Cir Ciruj*. 2004;72(4):317-22.
- 6 - Masannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret Syndrome, a case report. *World J Gastroenterol*. 2006 Apr;12(16):2620-1.
- 7 - Jamieson CP, Denton ER, Swain CP, Srivatsa SR, Burnham WR. Gastrointestinal bleeding and obstruction due to giant gollstone impction in the duodenal bulb. *J R Soc Med*. 1999 Jan;92(1):19-20.
- 8 - Salah-Eldin AA, Ibrahim MA, Alapati R, Muslah S, Schubert TT, Schuman BM. The Bouveret syndrome: an unusual cause of hematemesis. *Henry Ford Hosp Med J*. 1990;38(1):52-4.
- 9 - Schweiger F, Shinder R. Duodenal obstruction by a gallstone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic stone extraction: a case report and review. *Can J Gastroenterol*. 1997 Sep;11(6):493-6.
- 10 - Piedad O, Wells P. Spontaneous biliary enteric fistulae, obstructive and non-obstructive types: 20 year review of 55 cases. *Ann Surg*. 1971;175:75.
- 11 - Anderson A, Zederfield B. Gallstone ileus. *Acta Chir Scand*. 1969;135(8):713-7.
- 12 - Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret Syndrome. *Radiographics*. 2004 Jul-Aug;24(4):1171-5.

- 13 - Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol.* 2002 Feb;97(2):249-54.
- 14 - Bhamra JK, Ogren JW, Lee T, Fisher WE. Bouveret's syndrome. *Surgery.* 2002 Jul;132(1):104-5.
- 15 - Lubbers H, Mahlke R, Lankisch P. Gallstone ileus: endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum. *J Intern Med.* 1999 Dec;246(6):593-7.
- 16 - Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994 Jun;60(6):441-6.
- 17 - Pickhardt PJ, Bhalla S, Balfe DM. Acquired gastrointestinal fistula: classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology.* 2002 Jul;224(1):9-23.
- 18 - Heinrich D, Meier J, Wehrli H, Buhler H. Upper Gastrointestinal hemorrhage preceding development of Bouveret's syndrome. *Am J Gastroenterol.* 1993 May;88(5):777-80.
- 19 - Radonak J, Vajó J, Jeger T, Stebnický M, Eperjesi O. Recurrent acute hemorrhage in the duodenum as a symptom of Bouveret's syndrome. *Rozhl Chir.* 2000 Jun;79(6):228-30.
- 20 - Lobo DN, Jobling JC, Balfour TW. Gallstone ileus: diagnostic pitfalls and therapeutic successes. *J Clin Gastroenterol.* 2000 Jan;30(1):72-6.
- 21 - Rodríguez-Sanjuán JC, Casado F, Fernandez MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg.* 1997 May;84(5):634-7.

Recebido em: 16/06/2008

Aprovado em: 04/08/2008

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Jorge Wolmer Chamon do Carmo

Rua ângelo Rípoli, 88 - Fradinhos

29042-350 Vitória - ES

E-mail: jwchamon@yahoo.com.br

CONSELHO DE MEDICINA DO PARANÁ TEM POSSE DE CONSELHEIROS E DA DIRETORIA

Os novos conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Paraná foram empossados em 1.º de outubro, em sessão realizada na Plenária Dr. Wadir Rúpollo, na sede da Casa do Médico, em Curitiba. Para cumprir mandato até 30 de setembro de 2013, foram investidos da função os 42 conselheiros efetivos e suplentes, sendo 40 eleitos no pleito de 7 de agosto último e mais dois indicados pela Associação Médica do Paraná. Durante a sessão, conforme o rito regimental, foi eleita a diretoria para a gestão dos primeiros 20 meses, com aclamação de chapa de consenso encabeçada pelo Prof. Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, que sucedeu na presidência ao Dr. Gerson Zafalon Martins.

O novo presidente vinha respondendo até o último mandato pela vice-presidência, função que agora passou a ser ocupada pelo conselheiro Carlos Roberto Goytacaz Rocha. Marília Cristina Milano

Campos é a secretária-geral, enquanto José Clemente Linhares e Sérgio Maciel Molteni ocupam a 1.ª e 2.ª secretarias. Roseni Teresinha Florencio está na 1.ª tesouraria, enquanto Lutero Marques de Oliveira foi indicado para a 2.ª tesouraria. Alexandre Gustavo Bley é o corregedor-geral, tendo Raquele Rotta

Burkiewicz e Alceu Fontana Pacheco Júnior como 1.º e 2.º corregedores. A Comissão de Tomada de Contas agora é formada por Maurício Marcondes Ribas, Gustavo Justo Schulz e Roberto Issamu Yosida.

Na foto, a nova diretoria do CRMPR. Da esq. p/ dir., Sérgio Maciel Molteni, José Clemente Linhares, Marília Cristina Milano



Campos, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Roseni Teresinha Florencio, Carlos Roberto Goytacaz Rocha e Lutero Marques de Oliveira. Em 8 de novembro será realizada a reunião para determinar o planejamento estratégico para a gestão.

CERMEPAR - COREMES do Paraná

Instituições com residência médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

HOSPITAL SANTA RITA

Praça Sete de Setembro, 285,
87015-290 - Maringá - PR
Telefones: (44) 3220-600/3220-6285
Fax: (44) 3220-6209
E-mail: residencia@hsr.org.br
www.hsr.org.br
Coordenador da COREME: Alvo Orlando Vizzotto Júnior
Representante dos médicos residentes:
Rubens de Oliveira Brito

Email: direcao@hospitalnovomundo.com.br
Coordenador da COREME: Nelson Ravaglia de Oliveira
Representante dos médicos residentes:
Guilherme Campos Barroso

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI

Rua Pedro Collere, 992, Vila Isabel,
80320-320 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3013-9267
Fax: (41) 3244-7093
E-mail: fundacao@fundacaofcostantini.org.br
www.fundacaofcostantini.org.br
Coordenador da COREME: José Rocha Faria Neto
Representante dos médicos residentes:
Agenor C. Corrêa Neto

HOSPITAL DO TRABALHADOR - FUNPAR

Av. República Argentina, 4406, Novo Mundo
81050-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3212-5710
Fax: (41) 3212-5709
Email: hosptrab@sesapr.gov.br
Coordenador da COREME: Ivan Augusto Colloço
Representante dos médicos residentes:
Carla Elisa Salturi

HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA

Rua Senador Souza Naves, 648-A - Centro
86010-170 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3356-6000
Fax: (43) 3322-0433
E-mail: hoftalon@hoftalon.com.br
Coordenador da COREME: Érika Hoyama
Representante dos médicos residentes:
Tiago Clivati de Marchi

HOSPITAL E MATERNIDADE ANGELINA CARON

Rodovia do Caqui, 1150, Araçatuba
83430-000 - Campina Grande do Sul - PR
Fone: (41) 3679-8288
Fax: (41) 3679-8288
E-mail: repka@hospitalcaron.com.br
www.angelinacaron.com.br
Coordenador da COREME: Pedro Ernesto Caron
Representante dos médicos residentes:
Alan Nolla

HOSPITAL BOM JESUS

Rua D. Pedro II, 181, Nova Rússia
84053-000 - Ponta Grossa - PR
Telefone e Fax: (42) 3220-5000
e-mail: zanetticons@uol.com.br
www.corpoclinicohbj.med.br
Coordenador da COREME: Carlos Henrique Ferreira Camargo
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA

Rua Guilherme Pugsley, 1705, Água Verde
80620-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3016-2200
Fax: (41) 3342-5694
Email: residencia@hmsantabrigida.com.br
Coordenador da COREME: a confirmar
Representante dos médicos residentes: a confirmar

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

Praça Rui Barbosa, 694, Centro
80010-030 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3320-3558
Fax: (41) 3222-1071
E-mail: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Sérgio Fonseca Tarlé
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Av. Bandeirantes, 618, Jardim Ipiranga
86015-900 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3378-1800
Fax: (43) 3324-2161
Email: concien@sercomtel.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Abel Esteves Soares
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR

Rua General Carneiro, 181, Centro
80900-900 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3360-1839
Fax: (41) 3362-2841
E-mail: gcl@ufpr.br
Coordenador da COREME: Angelo Luiz Tesser
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE

Rua Des. Motta, 1070, Rebouças
80250-060 - Curitiba - PR
Telefones: (41) 3310-1202/1203
Fax: (41) 3225-2291
Email: ensino@hpp.org.br
Coordenador da COREME: Antonio Ernesto da Silveira
Representante dos médicos residentes:
Cilmara Cristina Kuwahara

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO

Av. República Argentina, 4650, Novo Mundo
81050-001 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3018-8115
Fax: (41) 3018-8074

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-6501
Fax: (41) 3240-6500
Email: secretaria.geral@hns.org.br
Coordenador da COREME: Paulo Cesar Andriguetto
Representante dos médicos residentes:
Juliano Duque Scheffer

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ

Av. Mar Floriano Peixoto, 2509, Prado Velho
80220-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3320-3558
Fax: (41) 3222-1071
Email: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Sérgio Tarlé
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL SÃO VICENTE

Av. Vicente Machado, 401, Centro
80420-010 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3111-3000 / 3111-3009
E-mail: matriz@funef.com.br
Coordenador da COREME: Carlos Alberto Miguez de Senna Motta
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Avenida São José, 300, Cristo Rei
80350-350 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3271-3009
Fax: (41) 3262-1012
E-mail: academica.huc@pucpr.br
Coordenador da COREME: Adriano Keijiro Maeda
Representante dos médicos residentes:
Fernando Martins Piratelo

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre
85804-260 - Cascavel - PR
Telefone: (45) 3326-3752
Fax: (45) 3326-3752
Email: residenciaunioeste@yahoo.com.br
Coordenador da COREME: Allan Cezar Faria Araujo
Representante dos médicos residentes:
Ediberto Yuzo Ueda

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorrrilho
80730-400 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-5486
Fax: (41) 3335-7172
E-mail: coremehuec@hotmail.com
Coordenador da COREME: Jean Alexandre F. Correia Francisco
Representante dos médicos residentes:
Hugo Manoel Paz Morales

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PR

Avenida Robert Koch, 60
86038-350 - Londrina - PR
Telefone/Fax: (43) 3371-2278
E-mail: residhu@uel.br
www.hu.uel.br/residencia
Coordenador da COREME: Marcos Cesar B. de Almeida Camargo
Representante dos médicos residentes:
Carlos Eduardo Duarte

INSTITUTO DO CÂNCER DE LONDRINA

Rua Lucilla Ballalai, 212, Jardim Petrópolis
86015-520 - Londrina - PR
Telefones: (43) 3379-2613
Fax: (43) 3379-2696
E-mail: diretoriadicinicaicl@yahoo.com.br
www.icl-cancer.org.br
Coordenador da COREME: Cássio José de Abreu
Representante dos médicos residentes: a confirmar

INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA (INC)

Rua Jeremias Maciel Perretto, 300 Campo Comprido
81210-310 - Curitiba - PR
Telefone/Fax: (41) 3028-8580
e-mail: inc@inc-neuro.com.br
www.inc-neuro.com.br
Coordenador da COREME: Ricardo Ramina
Representante dos médicos residentes:
Erasmus Barros da Silva Júnior

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Rua Dr. Ovande do Amaral, 201, Jardim das Américas
81060-060 - Curitiba/PR
Telefone: (41) 3361-5123
Fax: (41) 3361-5166
E-mail: cepep@lpcc.org.br; ensino@lpcc.org.br
Coordenador da COREME: Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Representante dos médicos residentes:
Murilo de Almeida Luz

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ

Rua Santos Dumont, 555, Vila Operária
87050-100 - Maringá - PR
Telefone: (44) 3027-5605
Fax: (44) 3027-5799
E-mail: coreme@santacasamaringa.com.br
Coordenador da COREME: Cesar Orlando Peralta Bandeira
Representante dos médicos residentes:
Luciano Bornia Ortega

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA

Av. Dr. Francisco Burzio, 774, Centro
84010200 Ponta Grossa - PR
Telefone/Fax: (42) 3026-8000
E-mail: coreme@scmpg.org.br
Coordenador da COREME: Rafael P. Rocha
Representante dos médicos residentes:
Fabiola Michelin Machado

HOSPITAL REGIONAL DE MARINGÁ

Av. Mandacarú, 1590, Jardim Canadá
87080-000 - Maringá - PR
Telefones: (44) 2101-9119/2101-9423
e-mail: sec-dmd@uem.br
www.dmd.uem.br
Coordenador da COREME: Mauro Porcu
Representante dos médicos residentes:
Mário Henrique da Rocha Alves da Silva

CLÍNICA HEIDELBERG

Rua Padre Agostinho, 687, Bigorrrilho
80435-050 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3223-2342
Fax: (41) 3223-0080
e-mail: heidelberg@onda.com.br
Coordenador da COREME: Roberto Ratzke
Representante dos médicos residentes:
Mariana Favaro

(*) As instituições devem promover a atualização cadastral enviando e-mail para cermepar@crmpr.org.br

DR. CHERNOVIZ E O FORMULÁRIO DE MEDICINA POPULAR NO PERÍODO IMPERIAL
THE POPULAR FORMULARY OF DR. CHERNOVIZ IN THE EMPIRE PERIOD

Ehrenfried Othmar Wittig

Wittig EO. Dr. Chernoviz e o Formulário de Medicina Popular no Período Imperial. Rev. Med. Res. 2008; 10(3):

Pedro Luiz Napoleão Chernoviz (1812 – 1881) ou Piotr Czerniewicz nasceu em Lukov na Polônia. Foi estudante de Medicina na Universidade de Varsóvia, de onde saiu por problemas políticos na participação do levante contra o domínio russo em 1831.

Doutorou-se em Medicina na Universidade de Montpellier na França em 1837. Veio ao Brasil em 1840, e teve neste ano seu diploma reconhecido pela Faculdade de Medicina e autorização da Academia Imperial de Medicina.

Em 1841, publicou no Brasil seu primeiro Manual, denominado “Formulário ou Guia Médica”, que alcançou muita receptividade e edições, ao qual seguiu-se o “Dicionário de Medicina Popular”. O Formulário foi o livro precursor da farmácia clínica no Brasil.

No período do império, médico e literatura médica em português eram raros, principalmente no interior do país.

Estas obras tinham um cunho mais popular, incluindo credences e formulações, embora agregasse também alguns aspectos científicos aceitos na época.

Entre os médicos e, os leigos que atendiam doentes chamados de charlatães ou curiosos, foram bastante aceitos, tanto que o livro “Formulário” em referências orais era chamado de “O Chernoviz”.

No século XVI, já havia raríssimos livros de literatura médica em português como do médico Romão M. Reinhipo de 1683, denominado “Trabalho Único das Bexigas e Sarampo”. Embora o “Formulário” fosse um vademécum medicinal e farmacêutico, tinha pequena edição, pois médicos no país, talvez, não fossem mais que uns 200. Assim, era freqüente a compra por leigos para disporem em suas casas, por ser de fácil assimilação.

Chernoviz, casado e com cinco filhos, retornou a Paris em 1855, com os antigos e novos projetos editoriais, falecendo em 1881, após ter escrito e publicado inúmeros trabalhos.

DESCRITORES— História da Medicina; Museus; Manuais; Medicina tradicional; História.

KEY WORDS— History of Medicine; Museus; Handbooks; Medicine, Traditional; History.

* **Doação:** Prof. Dr. Lysandro Santos Lima (U) da UFPR.
Este foi o primeiro livro doado ao Museu.

Doutor Mágico

“Dr. Luiz Napoleão Chernoviz

Tem a maior clientela da cidade

Não atende a domicílio

Nem tem escritório

Ninguém lhe vê a cara

Misterioso doutor de capa preta ou vermelha(...)”

Trecho da poesia: Doutor Mágico, de Carlos Drummond de Andrade, em homenagem a obra que foi mais conhecida pelo nome do autor.

Para doações: Secretaria - Telefone (41) 3024-1415

- Fax (41) 3242-4593

Rua Cândido Xavier nº 575 - Água Verde

80240-280 - Curitiba-PR

E-mail: amp@amp.org.br

Correspondência: Dr. Ehrenfried Wittig - Rua Camões 1735 - Hugo Lange
80040-180 - Curitiba - PR Fone (41) 3252-1796



Características: Altura: 8,5 cm
Largura: 13,5 cm
Espessura: 4 cm
Páginas: 451
Edição: 1ª - 1841
Ed. Typographia Nacional

Visite o Museu no site: www.amp.org.br

Endereço para correspondência:

Dr. Ehrenfried Wittig – Rua Camões, 1735 - Hugo Lange

80040-180 - Curitiba – PR Fone (41) 3252-1796

CONTEÚDO / CONTENT

INSTRUÇÃO AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTION	95
EDITORIAL / EDITORIAL	
RESIDÊNCIA MÉDICA: ALGUMA COISA ESTÁ FORA DA ORDEM <i>Medical Residency: something is wrong with it.</i> João Carlos Simões	96
ESPECIALIZAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA <i>Especialization and Medical Residency</i> José Luiz Gomes do Amaral.....	97
A AMEREPAR - ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES DO PARANÁ <i>AMEREPAR - Medical Resident Association from Paraná</i> Hugo Manuel Paz Morales	98
O ENSINO MÉDICO MERECE RESPEITO <i>Medical teaching deserves respect</i> Antonio Carlos Lopes	100
ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE	
EXPERIÊNCIA DE 42 CASOS DO USO DE RETALHO DO MÚSCULO TEMPORAL NA RECONSTRUÇÃO EM CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO <i>Experience in 42 cases of the use of flap temporal muscle in reconstruction in the head and neck surgery</i> João Carlos Simões, Ricardo gama, Fabiano G. Simões	101
ESTUDO SOBRE ASSOCIAÇÃO ENTRE ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDES E FENÔMENOS VASCULARES PERIFÉRICOS EM UMA POPULAÇÃO DE 54 PACIENTES COM ESCLERODERMIA <i>Study on the association between antiphospholipid antibodies and peripheral vascular events in a population of fifty four patients suffering from scleroderma</i> Ana Paula Torres Liberati, Camila Ferrari Ribeiro, Thelma Skare.....	109
HIPERCALCIÚRIA IDIOPÁTICA COMO CAUSA DE NEFROLITÍASE EM CRIANÇAS: UM ESTUDO DE 42 CASOS <i>Idiopathic Hypercalciuria as a Cause of Nephrolithiasis in Children. Study of 42 Cases.</i> Luis Alberto Batista Peres, Mônica Tereza Suldafani, Paulino Yassuda Filho, Ana Paula Kazue Beppu, Everaldo Roberto de Araújo Junior, Gustavo Vicenzi, Ricardo Yukiharu Tsuge Yamamoto.....	113
ARTIGO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE	
A HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA <i>The humanization of contemporary medicine</i> Monique Pierosan Cardoso, Naiana Teodoro Zamin, Nicole Stabenow Zanovelo, Paula Cenira Senger, João Carlos Simões	117
RELATO DE CASO / CASE REPORT	
ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO: RELATO DE CASO <i>Congenital Lobar Emphysema: case report</i> Marcos Antonio da Silva Cristovam, Mafalda Lúcia Kuhn, Rubem Albuquerque de Oliveira, Joice Ribas, Álvaro Vanzella Ribeiro	120
HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR (HFL) - RELATO DE CASO <i>Fibrolamellar Hepatocarcinoma (FLH) – Report case</i> Daniel Santos Maia, Mirayr Ferreira Júnior, Ricardo Gomes Viegas, Elkin Ebret Charris Silva, Paulo de Tarso Vaz de Oliveira, Alexandre Caetano Justino	123
COMPLICAÇÃO DA COLECISTITE CALCULOSA COM OBSTRUÇÃO DUODENAL: SÍNDROME DE BOUVERET. RELATO DE CASO. <i>Gallbladder stone complication with duodenal obstruction: Bouveret's syndrome. Case report.</i> Jorge Wolmer Chamon do Carmo	127
CERMEPAR - COREMES DO PARANÁ / CERMEPAR / COREMES OF PARANÁ	
Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC	131
HISTÓRIA DA MEDICINA / HISTORY OF MEDICINE	3ª Capa