

Revista do Médico **RESIDENTE**

Conselho Regional de Medicina do Paraná
Diretoria outubro de 2008 a maio de 2010

Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Presidente

Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Vice-Presidente

Marília Cristina Milano Campos
Secretária-Geral

José Clemente Linhares
1.º Secretário

Sérgio Maciel Molteni
2.º Secretário

Roseni Teresinha Florencio
1.ª Tesoureira

Lutero Marques de Oliveira
2.º Tesoureiro

Alexandre Gustavo Bley
Corregedor-Geral

Raquele Rotta Burkiewicz
1.ª Corregedora

Alceu Fontana Pacheco Júnior
2.º Corregedor

Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná
(CERMEPAR) 2008 - 2010

João Carlos Simões
Presidente

Allan Cezar Faria Araujo (UNIOESTE - Cascavel)
Vice-Presidente

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
(Hospital Erasto Gaertner - Curitiba)
1º Secretária

Mauro Porcu (UEM - Maringá)
2º Secretário

Alvo Orlando Vizzotto Júnior (Hospital Santa Rita - Maringá)
3º Secretário

Adriano Keijiro Maeda (Hospital Cajuru - Curitiba)
1º Tesoureiro

Hélio Teive (Hospital de Clínicas da UFPR)
Diretor Científico-Cultural

Conselho Fiscal:
Luiz Sallim Emed
Joel T. Totsugui

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: Luisa Moreira Hopker
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. 11, n1
(jan./mar. 2009). - Curitiba: CRMPR, 1999-
p. 1-40 : il., 28cm

Trimestral
ISSN 1679-6209

1. Medicina. I. Título.

CDD 610
CDU 61



Enfermaria do Hospital de Arles. Pintura de Vincent van Gogh, 1889.

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE

Volume 11 Nº 1 JAN/MAR 2009

ISSN 1679-6209

Sumário

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTIONS 3

EDITORIAL / EDITORIAL

RESIDÊNCIA MÉDICA: APRENDER FAZENDO

Medical Residency: On-the-job learning

João Carlos Simões 4

BIOÉTICA

Bioetic

João Gualberto de Sá Scheffer 5

QUANDO O ENCANTO SUPERA O CONHECIMENTO

When the enchantment surpasses knowledge

Luiz Sallim Emed 7

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

BLOQUEIO INTERPLEURAL PARA ANALGESIA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA

Interpleural block associated with general anesthesia in patients submitted to mastectomy

Taylor Brandão Schnaider, Antônio Mauro Vieira, Daniela Vânia Dorighello, Juliano Cruz Tamiasso

Antônio Carlos Aguiar Brandão 8

PREVALÊNCIA DE CÂNCER DE PELE EM PACIENTES SUBMETIDOS À EXÉRESE DE NEVO NO AMBULATÓRIO DO HRSJ- HOMERO DE MIRANDA GOMES

Skin cancer prevalence in patients submitted to nevi excision in the HRSJ - Homero de Miranda Gomes ambulatory.

Leonardo Machado de Carvalho, Nicolau Fernandes Kruehl 14

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

EXPRESSIONES MÉDICAS: FALHAS E ACERTOS

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar, Carmem Cecília Galvão, Elaine Alves, Paulo Tubino 18

RELATO DE CASO / CASE REPORT

AVULSÃO DE VEIA RENAL ESQUERDA EM TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

Left renal vein avulsion in blunt abdominal trauma

Ana Cristina Isa, Pâmela Conceição Figueiredo, Carla Martinez Menini Stalhschmidt,

Rosana Hapsi Isa, Luiz Carlos Von Bahten 29

CARCINOMA RENAL PAPILAR EM RIM NATIVO PÓS TRANSPLANTE RENAL. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Renal Carcinoma papillary in native kidney post renal transplant. Case report and literature review

Luis Alberto Batista Peres, Sérgio Luiz Bader, Everaldo Roberto de Araújo Junior, Alexandre Galvão Bueno 32

CERMEPAR - COREMES do Paraná / CERMEPAR / COREMES OF PARANA

Instituições com residência médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC 36

ÍNDICE DE ASSUNTOS DO VOLUME 10 / 2008

Subject index to volume 10 / 2008 39

ÍNDICE DE AUTORES DO VOLUME 10 / 2008

Author index for volume 10 / 2008 40

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA / MEDICINE HISTORY MUSEUM

History Museum of Medicine

Ehrenfried Othmar Wittig 3ª capa

A Revista do Médico Residente (ISSN 1679-6209) é uma publicação trimestral do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, com apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná. Cartas e artigos devem ser enviados para: Revista do Médico Residente - Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba (PR) - CEP 80810-340 - Fone(41) 3240-4049/ Fax: (41) 3240- 4001 - E-mail: drjcs@uol.com.br ou cermepar@crmp.org.br .

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 (CRMPR)	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)	Marcelo Thiele (UNICAMP)	Campinas	(SP)
César Alfredo Pusch Kubiak (UNICENP)	Curitiba	(PR)	Mário Jorge Jucá (Hospital Universitário UFAL)	Maceió	(AL)
Elias Kallas (UNIVAS)	Pouso Alegre	(MG)	Martha Helena Zappalá Borges (Hospital de Base)	Brasília	(DF)
Flávio Daniel Tomasich (UFPR)	Curitiba	(PR)	Neila Falcone da Silva Bomfim (HU Adriano Jorge)	Manaus	(AM)
Gilmar Amorim de Sousa (HC da UFRN)	Natal	(RN)	Nilton Ghiotti de Siqueira (UFAC)	Rio Branco	(AC)
Gustavo Cardoso Guimarães (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Orlando Costa e Silva Jr (FMRP)	Ribeirão Preto	(SP)
Hamilton Petry de Souza (PUC)	Porto Alegre	(RS)	Paola Andrea G. Peduzzi (Hosp. Erasto Gaertner)	Curitiba	(PR)
Hêmerson Paul Viera Marques (Hosp. Mater Dei)	Belo Horizonte	(MG)	Paulo Kotze (PUC)	Curitiba	(PR)
Humberto Oliveira Serra (HUUFMA)	São Luis	(MA)	Paulo Roberto Dutra Leão (HUJM)	Cuiabá	(MT)
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (UFPR)	Teresina	(PI)	Ricardo Antônio Rosado Maia (UFPB)	João Pessoa	(PB)
Jean Alexandre Furtado Correa Francisco (FEPAR)	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)	Simone Maria de Oliveira (UFSER)	Aracaju	(SE)
Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE)	Cascavel	(PR)	Thelma Larocca Skare (FEPAR)	Curitiba	(PR)
Luiz Carlos Von Bahten (PUC)	Curitiba	(PR)	Valdecira Liliroso de Lucena (FCM)	Recife	(PE)
Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)			
Manoel R M Trindade (UFRGS)	Porto Alegre	(RS)			

Revisão Língua Inglesa

Roberto Smolka

Normalização Bibliográfica

Maria Isabel Schiavon Kinsz (CRB9-626)

Gisele T. Liegel Glock (CRB9-626)

Jornalista Responsável

Hernani Vieira (MTE 993/06/98v - Sindjor 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

Expediente: Tiragem: 3.000 exemplares – Distribuição dirigida – Diagramação: Artes & Textos (41) 3352-6670.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Authors Instructions

ISSN 1679-6209

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 publicada 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 meio reversível, 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 e 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: APRENDER FAZENDO*Medical Residency: On-the-job learning*João Carlos Simões¹

*“É fazendo que se aprende a fazer
aquilo que se deve aprender a fazer”
(Aristóteles)*

Um dos pilares da residência médica é aprender fazendo. Isto está baseado na evidência de que o conhecimento se produz da prática para a teoria.

O processo de mesclar a teoria aprendida nos livros e aulas com a experiência da prática clínica (aí incluído o precioso relacionamento ético médico-paciente) produz o profissional na residência médica.

É na prática que se alicerça a experiência clínica e é na aprendizagem em serviço que o residente constrói, parcialmente, também a ética de suas relações com a família, o doente, com outros colegas, baseado no exemplo dos seus preceptores.

Hoje em dia, formar profissionais na residência médica com perfil adequado às necessidades sociais, implica propiciar capacidade de aprender a aprender, trabalhar em equipe, comunicar-se com simpatia e adequadamente, saber tomar decisões com rapidez e segurança em casos de urgência, ter conhecimento da ética e cultivá-la, estudar continuamente (**o médico é um eterno residente**), não perder a capacidade de se emocionar com o sofrimento humano, não se conformar com a indigência do financiamento do sistema de saúde do País e contribuir com a sua construção política.

São características todas, obviamente, de lugar comum, retóricas. Porém, é preciso repeti-las à exaustão e impregnar todos os responsáveis pela residência médica: coordenadores, supervisores, chefes de serviço e preceptores, para uma mudança de paradigma no programa e na qualidade da residência médica, e confiar na coragem e capacidade crítica dos nossos residentes na avaliação dos programas e dos preceptores, porque é o futuro profissional deles que está sendo construído.

1 - Editor Científico da Revista do Médico Residente.

BIOÉTICA*Bioetic*João Gualberto de Sá Scheffer¹

Um dos temas sempre presentes no exercício da atividade médica é a bioética. Bioética é um neologismo oriundo das palavras gregas *bios* (vida) e *ética* (conduta humana). Ressalta-se, inicialmente, que a profissão médica é a mais importante na história da humanidade, pois trata da obra maior do Criador, que é o ser humano.

O conhecimento e a análise da história e da evolução da Medicina traz ensinamentos para o exercício, principalmente no aspecto ético e humanista. Humanismo hoje esquecido com o advento e predomínio do tecnicismo.

Não é demais lembrar que a distância entre o custo da assistência à saúde e a remuneração médica vem aumentando, pois a primeira cresce em um ritmo exponencial e a remuneração decresce progressivamente.

Essa constatação é, no mínimo, inquietante. A Medicina deve ser entendida como forma de afeição e amor à vida e, assim sendo, desejo fazer uma exegese entre os versos de São Francisco de Assis e a atividade médica.

Diz São Francisco: “O homem que executa seu trabalho com as mãos é um trabalhador. O homem que trabalha com as mãos e o cérebro é um artesão. O homem que trabalha com as mãos, o cérebro e o coração é um artista”.

Aí está a arte de ser médico: a mão no exame clínico e no ato cirúrgico, o cérebro no estudo e na atualização constante da matéria médica e o coração no atendimento e compreensão do sofrimento do ser humano.

A alma do médico é o altar, onde vai ajoelhar-se e rezar a dor dos que sofrem e procuram solução para seus problemas físicos e mentais.

O amor é intrínseco ao ato médico, sendo inadmissível uma Medicina baseada na falta de amor ao próximo.

O paciente, ao procurar o médico, não quer apenas a cura, quer também amparo e compreensão, pois, sem ajuda, sem uma orientação segura, Medicina só de aparelho é coisa de animal.

É fácil constatar que uma das características

atuais, não obstante os progressos materiais, é a incapacidade de solucionar humanisticamente os problemas do dia-a-dia. Passamos de uma Medicina menos científica e mais humana para uma mais científica e menos humana.

Miguel Couto afirmava: **“O homem humaniza a ciência ou a ciência desumaniza o homem”**.

Asseverava ainda Miguel Couto: **“A Medicina quando não cura deve consolar”**.

O médico humano é o amigo e conselheiro, que ouve e examina atentamente o doente.

Wilson Sanvito afirma que **“estamos entrando na era do médico-tecnocrômico, que interpõe entre ele o paciente um complexo de aparelhos”**.

Willian Osler afirmava que **“o mais importante do que saber que a doença tem o doente, é que doente tem uma doença”**.

Tratamos doentes e não doenças, ensinamento que deve estar sempre presente e que vem de nossos antepassados.

Hipócrates enfatizava a “observação”. As técnicas podem mudar, podem morrer, mas a observação permanece para sempre.

Cabe ao médico corrigir impressões distorcidas chegando a um diagnóstico que pode levar à tristeza e decepção, mas que, formulado em termos comuns, favorece a empatia ao tratamento.

Não assistimos mais hoje as centenas de apendicectomias como antigamente, e o eminente Prof. Dr. Simão Kossobudski citava, em artigo publicado na Revista da Associação Médica de 1932, que em cerca de 25% dos apêndices retirados não havia lesões macroscópicas, o que faz pensar da possibilidade que certo número de cirurgias não eram necessárias.

Ressalte-se, no entanto, que era o único procedimento correto na época, já que os métodos diagnósticos e a terapêutica eram pobres.

Da mesma forma, as amigdalectomias foram sendo suprimidas, pois com o advento dos antibióticos o tratamento clínico solucionou o problema na grande maioria dos casos.

1 - Membro Titular da Academia Paranaense de Medicina

O fundamento da clínica continua sendo a anamnese e o exame físico do paciente. A falta desta descaracteriza o “ato médico”, impede a relação médico-paciente e encarece a consulta pelo número de exames inúteis, não permitindo a caracterização dos pacientes sem doença orgânica.

Após estabelecido o diagnóstico, manda a ética que o médico deve transmiti-lo ao paciente ou seus familiares de forma adequada, sem exageros, seja na necessidade de revisão periódica, seja na gravidade do caso.

Há alguns médicos, se assim podem ser chamados, que têm a tendência de exagerar a gravidade do caso, o que pode visar finalidade mercantilista ou reduzir a insatisfação do paciente, em caso de insucesso, ou no afã de magnificar o sucesso por ventura obtido.

A doença cria uma reação especial, provoca uma angústia que é a preocupação para a qual ainda não vislumbramos solução. A certeza, por má que seja, não gera angústia, talvez tristeza e decepção.

A grande fábrica de angústias é a incerteza e a dúvida.

A doença torna o futuro incerto, reservando

insegurança, ansiedade e medo. E ao médico cabe corrigir impressões distorcidas e o diagnóstico visa colocar a doença dentro de uma estrutura conhecida, apresentando-a em termos comuns para o médico e o paciente.

Devemos compreender o paciente e procurar ter consciência como ele é agredido nesse momento.

Lembre-mos que Homero afirmava que o **“médico é o padrão dos homens”**.

É importante também que o médico tenha conhecimento suficiente para enfrentar a ingratidão e perseverança para continuar estudando, sempre buscando o aperfeiçoamento já que o progresso da Medicina é incessante. Nunca é demais destacar que temos que estar junto do paciente no momento mais importante, que é a morte, respeitando-a e não lançar mão de procedimentos desesperados que tentam negar a realidade.

E se assim procedermos, atendendo aos ditames da bioética, poderemos um dia ao fim dessa jornada afirmar diante de Deus: **“Senhor, eis aqui o Vosso servo que retorna ao Vosso seio, certo que, com as forças que me deste, cumpri com a missão que me foi confiada, esperando agora poder usufruir da Vossa presença eterna”**.

Nova diretoria da Associação dos Médicos Residentes prioriza diálogo

O diálogo é o pilar do trabalho desenvolvido pela nova diretoria da Associação dos Médicos Residentes do Paraná (AMEREPAR), eleita em novembro do ano passado, durante o Fórum Paranaense de Residência Médica. A instituição recebe reclamações dos residentes de diversas instituições do Estado e atua, em conjunto com a Coreme, propondo soluções para os problemas enfrentados no ambiente hospitalar.

“Conversamos com preceptores e residentes e estamos conseguindo resolver as principais divergências”, afirma a presidente da Associação, a residente em Oftalmologia do Hospital das Clínicas da UFPR Luisa Moreira Hopker, enfatizando que é mais fácil lutar por melhorias para o médico residente quando se faz parte da categoria.

Entre os problemas mais recorrentes, a presidente da AMEREPAR cita o excesso de carga horária, estipulada em 60 horas semanais pela Lei nº 6.932/81, a falta de estrutura, supervisão e assistência em ambulatórios. O valor da bolsa paga aos residentes é outro ponto debatido pela Associação. Além da médica Luisa Moreira Hopker (presidente), compõem a nova diretoria os pares Murilo Minoru Murata (vice-presidente), Bruno Sbrissia (tesoureiro) e André Bacelar (secretário-geral). O mandato é de um ano, conforme estabelece o estatuto da AMEREPAR. O presidente na gestão anterior tinha sido Hugo Manoel Paz Morales.

QUANDO O ENCANTO SUPERA O CONHECIMENTO

When the enchantment surpasses knowledge.

Luiz Sallim Emed¹

Durante mais de 30 anos em atividade acadêmica na lide com estudantes, e também nas atividades profissionais e administrativas, aprendi que por maior esforço que se possa fazer, tenho muitas dificuldades em modificar o foco do aluno ou de profissionais. E, como escrevo para médicos residentes, mesmo com todo perigo da generalização, eles estão incluídos nesse grupo.

É um permanente desafio aos comunicadores apresentar as vantagens na venda de produtos. Se esta questão não é fácil, demonstrar a importância de valores e dos conceitos de solidariedade é extremamente mais desafiador. E é com este desafio que tento, mais uma vez, atingir mais alguém. Estou seguro que muitos podem ter interrompido a leitura deste artigo já no parágrafo anterior; considerando que o interesse pode ser outro, pois a busca é pelo conhecimento científico puro e exclusivo.

Assim, em respeito a você que continua a ler, vamos completar a nossa ideia. Todos aceitam que Medicina é ciência e arte. No entanto, durante o período da formação da residência médica, conseguir a participação dos médicos residentes, no sentido de consolidar a arte da Medicina, é uma grande dificuldade. Melhor dizendo, é difícil atraí-los para atividades diferentes daquelas que fazem parte das atividades técnicas.

Sempre foi um desafio encontrar meios de conseguir a participação dos médicos residentes em atividades voltadas à discussão de assuntos relacionados à ética, aos valores da sociedade e para outras atividades artísticas e culturais. Muitas estratégias já foram utilizadas, todas sem sucesso no que se refere ao número de participantes. Considero atividade de risco convidar palestrantes, mesmo aqueles de notório saber, pois a possibilidade de constrangimento pela pouca presença dos colegas é muito grande. Durante todos esses anos aceitei diferentes estratégias para conseguir a presença dos colegas, nenhuma delas satisfatória.

O fulcro do artigo é reiterar aos médicos residentes que, para ser bom médico, não basta ter apenas conhecimento; é preciso muito mais. É indispensável ter boa relação médico-

paciente, ter postura e atitude frente ao paciente e familiares, ter a empatia nos momentos de sofrimento e compreender as angústias, as fantasias e mudanças de humor que a doença impõe. Explicar - mesmo mais de uma vez - até a completa compreensão e a clareza de todas as dúvidas. Dê ouvidos às sugestões. Se totalmente descabidas, tenha criatividade para explicar de forma elegante que a melhor maneira não seria aquela que foi proposta e, sim, a outra já comprovada e aceita pela literatura..

Não menospreze os conceitos leigos, pois estão consolidados na crença popular e alguma verdade deve existir. A sua vestimenta deve estar impecável e compatível com a atividade médica. A maneira de se apresentar e relacionar com o paciente é tão importante quanto a competência técnica do médico. Em comparação com os produtos, algumas vezes a imagem fica mais evidente que a marca. O grande exemplo é a imagem do cachorro que propagandeou os amortecedores.

Em outra comparação, quando você vai a um hospital o que chama atenção é a limpeza, luminosidade, a organização, a recepção, a maneira de como se é recebido. Enfim, valoriza-se o “periférico” e não os indicadores de boas práticas, como exemplo a taxa de infecção hospitalar, a prevalência de complicações cirúrgicas para aquele ato ou o resultado do trabalho daquele cirurgião. Felizmente, mudanças ainda que tímidas demonstram que indivíduos melhor informados buscam informações, como se o médico é especialista, quais seus títulos e a experiência profissional comprovada. Fazem contato com os Conselhos de Medicina para saber a respeito de denúncias de má-prática e do perfil ético. A competência técnica e o preparo científico são indispensáveis, mas não são o bastante.

Neste final proponho a transgressão. Como o conflito pode ser benéfico e a crise uma oportunidade, sugiro que os residentes transgridam para o bem, rompam com o conceito apenas do saber científico, mas acreditem no encantamento como um saber. É preciso arte e sabedoria na maravilhosa experiência de encantar a pessoa. Assim o encanto supera o conhecimento.

1 - Conselheiro, ex-presidente do CRMPR, fundador e ex-presidente da Comissão Estadual de Residência Médica (Cermepar).

BLOQUEIO INTERPLEURAL PARA ANALGESIA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA

Interpleural block associated with general anesthesia in patients submitted to mastectomy

Taylor Brandão Schnaider¹
Antônio Mauro Vieira²
Daniela Vânia Dorighello³
Juliano Cruz Tamiasso⁴
Antônio Carlos Aguiar Brandão⁵

Schnaider TB, Vieira AM, Dorighello DV, Tamiasso JC, Brandão ACA. Bloqueio interpleural para analgesia em pacientes submetidas à cirurgia de câncer de mama. Rev. Méd. Res. 2009;11(1): 8-13.

RESUMO

Objetivo: Os objetivos dessa pesquisa foram observar a presença de dor pós-operatória, o requerimento de analgésicos e o tempo de permanência hospitalar. **Métodos:** Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, participaram do estudo clínico, randomizado e prospectivo, 20 pacientes do gênero feminino, com idade variando de 25 a 55 anos, peso entre 50 e 100 kg, estado físico ASA I e II, submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com axilectomia, sob bloqueio interpleural associado à anestesia geral. O bloqueio interpleural foi executado no quinto espaço intercostal (EIC5), linha axilar média, com agulha de Tuohy 17G, sendo administradas: levobupivacaína 0,5% (100mg) com adrenalina 1:200000 ($5\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$), morfina (3mg) e clonidina ($3\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) no Grupo Levobupivacaína-Morfina-Clonidina (LMC), em 10 pacientes; ropivacaína 0,75% (150mg), morfina (3mg) e clonidina ($3\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) no Grupo Ropivacaína-Morfina-Clonidina (RMC), em 10 pacientes; A indução da anestesia geral, em ambos os Grupos, foi realizada com a injeção de etomidato ($0,2\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$), alfentanil ($30\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) e rocurônio ($0,6\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$) e a manutenção com oxigênio e isoflurano (0,5vol% a 3,0vol%). A analgesia, analisada pela Escala Verbal Analógica de Dor, foi observada às 6h, 12h, 18h e 24h após o término do ato operatório. **Resultados:** Quatro pacientes apresentaram dor pós-operatória leve, sendo uma entre 6 e 12h, uma entre 12 e 18h e duas no intervalo entre 18 e 24h, tendo sido necessário administrar somente dipirona para tratamento da mesma, tanto no Grupo LMC quanto no Grupo RMC. Utilizando-se o teste Exato de Fisher observou-se diferença estatística significativa entre os períodos de 6-12 horas e 18-24 horas, nos dois Grupos avaliados. **Conclusão:** As pacientes, em ambos os Grupos, que apresentaram dor pós-operatória, necessitaram somente de analgésico comum (dipirona), sendo que todas tiveram alta hospitalar com 24 horas de pós-operatório.

Descritores: Analgesia; Anestesia; Dor pós-operatória; Neoplasias da mama.

INTRODUÇÃO

Tem sido observado que, ao realizarmos um bloqueio interpleural, a solução de anestésico local se difunde no sentido da parede torácica, produzindo

um bloqueio de múltiplos nervos intercostais, da cadeia simpática cranial, do pescoço e da extremidade superior, do plexo braquial, dos nervos esplâncnicos,

TRABALHO REALIZADO NO CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO DO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ – MG.

- 1 - Professor Titular Doutor do Departamento de Clínica Cirúrgica. Responsável pelas Disciplinas de Anestesiologia e Metodologia Científica da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.
- 2 - Professor Titular Doutor do Departamento de Fisiologia, Morfologia e Patologia. Responsável pela Disciplina de Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí. Co-responsável pelo CET/SBA de Pouso Alegre-MG.
- 3 - Residente (ME3) do Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí-MG.
- 4 - Residente (ME2) do Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí-MG.
- 5 - Professor Titular Doutor do Departamento de Fisiologia, Morfologia e Patologia. Responsável pela Disciplina de Biofísica da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí. Responsável pelo CET/SBA de Pouso Alegre-MG.

dos nervos frênicos, do plexo celíaco e gânglios. Como o anestésico local se difunde através de ambas as camadas da pleura, por seu efeito local direto no diafragma, pulmão, pericárdio e peritônio, pode contribuir com atividade analgésica¹.

A ativação dos receptores α_2 -adrenérgicos acarreta intensa resposta analgésica, pelo envolvimento dos receptores supra-espinal e, principalmente, espinal, incluindo a ativação dos receptores α_2 pós-sinápticos das vias descendentes noradrenérgicas, dos neurônios colinérgicos e da liberação de óxido nítrico e de encefalinas².

Estudos recentes têm demonstrado que os agonistas α_2 -adrenérgicos também apresentam papel importante na modulação da dor, inibindo a condução nervosa por meio das fibras Ad e C³.

Uma das propriedades dos agonistas α_2 -adrenérgicos é a capacidade de reduzir a necessidade de anestésicos halogenados durante a anestesia. Com o advento dos fármacos superseletivos, como é o caso da dexmedetomidina, a redução chega a ser em torno de 95%, se o halogenado utilizado for o halotano⁴.

A cetamina atua em vários receptores, incluindo: os muscarínicos e nicotínicos; os opióides μ , delta e κ ; os monoaminérgicos e os canais de cálcio voltagem-dependente; como antagonista não competitivo no sítio fenciclidina do complexo canal-receptor N-metil-D-aspartato (NMDA). Bloqueia também os canais de sódio nos sistemas nervoso central e periférico⁵.

A molécula de cetamina contém quiriralidade que produz dois isômeros ópticos. O isômero S(+) da cetamina (levógiro), por sua maior estereoespecificidade pelo receptor fenciclidina no canal NMDA inibindo de maneira não competitiva a ativação do canal pelo glutamato, possui propriedades analgésicas e anestésicas mais potentes, apesar de exibir perfis farmacocinético e farmacodinâmico semelhantes ao isômero R(-) da cetamina (dextrógiro) e à cetamina racêmica⁶⁻⁸.

A morfina, um opióide hidrofílico, produz analgesia espinal por sua ação nos receptores opióides μ_2 , κ_1 e δ_1 , assim como supra-espinal por sua ação nos receptores opióides μ_1 , κ_3 e δ_2 ⁹. Há evidências que sugerem que a perda de efetividade da morfina administrada no pós-operatório seja decorrente da ativação dos receptores NMDA¹⁰.

A ropivacaína é um anestésico local de longa

duração, quimicamente homóloga à mepivacaína e à bupivacaína. Estudos pré-clínicos demonstraram que a ropivacaína apresenta menos toxicidade para os sistemas cardiovascular e nervoso central, quando comparada à bupivacaína¹¹.

Esse estudo teve como objetivos observar a presença de dor pós-operatória, o requerimento de analgésicos e o tempo de permanência hospitalar em pacientes submetidas a ressecções mamárias com axilectomia, sob anestesia interpleural associada à geral.

MÉTODOS

Após análise e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Vale do Sapucaí, todas as pacientes participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explanação minuciosa relativa aos procedimentos a que seriam submetidas. Participaram deste estudo clínico, prospectivo e randomizado, 20 pacientes do gênero feminino, na faixa etária de 25 a 55 anos, peso entre 50 e 100 kg, estado físico ASA I e II, submetidas a ressecções mamárias com linfodectomia axilar, sob anestesia geral associada à interpleural.

Todas as pacientes receberam diazepam (10mg) na véspera e midazolam (15mg) 40 minutos antes do ato operatório, ambos administrados por via oral. Na sala de operação foram monitorizadas com eletrocardioscopia, pressão arterial não-invasiva, oximetria de pulso e analisador de gases ins e expirados. Depois de realizada a punção venosa com cânula 18G foi administrada solução contendo midazolam (5mg), fentanil (50 μ g) e metoclopramida (10mg).

A anestesia interpleural foi realizada com a paciente na posição supina, no espaço EIC₅, com agulha Tuohy 17G, sendo administrados, aleatoriamente, 20ml de levobupivacaína a 0,5% (100mg) com adrenalina 1:200000 associados a 3ml de morfina e a Clonidina (3 μ g.kg⁻¹) no Grupo Levobupivacaína-Morfina-Clonidina (GLMC, n=10) ou 20ml de ropivacaína a 0,75% (150mg) associados a 3ml de morfina (3mg) e a clonidina (3 μ g.kg⁻¹) no Grupo Ropivacaína-Morfina-Clonidina (GRMC, n=10). Todas as pacientes receberam um volume das combinações de fármacos no espaço interpleural, na velocidade de 1ml.s⁻¹.

A indução anestésica foi realizada com etomidato (0,2mg.kg⁻¹), alfentanil (30 μ g.kg⁻¹) e rocurônio

(0,6mg.kg⁻¹), sendo a manutenção obtida pela administração de isoflurano (0,5vol% a 3,0vol%). Se ocorressem sinais clínicos ou respostas hemodinâmicas que sugerissem níveis inadequados de anestesia (sudorese, lacrimejamento, hipertensão arterial e taquicardia) seria administrado alfentanil (500µg), em doses intermitentes, por via venosa.

A ventilação controlada foi realizada em sistema de anestesia com baixo fluxo, possibilitando umidificação e aquecimento dos gases inspirados. O volume corrente foi de 8 a 10ml.kg⁻¹ e a frequência respiratória suficiente para manter a pressão expirada de dióxido de carbono (P_{ET}CO₂) entre 30mmHg e 35mmHg.

Os dados da pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica da hemoglobina pelo oxigênio (SpO₂), gás carbônico expirado (P_{ET}CO₂) e concentração inspirada de isoflurano foram registrados após a monitorização, a intubação oro-traqueal, a realização da anestesia interpleural e, a seguir, de 15 em 15 minutos até o término do ato operatório. Terminado o procedimento, as pacientes foram encaminhadas à Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

A analgesia intra-operatória foi observada por meio dos sinais clínicos e a concentração inspirada do agente inalatório por meio do analisador de gases ins e expirados, durante o ato cirúrgico. Aumentos na frequência cardíaca e/ou pressão arterial sistólica acima dos níveis pré-bloqueio foram tratados com elevação da concentração inspirada de isoflurano (até 3,0vol%) e, se os parâmetros analisados não atingissem os níveis desejados, seria injetado alfentanil (500µg), por via venosa, em *bolus* e repetido quantas vezes se fizessem necessárias; queda da pressão sistólica sistêmica abaixo de 30% dos níveis pré-bloqueio ou inferior a 90mmHg seria corrigida com administração de amina simpaticomimética de ação mista (efedrina), por via venosa; queda acentuada na frequência cardíaca, menor que 50 bat.min⁻¹, ocasionando baixo débito, seria tratada com administração de antagonista muscarínico (atropina), por via venosa.

Em relação à analgesia pós-operatória, que significa perda ou ausência de sensibilidade à dor, a intensidade da dor pós-operatória foi analisada pela Escala Verbal Analógica de Dor, sendo o extremo zero correspondente à ausência de dor, variando até dez, correspondente à pior dor imaginável. Neste experimento, foi adotado como referência o escore zero desta escala.

A análise estatística relativa aos dados antropométricos das pacientes foi efetuada utilizando-se a Análise de Variância com a prova de Scheffé; a análise estatística do tempo de duração do ato operatório foi feita por meio do teste *t* de Student; a análise estatística das quedas da pressão sistólica sistêmica e da frequência cardíaca foram realizadas usando-se a prova exata de Fisher; a análise da analgesia foi efetuada utilizando-se os testes do Qui-quadrado e Exato de Fisher. A análise da sedação foi realizada usando-se o teste do Qui-quadrado. Valores de *p*<0,05 foram considerados significantes.

RESULTADOS

No que se refere ao peso e à idade dos pacientes incluídos no estudo, utilizando-se a Análise de Variância com a prova de Scheffé, não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre os grupos (Tabela 1).

TABELA 1 – DADOS ANTROPOMÉTRICOS DOS PACIENTES INCLUÍDOS NO ESTUDO (Média ± DP)

	IDADE (anos)	PESO (kg)
GRUPO LMC (n=10)	48,00 ± 6,32	62,90 ± 9,70
GRUPO RMC (n=10)	48,27 ± 8,59	58,45 ± 10,77

Sem significância estatística, prova de Scheffé, *p* > 0,05

LMC – levobupivacaína - morfina – clonidina

RMC – ropivacaína - morfina - clonidina

Quanto ao tempo de duração do ato operatório, utilizando-se o teste *t* de Student, não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre os grupos (Tabela 2).

TABELA 2 – TEMPO DE DURAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO (Média ± DP)

	DURAÇÃO (minutos)
GRUPO LMC (n=10)	77,00 ± 18,88
GRUPO RMC (n=10)	79,09 ± 24,78

Sem significância estatística, teste *t* de Student, *p* > 0,05

LMC – levobupivacaína - morfina – clonidina

RMC – ropivacaína - morfina - clonidina

Foi verificada queda da pressão arterial sistólica abaixo de 30% dos níveis pré-bloqueio ou inferior a 90mmHg em um paciente do Grupo LMC e dois pacientes do Grupo RMC. Utilizando-se a prova exata de Fisher, não foi observada diferença estatística significativa entre os Grupos (Tabela 3).

Não ocorreu diminuição acentuada da frequência cardíaca, menor que 50 bat.min⁻¹, em ambos os Grupos.

TABELA 3 – EFEITOS DOS FÁRMACOS NA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) E FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)

Efeitos	GRUPOS	
	LMC (n=10)	RMC (n=10)
↓ PAS	12	
↓ FC	0	0

Sem significância estatística, teste Exato de Fisher, $p > 0,05$, entre os Grupos

LMC – levobupivacaína - morfina – clonidina

RMC – ropivacaína - morfina - clonidina

Com relação à analgesia intra-operatória, todos os pacientes, tanto do Grupo LMC quanto do Grupo RMC, necessitaram de concentração inspirada de isoflurano inferior a 3 vol%, não sendo necessário administrar alfentanil.

Em ambos os Grupos, LMC e RMC, uma paciente apresentou dor pós-operatória leve e necessitou de complementação analgésica no período de observação entre 6 e 12 horas, uma paciente apresentou dor pós-operatória leve e necessitou de complementação analgésica no período de observação entre 12 e 18 horas e duas pacientes apresentaram dor pós-operatória leve e necessitaram de complementação analgésica no período de observação entre 18 e 24 horas. (Tabela 4).

TABELA 4 – PRESENÇA DE DOR (Score da Escala Analógica de dor)

Dor	GRUPOS	
	LMC (n=10)	RMC (n=10)
Até 6h	0*	0*
Entre 6h e 12h	1	1
Entre 12h e 18h	+1=2	+1=2
Entre 18h e 24h	+2=4*	+2=4*
Total	4	4

* Com significância estatística, teste Exato de Fisher, $p < 0,05$, nos Grupos LMC e RMC, entre o período até 6h e o período 18 - 24h.

LMC – levobupivacaína - morfina – clonidina

RMC – ropivacaína - morfina - clonidina

Complementação analgésica nos dois grupos avaliados (Tabela 5)

TABELA 5 – COMPLEMENTAÇÃO ANALGÉSICA

Pacientes	GRUPO LMC (n=10)	GRUPO RMC (n=10)
1	-	Dipirona
2	Dipirona	-
3	-	-
4	-	Dipirona
5	Dipirona	-
6	-	Dipirona
7	Dipirona	-
8	-	-
9	-	Dipirona
10	Dipirona	-

LMC – levobupivacaína - morfina – clonidina

RMC – ropivacaína - morfina – clonidina

DISCUSSÃO

O advento de novas vias de administração utilizando associação de fármacos possibilitou anestésias mais seguras, com menor ocorrência de efeitos adversos.

No presente estudo, as pacientes foram submetidas à analgesia multimodal por via interpleural combinada à anestesia geral. Associando-se agentes e técnicas, ocorre interação medicamentosa, necessitando-se doses menores dos fármacos a serem administrados, com menor aparecimento de efeitos adversos.

A analgesia e a sedação pós-operatórias adequadas, em pacientes portadoras de neoplasias e submetidas a cirurgias mutilantes, mesmo que no primeiro momento, são de fundamental importância para a auto-estima e a qualidade de vida.

Estudo em pacientes submetidas a cirurgias para tratamento de câncer de mama, realizando bloqueio interpleural antes da indução da anestesia geral, observou que a associação das técnicas reduziu significativamente o requerimento de opióide no intra-operatório, menor incidência de efeitos colaterais, prolongado período pós-operatório sem dor e, acima de tudo, uma melhor qualidade de recuperação pós-operatória¹².

A doença residual das neoplasias da mama resulta em metástases clínicas, dependente de inúmeros fatores, incluindo imunidade mediada por células anti-tumorais, angiogênese e sinais de crescimento residual. Pelo menos três fatores intra-operatórios influenciam de modo adverso: a resposta neuroendócrina ao estresse operatório, os

anestésicos voláteis e os opióides. Estudos em animais indicam que a anestesia regional e uma ótima analgesia pós-operatória, de modo independente, reduzem o aparecimento de metástases em animais inoculados com células de adenocarcinoma de mama. Estudos retrospectivos em seres humanos sugerem que a anestesia regional combinada com sedação ou a anestesia geral em que foram administrados agentes voláteis associada à analgesia pós-operatória com opióides, reduzem o risco de recorrência local ou metastática, após cirurgia de câncer de mama, durante os anos iniciais de seguimento^{13,14}.

Nessa pesquisa foi realizado o bloqueio interpleural, no EIC₅, na linha axilar média, com o paciente em posição supina com céfalo-declive de 20°, a fim de se obter bloqueio das cadeias simpáticas cervical e torácica superior, podendo o bloqueio sensitivo atingir T₁. O bloqueio interpleural foi realizado com a associação de um anestésico local do tipo amida (levobupivacaína ou ropivacaína), um opióide hidrossolúvel (morfina) e um agonista a₂-adrenérgico (clonidina). Durante o intra-operatório foi administrado isoflurano em doses superiores a 0,5% e inferiores a 3%. Com a

associação das técnicas anestésicas utilizadas, as pacientes que se queixaram de dor leve necessitaram somente de analgésico comum, sendo que todas apresentaram melhor qualidade de recuperação pós-operatória e receberam alta hospitalar com 24 horas após o término do procedimento cirúrgico.

Na literatura pesquisada, foram encontrados poucos trabalhos para tratamento cirúrgico de neoplasias de mama com a associação das técnicas utilizadas nesse estudo, mesmo sendo o bloqueio interpleural de fácil execução e trazendo os benefícios descritos na literatura ao se utilizar as anestésias regionais, tais como o bloqueio paravertebral^{15,16} e a anestesia peridural torácica^{17,18}.

CONCLUSÃO

As pacientes, em ambos os grupos, que apresentaram dor pós-operatória (10% no intervalo entre 6 e 12h, 10% no intervalo entre 12 e 18h e 20% no intervalo entre 18 e 24h) necessitaram somente de analgésico comum (dipirona), sendo que todas tiveram alta hospitalar com 24 horas de pós-operatório.

ABSTRACT

Background: The goal of this study was to evaluate the presence of postoperative pain, the need for pain killers and the time patients stay in the hospital after undergoing breast cancer surgery with interpleural block. **Methods:** After the approval by the Committee of Ethics in Research, twenty female patients aged 25 to 55, weighting 50 to 100 kilos, ASA I and II underwent mastectomy or quadrantectomy with axillary lymphadenectomy under interpleural block associated with general anesthesia. The interpleural block was done in the 5th intercostal space at the medium axillary line with a 17 G Tuohy needle. The 20 patients were divided into two groups of 10 patients each. The Levobupivacaine-morphine-Clonidine(LMC) group received 100 mg of 0.5% levobupivacaine with (5µg.mL⁻¹) of 1:200000 adrenaline, 3 mg of morphine and 3µg.kg⁻¹ of Clonidine. The Ropivacaine-morphine-Clonidine(RMC) group received 150mg of 0,75% Ropivacaine, 3mg of morphine and 3mg.kg⁻¹ of Clonidine. General anesthesia in both groups was obtained with the injection of 0,2mg.kg⁻¹ of Etomidato, 30µg.kg⁻¹ of Alfetanil and 0,6mg.kg⁻¹ of Rocuronio. The maintenance of anesthesia was done with oxygen and 0.5 vol% to 3.0 vol% of Isoflurano. After surgery, analgesia was evaluated through the analogical verbal pain scale at 6, 12, 18 and 24 hours. **Results:** Four patients reported mild post-op pain. One patient reported it between 6 and 12 hours, another between 12 and 18 hours and the other two between 18 and 24 hours. For both groups (LMC and RMC) only Dipirona was needed for pain control. When using the Fisher test, a relevant difference in statistics was noticed in both groups between the periods of 6-12 hours and 18-24 hours. **Conclusion:** In conclusion, the patients, who presented postoperative pain in both groups, needed only a common pain killer (Dipirona) and were all discharged within a 24 hour postoperative.

Key words: Analgesia; Anesthesia; Pain; Postoperative; Breast neoplasms.

REFERÊNCIAS

- 1 - Dravid RM, Paul RE. Interpleural block - part 1. Anesthesia. 2007 Oct;62(10):1039-49.
- 2 - Bagatini A, Gomes CR, Masella MZ, Reser G. Dexmedetomidina: farmacologia e uso clínico. Rev Bras Anesthesiol. 2002 Set./Out.;52(5):606-617.
- 3 - Alves TCA, Braz JRC, Vianna PTG. Alfa₂-agonistas em Anestesiologia: aspectos clínicos e farmacológicos. Rev Bras Anesthesiol. 2000 Set./Out.; 50(5):396-404.
- 4 - Hayashi Y, Maze M. Alpha-2 adrenoreceptor agonist and anesthesia. Br J Anaesth. 1993;(71):108-18.
- 5 - Schmid RL, Sandler NA, Katz J. Use and efficacy of low-dose ketamine in the management of acute postoperative pain: a review of current techniques and outcomes. Pain. 1999 Aug;82(2):111-25.
- 6 - White PF, Schüttler J, Shafer A, Stanski DR, Horai Y, Trevor AJ. Comparative pharmacology of the ketamine isomers. Studies in volunteers. Br J Anaesth. 1985 Feb;57(2):197-203.
- 7 - Kohrs R, Durieux ME. Ketamine: teaching an old drug new tricks. Anesth Analg. 1998 Nov;87(5):1186-93
- 8 - Pfenninger EG, Durieux ME. Cognitive impairment after small-dose ketamine isomers in comparison to equianalgesic racemic ketamine in human volunteers. Anesthesiology. 2002 Feb;96(2):357-66.
- 9 - Pasternak GW. Pharmacological mechanisms of opioid analgesics. Clin Neuropharmacol. 1993 Feb;16(1):1-18.
- 10 - Weinbroum AA. A single small dose of postoperative ketamine provides rapid and sustained improvement in morphine analgesia in the presence of morphine-resistant pain. Anesth Analg. 2003 Mar;96(3):789-95, table of contents.
- 11 - Feldman HS. Toxicity of local anesthetic agents. In: Rice SA, Fish KJ, Anesthetic Toxicity. New York: Raven Press;1994. p.107-33.
- 12 - Crystal Z, Katz Y. [Analgesia in breast surgery with interpleural bupivacaine]. Harefuah. 1997 Nov 16;133(10):430-2, 503.
- 13 - Exadaktylos AK, Buggy DJ, Moriarty DC, Mascha E, Sessler DI. Can anesthetic technique for primary breast cancer surgery affect recurrence or metastasis? Anesthesiology. 2006 Oct;105(4):660-4
- 14 - Sessler DI, Ben-Eliyahu S, Mascha EI, Parat MO, Buggy DJ. Can regional analgesia reduce the risk of recurrence after breast cancer? Methodology of a multicenter randomized trial. Contemp Clin Trials. 2008 Jul;29(4):517-26.
- 15 - Kairaluoma PM, Bachmann MS, Rosenberg PH, Pere PJ. Preincisional paravertebral block reduces the prevalence of chronic pain after breast surgery. Anesth Analg. 2006 Sep;103(3):703-8.
- 16 - McElwain J, Freir NM, Burlacu CL, Moriarty DC, Sessler DI, Buggy DJ. The feasibility of patient-controlled paravertebral analgesia for major breast cancer surgery: a prospective, randomized, double-blind comparison of two regimens. Anesth Analg. 2008 Aug;107(2):665-8.
- 17 - Sundarathiti P, Pasutharnchat K, Kongdan Y, Suranutkarin PE. Thoracic epidural anesthesia (TEA) with 0,2% ropivacaine in combination with ipsilateral brachial plexus block (BPB) for modified radical mastectomy (MRM). J Med Assoc Thai. 2005 Apr;88(4):513-20.
- 18 - Gurjar M, Bhatnagar S, Mishra S, Jain V, Singhal AK. A case of Churg-Strauss syndrome undergoing radical mastectomy under general anaesthesia and thoracic epidural analgesia. Eur J Anaesthesiol. 2006 Nov;23(11):980-2.

Recebido em: 01/12/2008

Aprovado em: 06/02/2009

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Taylor Brandão Schnaider

Av. Francisca R. de Paula, 289

37550-000 - Pouso Alegre - MG

e-mail: sormanti@uai.com.br

Confira o calendário de transmissões das Telepatologias em 2009

Médicos Residentes interessados em participar do programa de Telepatologias, realizado pelo CRMPR por meio de videoconferência, devem ficar atentos ao calendário de atividades para os próximos meses. As datas foram fixadas pelo Conselho e as transmissões estão sendo realizadas sempre na última terça-feira de cada mês (exceções em julho e dezembro, período em que as instituições de ensino entram em férias).

A próxima edição da discussão anatomoclínica ocorrerá em 26 de maio, a partir das 9h, e será transmitida gratuitamente para os auditórios das sedes do Conselho de Medicina em Curitiba e Maringá, e para a Santa Casa de Londrina. As demais transmissões ocorrerão, a partir das 9h, em 30 de junho, 25 de agosto, 29 de setembro, 27 de outubro e 24 de novembro. Os participantes também poderão acompanhar as Telepatologias pela internet, por

videostreaming. A modalidade necessita somente de computador com recursos de multimídia (placa e caixa de som) e acesso à internet banda-larga. Porém, o número de vagas é limitado e são priorizadas as inscrições por ordem cronológica.

A atividade faz parte de um convênio celebrado há sete anos entre a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e o CRMPR com o intuito de promover educação médica continuada.

Endereços e contatos:

CURITIBA - Auditório do CRMPR: Rua Victório Viezzer, 84, pavimento S1 - Vista Alegre. Inf.: (41) 3240-4049.

MARINGÁ - Auditório Wadir Rúpollo da Regional do CRMPR: Rua das Azaléias, 209 - Zona 5. Inf.: (44) 3224-4329.

LONDRINA - Auditório da Santa Casa de Londrina: Rua Espírito Santo, 523 - Centro. Inf.: (43) 3374-2500.

PREVALÊNCIA DE CÂNCER DE PELE EM PACIENTES SUBMETIDOS À EXÉRESE DE NEVO NO AMBULATÓRIO DO HRSJ- HOMERO DE MIRANDA GOMES

Skin cancer prevalence in patients submitted to nevi excision in the HRIS-Homero de Miranda Gomes ambulatory.

Leonardo Machado de Carvalho¹
Nicolau Fernandes Kruehl²

Carvalho LM, Kruehl NF. Prevalência de câncer de pele em pacientes submetidos à exérese de nevo no ambulatório do HRSJ - Homero de Miranda Gomes. Rev. Med. Res. 2009;11(1): 14-17.

RESUMO

Objetivo: Os objetivos do presente trabalho são conhecer o perfil epidemiológicos dos pacientes encaminhados para exérese de nevos no Ambulatório do HRSJ-HMG bem como medir a prevalência de câncer de pele nestes pacientes. **Métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo analítico, onde 35 pacientes submetidos à exérese de nevo no Ambulatório de HRSJ-HMG no período de fevereiro a novembro de 2008, responderam um questionário pré-estabelecido. O cirurgião responsável pelo procedimento descreveu a lesão e sua impressão clínica quanto ao caráter de malignidade da mesma. Estas lesões foram todas encaminhadas para exame anatomopatológico e posteriormente os dados foram comparados e analisados estatisticamente. **Resultados:** A prevalência de câncer de pele na população estudada foi de 32,4 %%; sendo que destes aproximadamente 83% na forma CCNM e 17% na forma de Melanoma. O perfil epidemiológico dos pacientes em questão teve predomínio maciço de brancos (31 brancos/3 pardos/ 1 negro), com uma taxa baixa de uso regular de protetor solar regularmente. A história familiar de câncer de pele esteve presente em aproximadamente 32% de todos os pacientes. Sendo que naqueles com diagnóstico de câncer de pele apareceu em 40%. **Conclusão:** O estudo demonstrou alta prevalência de câncer de pele na população em questão. Fato este que mostra a importância da orientação e qualificação dos profissionais de saúde para realizarem exame físico a procura de lesões sugestivas de malignidade. E uma vez diagnosticadas estas lesões os pacientes devem ser encaminhados para a exérese das mesmas.

Descritores: Melanoma; Neoplasias cutâneas.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é um dos tipos de câncer mais freqüente no mundo. Sua incidência vem aumentando com o passar dos anos. Acredita-se que vai exceder a de câncer de pulmão, mama, cólon, reto, próstata e bexiga, assim como de todos os linfomas combinados. Sua magnitude provavelmente será similar ao total de todas as neoplasias não-cutâneas.

As principais formas de câncer de pele são o câncer cutâneo não melanocítico (CCNM), representado pelos carcinomas basocelular e espinocelular, e o melanoma cutâneo (MC). O CCNM apresenta uma agressividade menor, principalmente quando se trata do carcinoma basocelular, e crescimento mais lento. Já o MC tem alta malignidade com crescimento acelerado.

No Brasil, em semelhança a outros países, a

incidência de câncer de pele também aumenta. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca), na região sul do Brasil, a incidência de melanoma prevista para 2008 é de 2.950 novos casos em homens e 2.970 em mulheres. Quanto ao câncer cutâneo não melanocítico, a taxa de incidência prevista é de 55.890 casos novos em homens e de 59.120 nas mulheres.¹

Nos Estados Unidos da América, o câncer de pele é a causa mais frequente de neoplasia, atingindo cerca de 840.000 casos ao ano. As formas não-melanomas são responsáveis por aproximadamente 90% desses casos, tendo sua incidência maior do que as incidências somadas dos carcinomas de pulmão, de colo, de mama, de reto, de próstata e de todos os linfomas.² O CCNM apresenta baixa mortalidade, sendo, porém, responsável por importantes sequelas.⁴

TRABALHO REALIZADO NO AMBULATÓRIO DO HRSJ - HOMERO DE MIRANDA GOMES - Florianópolis/SC.

1 - Residente em cirurgia geral do Hospital Regional de São José - Homero de Miranda Gomes - Florianópolis/SC.

2 - Chefe do serviço de Cirurgia do Hospital Regional de São José - Homero de Miranda Gomes - Florianópolis/SC.

O diagnóstico precoce do MC e do CCNM, bem como de seus precursores (respectivamente, o nevo displásico e as ceratoses actínicas), diminui os investimentos e os custos dos serviços de saúde.¹

O presente trabalho visa definir o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à exérese de nevo no ambulatório do HRSJ-HMG, bem como medir a prevalência de câncer de pele nos mesmos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo, analítico, no ambulatório de pequenas Cirurgias do Hospital regional de São José – Homero de Miranda Gomes, durante o período de fevereiro a novembro de 2008, onde todo o paciente encaminhado para exérese de nevo pelo próprio hospital ou pela rede de atenção primária à saúde, era enquadrado no presente estudo.

Estes pacientes eram submetidos a um questionário onde respondiam dados de identificação própria bem como cor da pele, cidade de origem e história familiar de câncer de pele. Também era indagado sobre alterações desta lesão nos últimos meses e uso regular, ou não, de protetor solar.

O cirurgião responsável pelo procedimento descrevia a lesão levando em conta o tamanho, a cor e as bordas. E, também, registrava sua impressão clínica quanto ao grau de malignidade da lesão.

Todas as lesões extirpadas foram encaminhadas para exame anatomopatológico no mesmo laboratório. E o resultado deste exame foi anexado à ficha-inquérito.

Estes questionários juntamente com o resultado do exame anatomopatológico foram posteriormente analisados estatisticamente pelo teste de Qui-Quadrado.

RESULTADOS

Os pacientes do presente estudo foram na maioria mulheres (21x14) com a idade entre 41 a 60 anos (Tabela 1) e de cor branca (aproximadamente 94%).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR FAIXA ETÁRIA

Idade	Quantidade
Até 20 anos	1
21-40 anos	5
41-60 anos	15
Acima de 60 anos	13

Dos 35 pacientes, 12 tinham história familiar de câncer de pele. Apenas dois pacientes não relataram qualquer alteração da lesão nos últimos meses, nos demais as alterações mais frequentes foram aumento da lesão e prurido. De todos os entrevistados, somente nove relataram o uso regular de protetor solar e, destes, todos eram mulheres (Tabela 2).

TABELA 2 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ESTUDADOS

	HOMENS	MULHERES
COR DA PELE		
branca	12	-
parda	1	19
negra	1	2
HISTÓRIA FAMILIAR		
Sim	7	5
Não	7	16
PROTETOR SOLAR		
Sim	-	9
Não	14	12

Os cirurgiões responsáveis pelo procedimento suspeitaram clinicamente de lesão maligna em 11 casos, sendo que todos estes se confirmaram. Além destes, ainda houve um caso de malignidade que a impressão diagnóstica foi benigna (Tabela 3). Dos 35 pacientes, dez tiveram diagnóstico patológico de CCNM e dois de melanoma cutâneo

TABELA 3 - RELAÇÃO ENTRE IMPRESSÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO

EXAME MÉDICO	POSITIVO	NEGATIVO
Patologia positiva	11	1
Patologia negativa	0	23
TOTAL	11	24

Dos dez indivíduos com diagnóstico de CCNM três tinham carcinomas espinocelular e sete carcinomas basocelular. Seis deles encontravam-se grupo etário de 40-60 anos e quatro tinham mais de 60 anos. Somente três destes pacientes tinham história familiar de câncer de pele. Quatro eram mulheres.

Nos dois casos de melanoma, os pacientes eram homens de pele branca com história familiar de câncer de pele; um tinha 70 anos e o outro 46. Ambos apresentavam a lesão no tórax.

Nos três casos de carcinoma espinocelular as lesões encontravam-se na face. Dos sete pacientes com diagnóstico de carcinoma basocelular, dois tinham lesão na face e os demais na região dorsal do tórax.

A prevalência de lesões malignas no presente estudo foi estimada em 34,2%. Foram encontrados cinco casos de lesões precursoras de malignidade (ceratose actínica)

Dos 12 pacientes com diagnóstico de câncer de pele, aproximadamente 40% tinham história familiar para lesões malignas de pele.

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou traçar o perfil epidemiológico dos pacientes encaminhados para o ambulatório de pequenas cirurgias do HRSJ-HMG. Mostrou um predomínio maior de mulheres da raça branca, e a média de idade variou entre 40 e 60 anos, sendo que mais de 60% dos pacientes tinham mais de 40 anos.

Não podemos ignorar o baixo índice de pacientes que fazem uso regular de protetor solar (nove dentre os trinta e cinco entrevistados), e todos esses do sexo feminino. Fato que alerta para a falta de conscientização da população, principalmente masculina, quanto à importância de proteger-se.³

No estudo foram diagnosticados 12 casos de câncer de pele distribuídos na proporção aproximada de 83% de CCNM e 17% de melanoma, valores estes

muito semelhantes à literatura.^{1, 4}

Todos os pacientes que participaram do estudo tinham passado por consulta médica prévia e apresentavam alguma indicação para exérese da lesão em questão. Sabendo que isto coloca estes indivíduos no grupo seletivo de portadores de lesão sugestiva de malignidade ao exame clínico; a prevalência de 34,2% de câncer de pele, nestes indivíduos, está dentro dos limites encontrados na literatura.

Outro dado interessante foi a especificidade alta do diagnóstico clínico realizado pelos cirurgiões que participaram do estudo (100%), dado que não pode ser comparado com a literatura por inexistência de trabalhos semelhantes. A sensibilidade do exame clínico não pode ser avaliada pela amostra pequena que compôs o trabalho.

CONCLUSÃO

Estes achados percentuais não podem ser estratificados para população em geral, pois esta amostragem é seleta e representa uma parcela restrita com alta suspeição para câncer de pele.

O câncer de pele, de acordo com a literatura, tem prevalência elevada em nosso meio e o diagnóstico precoce aumenta significativamente a sobrevida e diminui a morbi-mortalidade. O exame físico tem importante papel no diagnóstico dessas lesões e deve ser orientado e estimulado através de campanhas educativas.

ABSTRACT

Background: The objectives of this study consist in identifying the epidemiological profile of patients referred for nevi excision at the HRSJ-HMG Ambulatory as well as measuring the prevalence of malignant skin cancer in these patients. **Methods:** This was a prospective and analytical study. We included 35 patients submitted to excision of nevi in the Clinic of HRSJ-HMG between February to November 2008. They answered a questionnaire and the designed surgeon in charge described the aspect of the injury and his clinical impression about the possibility of malignancy. The excised material was sent for pathological examination and then the data were compared and analyzed statistically. **Results:** The prevalence of skin cancer among the study population was 32.4%, while approximately 83% was CCNM and 17% in the form of melanoma. The epidemiological profile of the patients in question had massive predominance of whites (31 white / 3 brown / 1 black), with a low rate of regular use of sunscreen. A family history of skin cancer was present in approximately 32% of all patients, and for those diagnosed with skin cancer appeared in 40%. **Conclusion:** The study showed high prevalence of skin cancer in the population in question. A fact that shows the importance of guidance and skills of health professionals to conduct physical examination to search for lesions suggestive of malignancy. Once these lesions are diagnosed, patients should be referred to its excision.

Key words: Melanoma; Skin neoplasms.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa da incidência por câncer no Brasil. [homepage na Internet]*. Brasília (DF): INCA; 2008. [acesso em 2009 mar 24]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>
- 2 - Rocha FP, Menezes AMB, Almeida Jr HL, Tomasi E. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. *Rev. Saúde Publica*. 2002 fev;36(1): 101-106.
- 3 - Okida F, Madalosso G, Souza TL, Pouza CET, Scaff A, Romiti N. Estudo da prevalência de casos de câncer da pele e análise da eficácia da proteção solar na prevenção de lesões causadas por radiação ultravioleta em uma amostra da população. *An bras Dermatol*. 2001 jul./ago; 76(4):403-412
- 4 - Sampaio RNR, Cardoso NA. Câncer de pele no Distrito Federal: Resultado da Campanha de 1999. *Brasília Med*. 2000;37(3/4):81-86.
- 5 - Feldman SR, Fleischer AB Jr. Skin examinations and skin cancer prevention counseling by US physicians: a long way to go. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Aug;43(2 Pt 1):234-7.
- 6 - Freedberg KA, Geller AC, Miller DR, Lew R, Koh HK. Screening for malignant melanoma: a cost-effectiveness analysis. *J Am Acad Dermatol*. 1999 Nov;41(5 Pt 1):738-45.

Recebido em: 30/01/2009

Aprovado em: 20/02/2009

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Leonardo Machado de Carvalho
Rua Gentil Sandins, 380 - Bloco 2 - Ap 4
Praia Comprida
88100-001 São José - SC



Envie seu Artigo

para a Revista do Médico Residente via:

internet

drjcs@uol.com.br

EXPRESSÕES MÉDICAS: FALHAS E ACERTOS*Medical expression: failures and hits*

Simônides Bacelar¹
Carmem Cecília Galvão²
Elaine Alves³
Paulo Tubino⁴

“Para o homem de ciência, tão exato e preciso deve ser o raciocínio quanto exata e precisa a expressão falada ou escrita em que ele se exterioriza; o descuidado, o confuso e o impróprio significam o desconcerto e a confusão do pensamento.”
(Plácido Barbosa, dicionarista e médico).

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. Rev. Med. Res. 2009;11(1):18-28.

RESUMO

Bons linguistas afirmam com razão que todas as formas existentes na linguagem são patrimônio do idioma. A língua serve para a comunicação. O rigorismo gramatical é assunto para profissionais das letras; não poderia ser aceito e aplicável de forma geral. Os médicos dispõem de excelente cultura geral, adquirida desde os cursos escolares e universitários. Contudo, muitas vezes somos questionados por certos usos e às vezes de modo incômodo e em situações inoportunas. Com o objetivo de evitar essas objeções, entre outros propósitos, nosso trabalho foi feito para oferecer opções de usos não questionáveis no auxílio daqueles que se põem diante de tarefas como elaboração de teses, dissertações, artigos científicos, textos de livros e discursos formais.

Descritores: Linguagem; Comunicação; Dissertações acadêmicas.

Bons linguistas afirmam com razão que todas as formas existentes na linguagem são patrimônio do idioma. A língua serve para a comunicação. O rigorismo gramatical é assunto para profissionais das letras; não poderia ser aceito e aplicável de forma geral. É preciso ser flexível, visto como o idioma apresenta constantes mutações ao longo do tempo. Se olharmos os textos clássicos, por exemplo, de Machado de Assis, ou textos de revistas antigas veremos que muito do que foi escrito não mais é usado atualmente.

A imposição do registro culto normativo como forma única válida e existente é, por lógica, muito injusta tendo em vista a realidade da existência das formas populares de linguagem. Quem de fato forma uma língua é o povo. No entanto, são os profissionais de letras quem se incumbem de sua organização

normativa com base na forma culta do idioma, ou seja, a usada pela elite culta da comunidade.

Os médicos dispõem de excelente cultura geral, adquirida desde os cursos escolares e universitários. Contudo, muitas vezes somos questionados por certos usos e às vezes de modo incômodo e em situações inoportunas. Com o objetivo de evitar essas objeções, entre outros propósitos, nosso trabalho foi feito para oferecer opções de usos não questionáveis no auxílio daqueles que se põem diante de tarefas como elaboração de teses, dissertações, artigos científicos, textos de livros e discursos formais. É apenas outra forma de contemplar e aliviar o problema.

Apesar de tudo o que existe no idioma constituir fatos da língua e, nesse contexto, não cabe a classificação de certo e errado, sabe-se que a

TRABALHO REALIZADO NA UNB – FACULDADE DE MEDICINA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – CENTRO DE PEDIATRIA CIRÚRGICA

1 - Médico Assistente, Professor Voluntário, Centro de Pediatria Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade de Brasília.

2 - Bacharel em Língua Portuguesa e Mestre em Linguística pela Universidade de Brasília.

3 - Professora Adjunta de Cirurgia Pediátrica, Universidade de Brasília.

4 - Professor Titular de Cirurgia Pediátrica, Universidade de Brasília.

linguagem médica apresenta, de fato, muitas imperfeições, que requerem especial esforço para reconhecer e evitar. Usar a linguagem com propriedade e destreza pode ser uma qualidade profissional, porquanto a língua é mais que um simples elemento de comunicação. É também um instrumento de persuasão. Além do mais, como estímulo ao estudo e à aplicação das normas do padrão culto, acrescenta-se que organização e disciplina são valores amplamente tomados como sinônimos de sucesso, e o contrário habitualmente é indicador de falibilidade e declínio. Desse modo, um relato gramaticalmente bem feito inspira crédito e bom exemplo.

Esquadrinhar o idioma à busca de questões e esclarecê-las é um favor à expansão da linguagem. Muitos termos são rejeitados injustamente ou por haver dúvidas sobre seu uso.

As obras sobre metodologia científica poderiam dispor de um extenso capítulo destinado exclusivamente à orientação sobre linguagem vernácula, especialmente em seu padrão culto normativo aplicado à linguagem científica e à linguagem profissional, o que inclui a terminologia específica, – tendo em vista que as distorções de entendimentos e conseqüentes interpretações desfavoráveis dos enunciados decorrem, por sua vez, do uso ruim da linguagem.

Os livros sobre metodologia científica poderiam dispor de um extenso capítulo destinado exclusivamente à orientação sobre linguagem vernácula, especialmente em seu padrão culto normativo aplicado à linguagem científica e à linguagem profissional o que inclui a terminologia específica, tendo em vista que as distorções de entendimentos e conseqüentes más interpretações dos enunciados decorrem, por sua vez, do mau uso da linguagem. Os livros médicos didáticos também poderiam conter um tópico sobre terminologia médica a respeito das doenças em que este calhasse, ao lado de histórico, etiologia, epidemiologia e outros tópicos descritivos das doenças. Os artigos científicos também poderiam dispor desse tópico de acordo com sua indicação.

As normas de instruções para autores nos periódicos médicos poderiam dispor de um curto parágrafo com recomendações simples como evitar: a) escrever nome de doenças, sinais, sintoma e substâncias com iniciais maiúsculas; b) estrangeirismos desnecessários; c) termos desgastados como devido a, entretanto, no sentido de, faixa etária, fazer com

que, principalmente, paciente nega, paciente refere e similares; d) uso repetido de nomes como após, gerúndios, metáforas e outros exemplos. Pela ausência de interesses profissionais e por sua intensa, séria e amorosa dedicação ao assunto como um fim, não como um meio de vida, podem os diletantes produzir pensamentos e ações originais que representem substancial e importante acréscimo ao desenvolvimento do objeto de estudos (Schopenhauer, 2005, p. 23). Assim, a dedicação do profissional médico a respeito de sua linguagem, movido pela paixão de melhorá-la, pode ser legítima e poderia ser contemplada com receptividade e atenção pelos meritórios profissionais da área de letras.

Nas apresentações de artigos médicos feitas por acadêmicos de Medicina no Centro de Pediatria Cirúrgica do Hospital Universitário, Universidade de Brasília, os comentários dos membros docentes de Cirurgia Pediátrica sobre os temas relatados também abrangem atitudes inadequadas na apresentação e defeitos de linguagem médica. Como forma de apoio, foram elaboradas apostilas sobre esses itens. Uma pequena lista de expressões médicas errôneas foi organizada inicialmente. Anotações subsequentes demonstraram que expressões errôneas, na linguagem médica, constituem vastíssimo capítulo da Medicina, embora pobremente conhecido e divulgado. Por serem motivos de obscuridades, ambiguidades e de outros problemas de linguagem que dificultam a compreensão dos relatos, é recomendável conhecer e corrigir esses desalinhos. Denominar de errado ou certo, determinados usos linguísticos costuma ser objeto de controvérsias. Todavia, é de bom senso a escolha de nomes que não sejam criticáveis e é esta a principal proposta dos autores. Diante de várias denominações para indicar uma só coisa, pode-se escolher a que suscite menos ou nenhuma crítica dos leitores ou ouvintes.

Frequentemente, acha-se estranha a forma culta e adequada de certos termos e prefere-se a forma “popular”. Unha encravada por onicocriptose, berne por miíase furunculóide, fecalito por coprólito, raio X por radiografia. É preciso que as formas eruditas sejam conhecidas e usadas pelos melhores profissionais – atitude construtiva – uma vez que as formas populares são amiúde defeituosas e é lamentável que sejam ou se tornem as mais usadas em linguagem científica.

As considerações sobre os casos apresentados

neste relato apoiam-se no que recomenda a maioria dos conhecedores da língua portuguesa e da terminologia médica. De acordo com esses estudiosos e especialistas em letras são aconselháveis, dentre outros, os seguintes princípios:

1 - em linguagem, não há o certo nem o errado, visto que existem distintos níveis de linguagem; há o adequado e o inadequado para cada um desses níveis;

2 - em linguagem, é de bom senso adotar a flexibilidade;

3 - a linguagem científica deve ser: exata, para não propiciar equívocos; simples, para que seja bem compreendida; concisa, para economizar tempo de leitura e de espaço nas publicações. O cientista tem obrigação de se fazer bem entendido;

4 - a gramática normativa, por sua formação baseada no padrão culto da língua, é a adequada à linguagem científica formal;

5 - é recomendável evitar termos criticados por bons linguistas e usar equivalentes não condenados;

6 - em ciência, é conveniente que haja um só nome para cada coisa;

7 - em geral, seguir regras, isto é, proceder de acordo com a maioria dos usos, é preferível às exceções;

8 - gírias médicas devem ser evitadas em relatos formais;

9 - estrangeirismos são bem-vindos quando necessários e se não houver termos equivalentes em português;

10 - expressões telegráficas ou sintéticas, em que vários termos ficam subentendidos, são frequentemente anticientíficas, por possibilitarem equívocos;

11 - palavras inventadas (neologismos) desnecessariamente e inexistentes nos dicionários devem ser desconsideradas.

Além de consultar o *Aurélio*, o *Houaiss*, o *Michaelis* e outros dicionários, em caso de dúvidas, é indispensável que o relator de trabalhos científicos também consulte: (1) o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP), em que se registra a ortografia oficial do Brasil (com fulcro na Circular de 05.07.1946), elaborado pela Academia Brasileira de Letras, de acordo com a Lei n.º 5.765 de 18 de dezembro de 1971, disponível no endereço eletrônico <http://www.academia.org.br/ortogra.htm>; (2) a

Terminologia Anatômica, elaborada pela Sociedade Brasileira de Anatomia com base na *Nomina Anatomica*, publicação internacional editada em latim, em que se registram nomes das estruturas anatômicas humanas. Os epônimos estão ausentes nessa nomenclatura, mas seu uso também deve ser estimulado, como forma de justas homenagens; (3) os cadernos da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e do Instituto Nacional de Metrologia (Inmetro) – entidades oficiais, isto é, amparadas por lei – para aferição de medidas, símbolos, abreviações, bibliografias, normatização de publicações; e (4), sobretudo, revisores de redação, profissionais da área de letras, antes de divulgar publicações médicas ou de fazer apresentações nos encontros científicos.

Antes de divulgar textos de natureza médica ou a ela relacionada (leis, normas, códigos, artigos científicos, teses, monografias, dissertações de mestrado, comunicações oficiais ou formais de toda ordem), constituiria atitude sadia e construtiva consulta prévia aos profissionais especialistas em letras, especialmente os estudiosos de terminologia médica. O Departamento de Linguística da Universidade de Brasília (UnB) mantém o Serviço de Atendimento ao Leitor (SAL) para desfazer dúvidas de linguagem. Atende pelos telefones (061) 3340 61 62 e (061) 3307 27 41 ou pelo sítio <http://www.unb.br/il/utilidade.htm>

É necessário treino e dedicação para aprender a expressar-se em linguagem-padrão. Configura-se como assimilar outra língua. Mas, adquirida essa habilidade, tal linguagem torna-se mais acessível e prática. Há vantagens compensadoras. A inobservância às regras elementares gramaticais e de estilo podem obstar a publicação de um relato científico. Como veículo de expressão científica, o padrão culto permite: (1) enunciados claros, sem ambiguidades, obscuridades, equívocos; (2) concisão ao texto, enuncia-se mais com menos palavras e em menos espaço de publicação, porquanto não há prolixidades, ou seja, divagações, muitas palavras longas, termos dispensáveis; (3) entendimento fácil de um relato entre lusófonos de todo canto, porque habitualmente não traz gírias, regionalismos, modismos, estrangeirismos supérfluos, termos rebuscados, desordens sintáticas, palavras inventadas e neologismos desnecessários; (4) fácil tradução para outras línguas, visto que seus termos estão registrados em dicionários e gramáticas de uso corriqueiro; (5) aprendizado metódico, uma vez que é linguagem formada dentro de preceitos

organizados por profissionais e estudiosos de valor.

A linguagem é livre, pois o essencial é a comunicação. *Certo* e *errado* são conceitos rejeitados por bons linguistas, e o que consta são faixas de linguagem – *popular* e *culta*.

Em linguagem *científica* e na linguagem *oficial*, convém adotar o padrão culto gramatical *normativo* por sua disciplina, por sua estrutura, organizada por estudiosos profissionais ao longo de séculos.

As imperfeições da linguagem médica não poderiam ser consideradas apenas “curiosidades médicas”. Por amor à disciplina e à seriedade científica é muito importante desfazê-las. Configura bom gosto e sensatez desatender o desconhecimento e assistir a qualidade. Quando são usados elementos de linguagem nos quais não incidem objeções, está-se diante de elementos de primeira qualidade. Há profissionais esquivos ao esmero da linguagem, mas, em um mundo de intensas competições, é preciso lembrar que nas olimpíadas a diferença entre o primeiro lugar e o segundo ou mesmo o último comumente é de milímetros, de centésimos de segundo, de milésimos de ponto em uma nota, de um singelo gesto a mais ou a menos.

Em seqüência, alguns casos de defeitos habituais de linguagem médica e sugestões de correção:

A nível de. É das expressões mais condenadas por muitos estudiosos da língua portuguesa, designada como espanholismo, francesismo, modismo, cacoete, tragédia linguística e outras más qualificações. É recomendável não usá-la. Amíúde, é expressão inútil. Por exemplo, em lugar de “dor a nível de hipocôndrio direito”, pode-se dizer: dor no hipocôndrio direito.

Abcesso – abscesso. Ambos são nomes corretos e abonados pela ortografia oficial (Academia, 2004). Segundo L. Victoria (1956), abcesso é a forma correta. Em consideração, porém, à etimologia e à preferência atual na comunidade médica, é recomendável abscesso (Rezende, 1998). Do latim *abscessus*, “matéria que se afasta do organismo” (Machado, 1977), particípio de *abscedere*, afastar-se, abandonar, de *ab*, afastamento, e *cedere*, andar, ir embora (Ferreira, 1996). No Vocabulário Ortográfico da Academia de Ciências de Lisboa, consta ab(s)cesso, que significa uso facultativo o uso do *s* (Oliveira, 1949). No dígrafo *sc*, a supressão do *s* justifica-se pela inutilidade fonética dessa letra (Barbosa, 1917), e foi

a simplificação fator proeminente nas reformas ortográficas já ocorridas, de modo que a escrita abcesso encontra-se averbada por excelentes vocabularistas como Cândido de Figueiredo, J. I. Roquete, Domingos Vieira, Silveira Bueno e Pedro Pinto, além de ser encontrada na literatura médica atual: “Outros dois com abcesso pélvico foram submetidos a drenagem” (*Ars Curandi*, v. 30, p. 66, abr. 1997). Em muitos casos, por não ter pronúncia em nosso falar, o *s* da forma latina desapareceu na forma vernácula. Ex.: *scientia* > ciência; *exscribere* > escrever; *exsultare* > exultar; *exstirpare* > extirpar; *exstinguire* > extinguir; *existire* > existir. Mas o grupo *sc*, no interior do nome, em quase todos os casos, permaneceu até nossos dias: *fascia* > fásia; *fascinare* > fascinar; *conscientia* > consciência; *consciis* > cõscio. O Dicionário da Academia das Ciências de Lisboa (2001) averba as duas formas, mas, em abscesso, dá remissão para abcesso, o que mostra preferência por esta última forma. Convém frisar que os lusitanos pronunciam diferentemente os dois nomes, isto é, *abcesso* em relação à grafia abscesso e, em relação a abcesso, a dicção é semelhante à brasileira. Por todo o exposto, ambas as formas são legítimas e usáveis. Mas, nacionalmente, a preferência está em abscesso.

Abcissa – abscessa. Abcissa é forma não preferencial de *abscissa*, com *sc*. Ambos são nomes presentes no VOLP (2004), mas *abcissa* está ausente em bons dicionários como o Houaiss (2001), o Michaelis (1998), o Aulete (1980) e em outros. O Aurélio (2004) dá *abcissa* com remissão para *abscissa*. Na literatura médica, *abcissa* é encontrável em frases como: “Na ordenada, o volume de ar respirado em cada minuto e na *abcissa* o tempo...”, “...indicando na ordenada energia e na *abcissa* tempo de reação.”, “a *abcissa* é medida em anos, visto que tratamos de um vírus”. *Abscissa*, forma preferencial, está amplamente dicionarizada e dispõe-se em conformidade com o étimo latino *abscissa*, particípio passado feminino de *abscidere*, cortar (Academia, 2001), de *abs*, junto, e *caedere* cortar (Ferreira, 1996). Ou do adjetivo feminino latino *abscissus*, *a*, *um*, separada em dois (Houaiss, 2001), talvez em referência ao seu cruzamento (corte) com a coordenada. O antepositivo latino *ab* ou *abs* são lídimos e indicam afastamento, distanciamento. Mas, em latim, o prefixo *abs* é usado antes de *c*, *p* e *t* (Ferreira, ob. cit.). Assim, a forma *abcissa* não está bem formada. Se for procedente de *ab + caedere*,

deveria ser *abs + caedere*; se oriunda de *ab + scindere*, também o *s* deve estar presente. Desse modo, *abcissa* é formação censurável. A elisão do *s* conforma-se à tendência de bons linguístas em eliminar letras inúteis nas grafias, como ocorre com *abcesso* e *abscesso*, em que, na primeira forma, elimina-se o *s* antes do *c*. Contudo, não é tendência geral, o que deixa críticas à forma elíptica. Pelo exposto, indica-se *abcissa* como forma não criticável e, desse modo, a recomendável para uso em relatos científicos formais.

Aborto – abortamento – Abortar o trabalho de parto. Em bons dicionários, aborto e abortamento são sinônimos. Mas em medicina a sinonímia pode dar confusão. A frase “Fazer um aborto” pode ter dois significados: causar morte ao concepto ou retirar o concepto morto (ou mesmo vivo) do útero. Abortamento é a produção do aborto, ou seja a expulsão do feto ou do embrião ou de qualquer produto de gestação até a vigésima semana de gestação (Rey, 2003). Após esse período, parto prematuro é a denominação usada, uma vez que, a partir daí, é possível o feto sobreviver (Folha, 2001). Abortamento é o ato de abortar ou a interrupção da gestação (Rey, ob. cit.). Aborto é o produto do abortamento (Gonçalves, s.d.) e em questões jurídicas, considera-se aborto a perda do concepto em qualquer período (Folha, ob. cit.). Do latim *abortâre*, nascer antes do tempo; de *abor-or*, morrer, extinguir (Ferreira, 1996), de *ab*, afastamento, e *oriori*, nascer, originar-se. Desse modo, a etimologia indica que *abortus* refere-se ao concepto não nascido, no sentido de vir à luz na ocasião normal. Apenas nesse sentido aborto é também definido por Faria (1849). *Aborto legal* é questionável; aborto é o produto do abortamento. Portanto, *abortamento legal*. Moraes Silva (Silva, 1813) registra aborto nos dois sentidos: “parto ou feto lançado antes de sua madurez”. Lacerda (1878) consigna esta definição: parto antes do tempo, expulsão do feto que não é viável”. Abortar tem valor figurativo de malograr, interromper algo antes do período habitual de duração (Rey, ob. cit.). *Abortus* é participio de *aborior* (Ferreira, ob. cit.). De *ab*, afastamento, de *ortus*, nascimento, literalmente significa “afastamento do nascimento” ou seja, não nascimento (Pinto, 1958). Em tradução fiel e literal, *abortus* daria abortado em português, que logicamente se refere ao produto do aborto. Em caso de hesitação, pode-se fazer substituições. Ex.: interromper (melhor que abortar) o trabalho de parto.

Em linguagem coloquial diz-se “fazer curetagem”, em lugar de fazer abortamento. Contudo, o uso popular consagrou aborto no sentido do ato de abortar e isso está registrado nos dicionários apesar da impropriedade e, assim, existe há séculos como fato da língua e daí, ser de uso legítimo. Mas é de bom estilo científico empregar as palavras em seu sentido exato (Barbosa, 1917; Rapoport, 1997). Abortamento legal (não aborto legal), abortamento provocado (não aborto induzido, tradução criticável do inglês *induced abortion*). Tendo em vista o exposto, não é errado usar aborto em referência à expulsão do concepto em fase precoce ou em alusão ao próprio concepto. Contudo, para que se evitem ambiguidades e críticas, e por apreço a uma linguagem científica acurada, recomenda-se usar abortamento em referência à morte do concepto e à sua expulsão do útero, e aborto em referência ao concepto morto. Nesse último caso, é mais comum referir-se ao feto (feto morto) ou ao embrião, o que é aconselhável usar por motivo de clareza. Ex.: O abortamento foi feito hoje. O aborto (melhor: o feto ou o embrião – a depender da idade gestacional) estava em estado de decomposição adiantada.

Acidente – incidente – achado incidental – achado acidental. Recomendável: achado incidental. Melhor dizer: Cisto renal pode ser achado incidental (e não acidental) num exame ecográfico abdominal. Opção: achado inadvertido. Muitos dicionários dão acidental e incidental como sinônimos, mas dão acidente e incidente com significados próprios diferentes, o que mostra incoerência. *Acidente* tem concepção de desastre, de grandes perdas ou de ferimentos graves, alguma ocorrência infeliz (Cegalla, 1996). Exs.: acidente de trânsito, acidente de arma de fogo, acidente de queda, acidente ofídico. *Incidente* significa acontecimento desagradável, mas de menor importância, que aparece no decorrer de um procedimento paralelo (Cegalla, ob. cit.), fato secundário que sobrevém no decurso de um fato principal (Larousse, 1992) equivale a circunstâncias casuais. Exs.: discussões inesperadas numa conferência; achados radiográficos inesperados; sangramento brusco que dificulta uma operação cirúrgica, perfuração uterina pela instalação de dispositivo intrauterino e análogos. É irregular dizer “descoberta de lesões incidentais”, quando se quer dizer *descoberta incidental de lesões*. Em lugar de

“lesão descoberta acidentalmente”, pode-se dizer: *lesão descoberta incidentalmente*. Também é questionável dizer: “O diagnóstico do tumor, numa radiografia de rotina, foi acidental (incidental)”. Em casos de dúvidas sobre como classificar adequadamente um fato, pode-se dizer evento. Ex.: evento vascular cerebral. Frequentemente, pode-se usar o termo substituto *não intencional*: injeção intravenosa não intencional. *Achado acidental* em lugar de *achado incidental* é expressão comum na linguagem médica, o que lhe dá legitimidade de uso. Alguns dicionários e outro tanto de usos na linguagem médica dão *incidental* como sinônimo de *acidental*. Contudo, em rigor, as conceituações supracitadas mostram que há diferenças. Para evitar desentendimentos, sobretudo em textos formais científicos, e se a qualidade de expressão for considerada, convém usar *incidente* e *acidente* conforme seus sentidos próprios acima relacionados.

Adrenalina – epinefrina. Ambos são constantes na linguagem médica. Adrenalina parece ser o nome de predileção nacional a julgar por sua frequência na literatura médica, como se pode verificar nas páginas de busca da *internet*. Adrenalina é designação inglesa da epinefrina, em que *Adrenalin* é nome *comercial* da epinefrina (Duncan, 1995; Taber, 2000), afirmação que também consta no Houaiss (2001), com acréscimo de que “no plano científico internacional, o vocábulo (epinefrina), substitui adrenalina, marca registrada”. *Adrenalin* é marca comercial registrada do Laboratório *Parke-Davis Company* de produto com epinefrina (Haubrich, 1977). Bons dicionários dão adrenalina com remissão para epinefrina ou apresentam verbete principal referente a esta, como o Dorland (1999), o Andrei (Duncan, ob. cit.), o Rey (2003), o Stedman (1996) e outros. Também se diz adnefrina, supra-renina. Além de glândula *adrenal* (que deu adrenalina) – supra-renal, epinefros e paranefros são nomes também usados para designar a glândula (Stedman, ob. cit.). De *epinefros* (do grego *epí*, sobre, em cima de, e *nephrós*, rim), procede epinefrina. Essa substância foi isolada por John J. Abel, professor da Johns Hopkins University e por Jokishi Takamine, consultor da *Parke-Davis*, independentemente e simultaneamente. O Prof. Abel deu-lhe o nome de *epinefrina* em 1899. O nome *adrenalina* foi cunhado por Dr. Takamine em 1901 (Haubrich, ob.cit.). Tendo em vista essas considerações,

embora por seu uso amplamente aceito na comunidade médica, adrenalina seja nome lídimo e de bom uso, convém usar epinefrina como nome preferencial em relatos científicos formais.

Advérbios estranhos. São neologismos correntios no jargão profissional que devem ser evitados em textos formais (Spector, 1997, p. 62). Em lugar de “paciente *serologicamente* positivo”, pode-se dizer: paciente com positividade sérica. Outros exemplos colhidos da literatura médica: “O diagnóstico foi feito *clínica e laboratorialmente*.”. “A dosagem foi feita *enzimaticamente*.”. “A peça foi examinada *histologicamente*.”. “Pacientes seguidos *ambulatorialmente*.”. “Investigar *molecularmente* a substância.”. “Lesões detectadas *mamograficamente*.”. “Avaliou-se a anomalia *fenotipicamente*”, “*hemodinamicamente* estável”, “operar *videotoracoscopicamente*”, “avaliar *ultrasonograficamente*”, “examinar o paciente *pré-operatoriamente*”, “tratar *operatoriamente*”, “amostras caracterizadas *isoenzimaticamente*”, “dreno colocado *transdiafragmaticamente*”, “lesões cutâneas pigmentadas *dermatoscopicamente* benignas”, “materiais sintéticos depositados *intra-luninalmente*”. Em seu livro Réplica, p. 55, Rui Barbosa comenta que “é muito da nossa língua evitar largos advérbios em *mente*, substituindo-os pelos adjetivos adverbialmente empregados: Fácil se vê, longo se discutiu, péssimo arrazoou.” (Torres, 1973, p. 211).

Afônico – disfônico. Afônico significa sem voz ou desentoado; do grego *phoné*, som, voz. Disfônico, voz alterada (rouquidão, por exemplo). Pessoa com voz rouca está *disfônica*, e não *afônica*. *Disfasia* é nomenclatura usada para se referir a distúrbios da *fala por lesão cerebral*; do grego *dys*, distúrbio, e *phasis*, fala. *Disfemia* é dificuldade de pronunciar palavras (de *phemi*, eu falo). Embora os dicionários tragam afonia como perda total ou parcial da voz, em rigor, a ausência da voz harmoniza-se mais com o significado de *a-*, prefixo de origem grega, que quer dizer *privação*. *Afonia vocal* pode ser denominação mais exata, uma vez que o paciente pode emitir som gutural em forma de sussurro sem voz.

Alternativas. Em rigor, significa opção entre duas coisas apenas. Embora aceitas por bons linguistas, muitos autores de nota, inclusive médicos, questionam expressões do tipo: “Há várias alternativas.”. “Procurar

outras alternativas.”. “Testes de cinco alternativas.”. Só há *uma* alternativa. Alternar significa mudar entre duas opções. Em latim, *alter* significa o outro, como em *alter ego* (o outro eu), por exemplo. Em razão da imperiosa Lei do Uso, o termo *alternativas* tem sido usado como sinônimo de opções e assim está registrado na última edição do *Aurélio* (2004). Apesar de não ser erro, configura desvio semântico desnecessário. Em lugar de alternativas, pode-se dizer, em dependência do contexto, *opções, escolhas, recursos, possibilidades, saídas, maneiras, meios, expedientes, formas, modos, artifícios, métodos, opções, condutas, diversificações, indicações, predileções, preferências, procedimentos, variações, variáveis, variantes* e similares

Alveolarização. Neologismo desnecessário. Têm ocorrido na linguagem médica lanços como “inibição do processo de alveolarização”, “alteração no período de alveolarização”, “A inflamação prejudica a alveolarização” e semelhantes. De alvéolo, pode-se formar *alveolizar* como se vê no *Houaiss* (2001) e *alveolização*, nome existente no VOLP (Academia, 1999) e na literatura médica. Alveolar é um adjetivo e seu derivado verbal – alveolarização é formação um tanto forçada, porquanto do nome básico alvéolo pode-se formar o verbo já dicionarizado e deste um substantivo que exprima formação de alvéolos, fato comum na linguagem. A passagem por um adjetivo (alveolar) é desnecessária e parece tecnicamente imperfeita no processo de formação vocabular. Notem-se as seguintes formações regulares: alveolado, alveolectomia, alveoliforme, alveolismo, alveólise, alveolite, alveolito, alveoloplastia, alveolizável em que na composição ajunta-se harmoniosamente a palavra básica *alvéolo* por meio de seu radical (*alveol-*) ou tema (*alveolo-*) com o sufixo adequado à significação do nome formado. Por essa óptica, alveolização é melhor nome que alveolarização e cujo uso é o recomendável nos relatos científicos e formais.

Ambu. Mais formalmente adequado é dizer *reanimador manual* ou *ventilador manual*, que consiste num balão de borracha e máscara com dispositivo valvular. Ambu é marca registrada (Dic. méd. enciclop. Taber, 2000) de produtos médico-hospitalares. Pode ser escrita, portanto, com maiúsculas ou inicial maiúscula (AMBUá ou Ambu). Pode ser sigla de *airway maintainance breathig unit*, como afirmam alguns

autores. Da empresa dinamarquesa Ambu International A/S, fundada pelo engenheiro alemão Holger Hesse em Copenhague. O reanimador manual foi inventado pelo anestesista dinamaquês Henning Ruben, sócio de Hesse, em 1953. Em 1956, o primeiro reanimador manual autoinflável, não-elétrico foi produzido pela companhia, que ainda o produz em muitas variedades de formas e tamanhos. *Ambusar* tem sido usado na linguagem oral: Paciente foi ambulado até chegar à UTI. É errônea a grafia *ambú*, já que só se acentua a letra *u* final tônica quando precedida de vogal e não formam ditongo: *jaú, teiú, lpiáú*. É discutível a expressão *ressuscitador manual*, uma vez que, em rigor, parada cardiorrespiratória não indica morte, e ressuscitar significa trazer um ser da morte à vida, voltar à vida. *Reanimador manual* é nomenclatura mais adequada. Em inglês: *bag-valve-mask ventilation (BVM)*. Se Ambu designa todo o aparelho de ventilação, deve-se evitar dizer “ambu com máscara”.

Amniótico – âmnico. De *âmnio* o adjetivo mais adequado seria *âmnico*, mais curto, mais expressivo, mas inexistente nos dicionários em geral, apesar das notificações de bons terminologista médicos como Ramiz Galvão (Galvão, 1909) e Pedro Pinto (Pinto, 1958). Mas está presente no VOLP (Voc. Ort..., 2004), o que autoriza seu uso oficialmente. Em inglês, há *amnic* e em francês há *amnique* ao lado de *amniotic* e *amniotique* respectivamente. Amniótico procede do termo francês correspondente (Houaiss, 2001). Em medicina, existem adjetivos como acidótico, alcalótico, hipnótico, mitótico, antibiótico, clorótico, estenótico, diagnóstico, nefrótico, neurótico, amaurótico, cianótico, cujo sufixo *-ótico* é dado como contração de *ose* com *ico* (Houaiss, 2001), o que não cabe a nomes como *âmnio*. A partícula *-tico* tem conexão com termos gregos com essa terminação *-tiko*, como *eksotikós* (exótico), *phonetikós* (fonético), *grammatikós* (gramático) e outros, o que dá a amniótico configuração vernácula. Contudo, existem usos de *âmnico* na linguagem médica, o que lhe dá legitimidade e até escolha de uso: *redução acentuada do fluido âmnico; índice de líquido âmnico; diminuição do volume âmnico; sistema âmnico; volume âmnico normal; citologia do líquido âmnico; estudo dos anticorpos anti-Rh no líquido âmnico*. Talvez seja um exemplo de boa influência do inglês *amnic*.

Anátomo-patológico.

Escreve-se

anatomopatológico, sem hífen, de acordo com a ortografia oficial, publicada no Vocabulário Ortográfico da Academia Brasileira de Letras (VOLP), que tem força de lei.

Ano-retal – anorretal – anorectal. No VOLP (Academia, 2004), todas as palavras com prefixo *ano* aparecem não-hifenizadas, incluindo-se anorretal e anorrectal. Anorectal é forma, não raramente, copiada do termo em inglês *anorectal*. Também se escrevem anoretoplastia, anoretomiotomia (não anoretomiotomia), anovestibular. Assim, a melhor forma é anorretal. É a única forma que está registrada em bons dicionários como o Aurélio, o Houaiss, o Michaelis e é a que está na ortografia oficial (Academia, ob. cit.). São bem poucos os adjetivos nos verbetes dos dicionários médicos, mas encontra-se anorretal no Stedman (1996). A tendência da ortografia oficial é de eliminação do hífen nos termos compostos, como ocorre no castelhano. Muitos lingüistas ensinam que se o termo existe na linguagem torna-se patrimônio do idioma. Desse modo, ano-retal e anorretal podem ser usados, já que existem na linguagem. Mas pode-se afirmar que a norma culta é um padrão disciplinado e mais adequado para usar em situações formais e na linguagem científica. Nesse caso, anorretal é a forma recomendável.

Antibiótico. Nome criticável. Do grego *anti*, contra, e *bios*, meios de vida (Haubrich, 1997), literalmente significa “contra a vida” e nada indica acerca da especificidade de seu uso, ao contrário de antimicrobiano, antibacteriano, antiviral, antifúngico, anti-helmíntico, antiparasitário, microbicida entre outros termos mais ajustados. Assim, sempre que possível, é recomendável usar *antimicrobiano* ou *agente antimicrobiano*, por serem denominações mais precisas.

Antropônimos (aportuguesamento de). Aportuguesar nomes estranhos ao nosso idioma, às vezes, traz usos não convencionais. Em registros hospitalares, são encontráveis nomes como *Allan Deron, Lindo Johnson, Ewler, Eric Dioson, Djohanes, Jhonathas, Makesoell, Higo, Djhenyfer Felix, Maikon Douglas, Maico Jakson, Maicon, Ingrid, Jonh, Jhorrany, Jhony, Rhuan, Ruan, Uóxito, Daivid, Junio Augusto Filho, Ketlen*, que merecem nosso respeito em grafia e pronúncia, mas parece recomendável que pediatras, clínicos, obstetras e outros profissionais que cuidam

de gestantes e de recém-nascidos incluam também em seus cuidados a orientação na escolha de nomes para as crianças. Não raramente, nomes próprios estrangeiros são escritos e pronunciados de modo irregular nos relatos médicos. É necessário sempre verificar, em fontes credíveis, a grafia e a pronúncia corretas. Em citações de vultos históricos nos informes científicos, convém padronizar as citações com o nome usual do citado com data de nascimento e morte. É bom evitar uso de um dos sobrenomes apenas na primeira referência. Podem ser pronunciados corretamente na própria língua estrangeira ou aportuguesados. Mas o aportuguesamento deve ser completo e não de uma parte da palavra. Em caso de hesitações, é aconselhável referir-se a “estes autores” em vez de pronunciar seus nomes erroneamente ou empregar aportuguesamentos cômicos. Infelizmente, não há uniformização dos critérios do aportuguesamento de nomes próprios de outros idiomas. A língua portuguesa carece de vários dos fonemas estrangeiros e, em geral, parece lógico aportuguesá-los conforme o que está escrito. Segue-se uma lista de nomes próprios estrangeiros para conferência: abaixamento de colo à Duhamel (de Bernard Duhamel, cirurgião francês, pronuncia-se *diamél*, não *durramel*); balão de Sengstaken-Blakemore (não, Sangstaken Blakemore); cateter de Tenckhoff; (não, Tenkoff ou Tenckof), célula de Niemann-Pick; célula de Reed-Sternberg (não Stenberg); cisto de Baker (não, Backer); dermatite herpetiforme de Dühring Brocq (não, During Brocq); doença de Crohn (não Chron ou Crhon); doença de Hirschsprung; doença de Menière; doença de Recklinghausen (não doença de Von ou Von Recklinghausen: von significa *de*, o que dá redundância em “de von”); dreno de Penrose (não, penrose, Pen Rose ou Pen-rose); dreno de Kehr (não, Kerh); esôfago de Barrett (não, Barret ou Baret; de Norma Barrett, médica inglesa); gastrostomia à Stamm (não Stam ou Stan); hérnia de Morgagni; incisão de Pfannenstiel; neobexiga ileal de Bricker (não, Briker); operação de Denis Browne; operação de Kasai (não, Kassai); operação de Lich-Gregoir; operação de Ombredanne (não, Ombredane); operação de Wertheim-Meigs; pinça de Halsted (não Halstead); piloroplastia de Heineke-Mikulicz; piloromiotomia extramucosa de Ramstedt-Fredet; posição (radiografia) de Daudet; posição (radiografia) de Wangensteen-Rice; posição de Trendelenburg (não Trendelemburg); síndrome de

Klippel-Trenaunay (pronuncia-se *clipél-trenoné*, por serem ambos franceses, ou *clípel-trenoné*, por Klippel ser nome germânico); sonda ou cateter uretral de Foley (não, Folley); técnica de Anderson-Hynes; técnica de Byars (não, Biers); técnica de Livadittis; técnica de Politano-Leadbetter; uretroplastia de Duckett. Não há unanimidade entre os estudiosos de linguagem quanto

à passagem de nomes próprios estrangeiros para a forma vernácula, mas parece ser de bom senso o respeito pelos nomes próprios de pessoas, nomes de família, em suas grafias e pronúncias originais. Por isso, dizemos: Nova York, Nova Jersey (melhores nomes que Nova Iorque, Nova Jérsei).

ABSTRACT

Good linguists say, with good reasons, that all existing forms in language belong to that language's heritage. Language is used for communication. Grammar rigor is a subject for the professionals of the literary world, it could never be adequate and accepted in more general terms. Doctors enjoy excellent general culture, usually acquired at school and university courses; we are, however, many times questioned for certain language uses, sometimes in embarrassing or awkward situations. Aiming to prevent these objections, among other things, this paper offers options of non-questionable uses, in an attempt to help people who have to write theses, dissertations, scientific articles, book texts and formal speeches.

Key words - Language; Communication; Academic dissertations.

REFERÊNCIAS

- 1 - Academia Brasileira de Letras. Vocabulário ortográfico da língua portuguesa (VOLP). 2.ª ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1998.
- 2 - Academia Brasileira de Letras. Vocabulário ortográfico da língua portuguesa (VOLP). 3.ª ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1999.
- 3 - Academia Brasileira de Letras. Vocabulário ortográfico da língua portuguesa (VOLP). 4.ª ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 2004.
- 4 - Academia das Ciências de Lisboa. Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa. Lisboa: Verbo; 2001.
- 5 - Almeida NM. Dicionário de questões vernáculas. 3.º ed. São Paulo: Ática; 1996.
- 6 - Amaral A. linguagem científica. São Paulo: [S.N.]; 1976.
- 7 - Aulete C, Garcia H, Nascentes A. Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Delta; 1980.
- 8 - Barbosa P. Dicionário de terminologia médica portuguesa. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1917.
- 9 - Barreto, M. Fatos da língua portuguesa. Coleção linguagem. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro; 1982.
- 10 - Basílio PA. Vícios da nossa linguagem médica. Rio de Janeiro: Typographia Leuzinger, 1904.
- 11 - Bechara E. Moderna gramática portuguesa. 37.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Lucerna; 1999.
- 12 - Bergo V. Erros e dúvidas de linguagem. 3.ª ed. São Paulo: Livraria Editora Freitas Bastos; 1942.
- 13 - Bier OG. Bacteriologia e imunologia. 13.ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 1966.
- 14 - Borba, FS. Dicionário UNESP do português contemporâneo. São Paulo: Editora Unesp; 2004.
- 15 - Bueno FS. Grande dicionário etimológico prosódico da língua portuguesa. São Paulo: Saraiva; 1963.
- 16 - Campbell RJ. Dicionário de psiquiatria. 1.ª ed. Brasileira. São Paulo: Martins Fontes; 1986
- 17 - Campos A. Glossário de incertezas, novidades, curiosidades da língua portuguesa, e também de atrocidades da nossa escrita actual. 2.ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand; 1938.
- 18 - Cardenal L. Dicionário terminológico de ciencias médicas. 6.ª ed. Barcelona: Salvat Editores; 1958.
- 19 - Castro SV. Anatomia fundamental. 3.ª ed. São Paulo: McGraw-Hill; 1985.
- 20 - Cegalla DP. Dicionário de dificuldades da língua portuguesa. 3.ª impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1996.
- 21 - Chambers dictionary of etymology. New York: Chambers Harrap Publishers; 2000.
- 22 - Churchill's medical dictionary. Estados Unidos: Churchill Livignstone Inc.; 1990.
- 23 - Cipro Neto P. Nossa língua curiosa. São Paulo: Publifolha; 2003.
- 24 - Costa AFG. Guia para elaboração de relatórios de pesquisa - monografias, 2.ª ed. Rio de Janeiro: Unitec; 1998.
- 25 - Coutinho A C. Dicionário enciclopédico de medicina. 3.ª ed. Lisboa: Argo; 1977.
- 26 - Coutinho IL. Gramática histórica. 5.ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Acadêmica; 1962.
- 27 - Cunha AG. Dicionário etimológico. 1.ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1982.
- 28 - Cunha C, Cintra L. Nova gramática do português contemporâneo. 2.ª ed. 36.ª impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1998.

- 29 - Garnier M, Delamare J, Delamare V, Delamare T. Dicionário Andrei de termos de medicina. 2.^a ed. bras. São Paulo: Organização Andrei Editora; 2002.
- 30 - D'Albuquerque AT. Gallicismos. Rio de Janeiro: Minerva; [19—].
- 31 - Di Dio LJ. Tratado de anatomia aplicada. 2 volumes. 1.^a ed. São Paulo: Póluss Editorial; 1999. p. 632. (OBS:Deletar a página)
- 32 - Duncan HA. Dicionário Andrei para enfermeiros e outros profissionais de saúde. Tradução brasileira. 2.^a ed. São Paulo: Andrei; 1995.
- 33 - Faria E. Novo dicionário da língua portuguesa. Lisboa: Typographia Lisbonense; 1849.
- 34 - Faraco EF, Moura MM. Gramática, fonética e fonologia, morfologia, sintaxe, estilística. 10.^a ed. São Paulo: Ática; 1992.
- 35 - Fernandes F. Dicionário de verbos e regimes. 37.^a ed. São Paulo: Globo; 1990.
- 36 - Ferreira, A G. Dicionário de latim-português. Porto (Portugal): Porto; 1996.
- 37 - Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
- 38 - Ferreira ABH, Ferreira MB, Anjos M. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3.^a ed. atualizada. Curitiba: Ed. Positivo; 2004.
- 39 - Figueiredo C. Vícios da linguagem médica. 2.^a ed. Lisboa: Livraria Clássica; 1922.
- 40 - Folha de São Paulo. Manual da redação. São Paulo: Publifolha; 2001.
- 41 - Fortes H, Pacheco G. Dicionário médico. Rio de Janeiro: Editor Fábio Mello; 1968.
- 42 - Galvão R. Vocabulário etimológico, orthographico e prosódico. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1909.
- 43 - Garnier M, Delamare J. Dicionário Andrei de termos de medicina. 2.^a ed. tradução da 26.^a ed. Francesa de Dictionnaire des termes de médecine. Paris; 2000. Sampaio AA, tradutor. São Paulo: Organização Editora Andrei; 2002.
- 44 - Góes C. Dicionário de affixos e desinencias. Belo Horizonte: Livraria Francisco Alves; 1930.
- 45 - Gonçalves MA. Dicionário de dificuldades da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Livraria H. Antunes; [19—].
- 46 - Haubrich WS. Medical meanings, a glossary of word origins, Indiana. USA: R. R. Donnelley; 1997.
- 47 - Hoerr NL, Osol A. Dicionário médico ilustrado Blakiston. Pessoa R, tradutor. São Paulo: Andrei; 1973.
- 48 - Houaiss A. Dicionário houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- 49 - Jota ZS. Glossário de dificuldades sintáticas. 3.^a ed. 2 vols. Coleção Domine seu Idioma. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1967.
- 50 - Korolkovas A. Dicionário terapêutico guanabara ed. 2000/2001. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- 51 - Lacerda JMAAC. Dicionario encyclopedico. 5.^a ed. Lisboa (Portugal): Francisco Arthur da Silva; 1878.
- 52 - Larousse Cultural. Dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Nova Cultural; 1992
- 53 - Ledur PF, Sampaio P. Os pecados da língua (quatro volumes). Porto Alegre: AGE Editora; 1999.
- 54 - Littré E. Dictionnaire de médecine. 16.^a ed. Paris: Librairie J.-B. Bailliére et Fils; 1886.
- 55 - Louro JI. O Grego aplicado à linguagem científica. Porto: Educação Nacional; 1940.
- 56 - Luiz AF. Dicionário de expressões latinas. 2.^a ed. Atlas: São Paulo; 2002.
- 57 - Luft CP. Grande manual de ortografia Globo. 4.^a ed. São Paulo: Globo; 1989.
- 58 - Machado Filho, Aires M. Coleção Escrever Certo. 2.^a ed. 6v. São Paulo: Boa leitura; 1966.
- 59 - Machado JP. Dicionário etimológico da língua portuguesa. 3.^a ed. Lisboa (Portugal): Livros Horizonte; 1977.
- 60 - Maksoud Filho JG. Cirurgia pediátrica. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
- 61 - Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M. Dicionário médico. Tradução portuguesa. 9.^a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- 62 - Marcondes E. Pediatria básica. 8.^a ed. São Paulo: Sarvier; 1994.
- 63 - Margarido NF, Tolosa EM. Técnica cirúrgica prática. São Paulo: Atheneu; 2001, p. 155.
- 64 - Martins Filho EL. Manual de redação e estilo. 3.^a ed. São Paulo: Moderna; 1997.
- 65 - Medeiros JB, Gobbes A. Dicionário de erros correntes da língua portuguesa. 3.^a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
- 66 - Melo P. Linguagem médica. São Paulo; 1943.
- 67 - Murahovschi J. Pediatria diagnóstico +tratamento. São Paulo: Savier; 1979.
- 68 - Nogueira, Rodrigo de Sá. Dicionário de erros e problemas de linguagem. 4.^a ed. Lisboa: Classica; 1995.
- 69 - Novo Michaelis: dicionário Ilustrado Inglês-Português. 10.^a ed. São Paulo: Melhoramentos; 1971.
- 70 - Oliveira J. Medicina e gramática. Rio de Janeiro: [S.N.]; 1949.
- 71 - Onions CT, Friedrichsen GWS, Burchfield RW. The dictionary oxford of english etymology. Oxford: Oxford University press; [19—].
- 72 - Paciornik R. Dicionário médico. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1975.
- 73 - Pearsall J, Hanks P. The new oxford dictionary of English. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- 74 - Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- 75 - Pinto PA. Dicionário de termos médicos. 7.^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Científica; 1958.
- 76 - Pinto PA. Dicionário de termos médicos. 8.^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Científica; 1962.
- 77 - Pinto PA. Linguagem médica e digressões vocabulares. Rio de Janeiro: Jacynto Ribeiro dos Santos Editor; 1931.

- 78 - Porter R. *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present.* Londres: Fontana Press; 1997. p. 362.
- 79 - Ramos WO. Não morda a língua. 3.ª ed. Aracaju: Sercore; 2001.
- 80 - Rangel M. Arte e técnica da enfermagem. 2.ª ed. Rio de Janeiro; 1956.
- 81 - Rapoport AM. Mestrado e doutorado na área de saúde. São Paulo: Pancast; 1997.
- 82 - Rey L. Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- 83 - Rezende JM. Linguagem médica. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 1992.
- 84 - Rezende JM. Linguagem médica. 2.ª ed. Goiânia: UFG; 1998.
- 85 - Rickham P, Soper R, Stauffer U. Cirurgia pediátrica. 2.ª ed. Bras. Azevedo MF, Pinho PLV, Ribeiro M, tradutores. Rio de Janeiro: Revinter; 1989.
- 86 - Roquete JI, Fonseca J. Dicionário da língua portuguesa de José da Fonseca. Paris: Aillaud; [19—].
- 87 - Sacconi LA. Dicionário de dúvidas, dificuldades e curiosidades da língua portuguesa. São Paulo: Ed. Habra; 2005.
- 88 - Sacconi LA. Não confunda. Ribeirão Preto (SP): Nossa Editora; 1990.
- 89 - Sacconi LA. Não erre mais. 4.ª ed. São Paulo: Moderna; 1979.
- 90 - Sacconi LA. Não erre mais. 28.ª ed. São Paulo: Ed. Habra; 2005.
- 91 - Santos AS. Dicionário de anglicismos e de palavras inglesas correntes em português. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
- 92 - Schopenhauer A. A arte de escrever. Porto Alegre: L&PM Pocket; 2005.
- 93 - SELL, Lewis L. English-portuguese comprehensive technical dictionary. ed. Bras. São Paulo: McGraw-Hill; [19—].
- 94 - Silva, Antonio de Moraes. Dicionário da Língua portuguesa. Lisboa (Portugal): Typographia Lacérdina; 1813.
- 95 - Silva SND. O Português do dia-a-dia. Rio de Janeiro: Rocco; 2004
- 96 - Sociedade Brasileira de Anatomia. Terminologia anatômica. 1.ª ed. Bras., São Paulo: Manole; 2001.
- 97 - Souza-Dias CR. A redação do trabalho científico. São Paulo: Departamento de Oftalmologia da Santa Casa; 2001.
- 98 - Sousa CAM. Dicionário de pesquisa clínica. Salvador: Artes Gráficas SA; 1995.
- 99 - Spector N. Manual para a redação de teses, dissertações e projetos de pesquisa. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- 100 - Stedman TL. Dicionário médico. 25.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- 101 - Taber. Dicionário médico enciclopédico taber. 17.ª ed. São Paulo: Manole; 2000.
- 102 - The New Oxford Dictionary Of English, Oxford University Press. New York: Oxford University press; 1998.
- 103 - Torres AA. Moderna gramática expositiva da língua portuguesa. 24.ª ed. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1973.
- 104 - Torrinha, F. Dicionário latino português. 3.ª ed. Porto: Gráficos Reunidos; 1986.
- 105 - Tufano D. Michaelis português fácil. São Paulo: Melhoramentos; 2003.
- 106 - Victoria LAP. Dicionário de dificuldades, erros e definições de português. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Pongetti; 1956.
- 107 - Victoria LAP. Dicionário de dificuldades, erros e definições de português. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti; 1959.
- 108 - Victoria LAP. Dicionário da origem e da evolução das palavras. 5.ª ed. Rio de Janeiro: Científica; 1966.
- 109 - Webster N. Unabridged dictionary. 2.ª ed. Estados Unidos da América: Dorset & Baber; 1979.
- 110 - LE PETIT ROBERT Grand Format. Dictionnaire de la Langue Française. Paris: Dictionnaires Le Robert; 1996.

Recebido em: 1/7/2008

Aprovado em: 23/8/2008

Fonte de financiamento: nenhuma

Conflito de interesse: nenhum

Endereço para correspondência:

Simonides Bacelar

SQN 308 - Bloco F - Ap 503

70747-050 Brasília - DF

(61) 3340-3410

simonides@uol.com.br

Nota do Editor

Nos próximos números da Revista do Médico Residente, publicaremos outras expressões médicas, por ordem alfabética, numa sessão especial.

AVULSÃO DE VEIA RENAL ESQUERDA EM TRAUMA ABDOMINAL FECHADO*Left renal vein avulsion in blunt abdominal trauma*

Ana Cristina Isa¹
Pâmela Conceição Figueiredo¹
Carla Martinez Menini Stalhschmidt²
Rosana Hapsi Isa³
Luiz Carlos Von Bahten⁴

RESUMO

No trauma abdominal contuso, a avulsão da veia renal esquerda pode ser fatal. Em mais de 60% dos casos estão presentes lesões associadas, incluindo instabilidade do anel pélvico, o que ocasiona em uma difícil questão: fixação pélvica ou laparotomia exploradora como primeira conduta? Nós apresentamos esse relato de caso com o objetivo de discutir não apenas a abordagem, mas também a melhor conduta terapêutica para aumentar a taxa de sobrevivência.

Descritores: Avulsão da veia renal; Trauma abdominal.

INTRODUÇÃO

Reconhecida como sendo um dos problemas de saúde do mundo moderno, a doença trauma caracteriza-se por uma série de peculiaridades que podem transformá-la em um desafio diagnóstico e tratamento.

As lesões viscerais traumáticas podem ser complexas e provocar profunda agressão à homeostase.

O trauma fechado é o principal responsável por lesões renais, atingindo mais comumente o parênquima e raramente o pedículo renal. Relatamos o caso de um paciente vítima de trauma contuso, com avulsão de veia renal esquerda e múltiplas lesões associadas.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 73 anos, vítima de atropelamento por caminhão. Na admissão encontrava-se em choque grau III, apresentando pelve instável, fratura de fêmur esquerdo e sangue no meato uretral. Foi iniciada reposição volêmica na sala de emergência, sendo infundidos 3.000 ml SF, 3.000 ml SG e 3 U de concentrado de hemácias,

não sendo obtida estabilidade hemodinâmica. Devido ao quadro, não foram realizados exames de imagem para avaliar lesões intra-abdominais. O paciente foi encaminhado ao Centro Cirúrgico e submetido primariamente à fixação da pelve pela ortopedia, na sequência, realizada laparotomia exploradora.

No intra-operatório, havia grande quantidade de sangue na cavidade (aproximadamente 3.000 ml), hematoma de retroperitônio abrangendo zonas I, II e III, lesão da veia renal esquerda em sua junção com a veia cava inferior, lesão grau II hepática e avulsão de mesentério com descolamento do mesocólon ascendente. Optou-se por damage control; realizada nefrectomia esquerda, sutura da veia cava e deixadas 10 compressas na cavidade. Realizada cistostomia devido à lesão de uretra. Foram infundidas 8U de concentrado de hemácias, 6U de plasma fresco, 6U de crioprecipitados e 6U de plaquetas.

O paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória, tendo o óbito ocorrido 3 horas após o procedimento.

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU – PUCPR

- 1 - Médicas residentes em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Cajuru. Membro Aspirante do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.
- 2 - Cirurgiã do Serviço de Cirurgia Geral – Trauma do Hospital Universitário Cajuru, Curitiba – PR; Instrutora do ATLS.
- 3 - Acadêmica de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- 4 - Professor Titular de Clínica Cirúrgica PUCPR. Professor Adjunto Departamento de Cirurgia UFPR. Coordenador da Pós – Graduação em Clínica Cirúrgica PUCPR. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral Hospital Universitário Cajuru. TCBC.

DISCUSSÃO

A etiologia do trauma renal é classificada de acordo com o mecanismo de lesão: fechado ou penetrante. Em 80-90% das lesões renais o mecanismo é fechado, geralmente em quedas e acidentes automobilísticos¹. A desaceleração rápida que ocorre é responsável por lesar o rim em seus pontos fixos, o pedículo vascular e a junção ureteropélvica². Nesses casos, há grande dissipação de energia, responsável por outras lesões concomitantes em 90% dos casos, como fratura de pelve, extremidades ou outras lesões intra-abdominais^{3, 4}.

Lesões da artéria e veia renais principais são incomuns, porém responsáveis por sangramento importante e eventualmente letal. Mais da metade dos pacientes com lesão renovascular apresenta-se em choque, com uma taxa de mortalidade entre 10-50%^{1, 5}.

Analisando 94 pacientes e 96 lesões renovasculares, Turner et al observaram que em 95% dos casos há lesão associada. Lesão isolada da veia renal foi encontrada em 45 pacientes, destes, 28 (62%) foram submetidos a reparo (venorrafia lateral), 2 (4%) à ligadura da veia renal, 13 (29%) à nefrectomia e 2 (4%) à observação. Em 51% desses pacientes observou-se rim funcional no pós-operatório. O prognóstico das lesões arteriais submetidas à reparo foi pior, devido à isquemia quente à qual foi submetido o rim⁶.

Em revisão de literatura, Tezval et al concluíram que as lesões grau V (Tabela 1) apresentam péssimo prognóstico para a função renal se tentado reparo da lesão, apesar de as lesões venosas terem mostrado melhor resultado que as arteriais⁴.

Baseados em dados semelhantes obtidos em revisão ampla de literatura, Santucci et al propuseram em 2005 um algoritmo para tratamento de lesões renovasculares. Nos casos de avulsão de veia renal, em paciente com dois rins, a primeira opção é a nefrectomia imediata, sem tentativa de reparo da lesão⁷. Tal conduta diminui o tempo cirúrgico e permite, assim, minimizar as consequências de um procedimento cirúrgico muito prolongado em um paciente politraumatizado.

O sangramento vultoso que ocorre em lesões renovasculares sugere que a laparotomia deva ser a primeira conduta no manejo desses pacientes. Deve-se lembrar que há alta frequência (95%) de lesões associadas e que isso demanda outros procedimentos. Em muitos casos uma lesão grau V acompanha-se de

instabilidade pélvica.

Analisando casos de lesões abdominais associadas à fratura de pelve, Parreira et al⁸ observaram que a maioria destas fraturas é leve e que o prognóstico está mais relacionado às lesões associadas que à própria fratura. A mortalidade nesses pacientes ocorre em 30% dos casos devido à hemorragia, a qual é secundária em 66% das vezes a lesões intra-abdominais. Os autores concluíram que o sangramento da pelve é responsável por uma pequena porcentagem dos óbitos nesses pacientes, e propõem que na presença de instabilidade hemodinâmica a prioridade seja de avaliação de foco hemorrágico abdominal por LPD ou FAST, seguida de laparotomia exploradora, fixação externa da fratura e angiografia se necessário. Sugerem, ainda, que a princípio algum método inerte de fixação da fratura seja empregado.

TABELA 1 CLASSIFICAÇÃO DE TRAUMATISMOS RENAI DA AAST (American Association for Surgery of Trauma)

GRAU I:	Contusão ou hematoma subcapsular não expansivo. Sem laceração parenquimatosa.
GRAU II:	Hematoma perirrenal não expansivo. Laceração do cortex renal com profundidade inferior a 1 cm. Sem extravasamento urinário.
GRAU III:	Laceração parenquimatosa superior a 1 cm (estende-se até à medula renal). Sem rotura do sistema coletor ou extravasamento urinário
GRAU IV:	Laceração atinge cortex, medula e sistema coletor. Lesão da artéria ou veia renal segmentares, com hemorragia contida.
GRAU V:	Várias lacerações de grau 4. Rim completamente fragmentado. Avulsão do pedículo com desvascularização renal.

CONCLUSÃO

Apesar de rara, a avulsão da veia renal existe e pode ser causa importante de lesão renal e choque hipovolêmico em pacientes vítimas de trauma abdominal contuso, principalmente quando associados à trauma de pelve.

O seu conhecimento é importante por parte de todos os médicos, principalmente nos que trabalham em serviço de emergência, visto ser o trauma a principal doença da modernidade.

ABSTRACT

Left renal vein avulsion is a potentially fatal consequence of blunt abdominal trauma. Associated lesions are present in more than 60% of cases, including pelvic ring instability, which relates to a difficult question: pelvic fixation or laparotomy and retroperitoneal approach as first surgical measure? We present this case report in order to discuss not only this approach but also therapeutic measures to optimize survival rates.

Key words: Renal veins; Abdominal injuries.

REFERÊNCIAS

- 1 - Meng MV, Brandes SB, McAninch JW. Renal trauma: indications and techniques for surgical exploration. *World J Urol.* 1999 Apr;17(2):71-7. Review.
- 2 - Santucci RA, Wessells H, Bartsch G, Descotes J, Heyns CF, McAninch JW, et al. Evaluation and management of renal injuries: consensus statement of the renal trauma subcommittee. *BJU Int.* 2004 May;93(7):937-54.
- 3 - Tezval H, Tezval M, von Klot C, Herrmann TR, Dresing K, Jonas U, et al. Urinary tract injuries in patients with multiple trauma. *World J Urol.* 2007 Apr;25(2):177-84. Epub 2007 Mar 10.
- 4 - Knudson MM, Harrison PB, Hoyt DB, Shatz DV, Zietlow SP, Bergstein JM, et al. Outcome after major renovascular injuries: a western trauma association multicenter report. *J Trauma.* 2000 Dec;49(6):1116-22.
- 5 - Santucci RA, McAninch JM. Grade IV renal injuries: evaluation, treatment and outcome. *World J Surg.* 2001 Dec;25(12):1565-72.
- 6 - Turner WW Jr, Snyder WH 3rd, Fry WJ. Mortality and renal salvage after renovascular trauma. A review of 94 patients treated in a 20 year period. *Am J Surg.* 1983 Dec;146(6):848-51.
- 7 - Santucci RA, Fischer MB. The literature increasingly supports expectant (conservative) management of renal trauma – a systematic review. *J Trauma.* 2005 Aug;59(2):493-503. Review.
- 8 - Parreira JG, Haddad L, Rasslan S. Lesões abdominais nos traumatizados com fraturas de bacia. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2002 Maio/Jun;29(3):153-160.

Recebido em: 30/12/2008

Aprovado em: 4/02/2009

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Ana Cristina Isa

Avenida República Argentina, 3292, apto. 04 –
Portão

80610-260 – Curitiba – PR.

(41) 3345-1739/ 9166-4276

E-mail: icrisana@yahoo.com.br



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

CARCINOMA RENAL PAPILAR EM RIM NATIVO PÓS TRANSPLANTE RENAL. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA*Renal Carcinoma papillary in native kidney post renal transplant. Case report and literature review***Luis Alberto Batista Peres¹****Sérgio Luiz Bader²****Everaldo Roberto de Araújo Junior³****Alexandre Galvão Bueno⁴****RESUMO**

Receptores de transplante renal apresentam aumento no risco de desenvolvimento de malignidades se comparados com a população geral. A principal complicação associada com a imunossupressão após longo prazo é o aparecimento de lesões malignas. Um paciente masculino de 42 anos, branco, apresentou glomerulonefrite crônica evoluindo para estágio final de doença renal crônica. Foi tratado com hemodiálise por quatro meses quando foi submetido a transplante renal com doador vivo relacionado 13 anos atrás. A imunossupressão usada inicialmente foi ciclosporina, azatioprina e prednisona sendo que atualmente está em uso de micofenolato mofetil e prednisona. Durante exame ultrassonográfico de rotina, encontramos massa de 2,6cm de diâmetro no rim nativo direito. Tratado com nefrectomia via videolaparoscópica. O estudo anatomopatológico evidenciou diagnóstico histológico de carcinoma renal papilar. Relatamos um carcinoma papilar renal em rim nativo diagnosticado incidentalmente.

Descritores: Carcinoma de Células Renais; Transplante de Rim.**INTRODUÇÃO**

O transplante renal evoluiu tecnicamente e com o advento de novas drogas imunossupressoras a sobrevida do enxerto a curto prazo melhorou consideravelmente nos últimos anos. Complicações a longo prazo incluem as malignidades, que podem limitar a sobrevida do enxerto e do paciente¹. A incidência de câncer em receptores de transplante renal varia na literatura de 2,3 a 31%. O risco de malignidades de novo no pós-transplante apresenta um risco relativo 3 a 5 vezes maior que o da população geral². A incidência de malignidades tem sido estimada em 20% após 10 anos de imunossupressão crônica³. Sítio em rim nativo apresenta um aumento na incidência de 13 vezes em relação à população geral⁴.

Com as modificações nos esquemas imunossupressores, devido a disponibilidade de novas drogas, é possível individualizar a imunossupressão de acordo com os fatores de risco de cada paciente. Redução na incidência de malignidades tem sido observada com o uso de sirolimus⁵.

Cânceres de pele são os mais comuns, geralmente não sendo fatais, enquanto os de órgãos sólidos são mais raros, porém apresentam pior prognóstico⁶. Outras malignidades encontradas são as desordens linfoproliferativas, sarcoma de Kaposi, câncer uterino, carcinoma renal de rim nativo, câncer de mama, estômago, pâncreas e bexiga, dentre outros⁷.

Relatamos a seguir um caso de carcinoma de células renais do tipo papilar em rim nativo diagnosticado 13 anos após o transplante renal.

RELATO DO CASO

Homem branco, 45 anos, admitido no serviço de Nefrologia em maio de 1994, com história de edema, hipertensão e aumento de creatinina. Realizado biópsia renal em junho de 1994, onde foi constatada glomerulonefrite crônica. Começou hemodiálise em novembro de 1994, permanecendo por quatro meses, sendo submetido a transplante

TRABALHO REALIZADO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE

1 - Professor Adjunto da disciplina de Nefrologia da UNIOESTE

2 - Professor Assistente da disciplina de Urologia da UNIOESTE

3 - Acadêmico do Curso de Medicina da UNIOESTE

4 – Patologista do ANATOM- Laboratório de Anatomia Patológica.

renal com doador vivo haploidêntico. Imunossuprimido com ciclosporina, azatioprina e prednisona por 18 meses. Quatro anos após, foi retirada a azatioprina devido à hepatotoxicidade, permanecendo com ciclosporina e prednisona por mais dois anos, sendo a ciclosporina substituída por micofenolato mofetil devido a nefrotoxicidade por ciclosporina. Após a suspensão da ciclosporina a creatinina que havia chegado a 1,80 mg/dL, caiu para 1,25, mantendo-se estável até o momento. Apresentou hematúria microscópica persistente desde o início do transplante. Foram realizadas ultrassonografias renais de controle anualmente. Em abril de 2008, após investigação de rotina, foi encontrada massa com conteúdo denso e heterogêneo, medindo 2,6cm de diâmetro em ultrassonografia de abdome superior em rim direito nativo e rim transplantado normal. Realizada tomografia computadorizada helicoidal "multislice" 64 cortes, de abdome total, demonstrado rins primitivos atroficos bilateralmente e foi confirmada imagem nodular, sólida, com coeficiente de atenuação de partes moles, contornos regulares, medindo 2,7cm de diâmetro médio, com moderado realce de padrão heterogêneo pelo meio de contraste, localizada em parênquima da face anterior do polo superior do rim

direito (Figura 1). Foi realizada nefrectomia do rim primitivo direito por videolaparoscopia em maio de 2008. O anatomopatológico revelou neoplasia composta por estruturas papilares complexas, justapostas, revestidas por células cúbicas arredondadas, com núcleos arredondados, pleomórficos e carioteca irregular, citoplasma acidófilo e finamente granular compatível com o diagnóstico de carcinoma de células renais do tipo papilar (Figura 2).

DISCUSSÃO

Relatamos um caso de carcinoma renal cromófilo em rim nativo 13 anos após o transplante renal em paciente do sexo masculino diagnosticado incidentalmente em ultrassonografia de rotina.

O risco de desenvolvimento de neoplasias malignas em receptores de transplante é aproximadamente 100 vezes maior que o da população geral⁸. Malignidades após o transplante renal são complicações relativamente frequentes a longo prazo. É possível que óbitos causados por malignidades superem a causa cardiovascular 10 a 20 anos após o transplante⁹. A incidência de tumores malignos em receptores de enxertos renais após 10 anos do transplante pode chegar a 20%, sendo 10 vezes

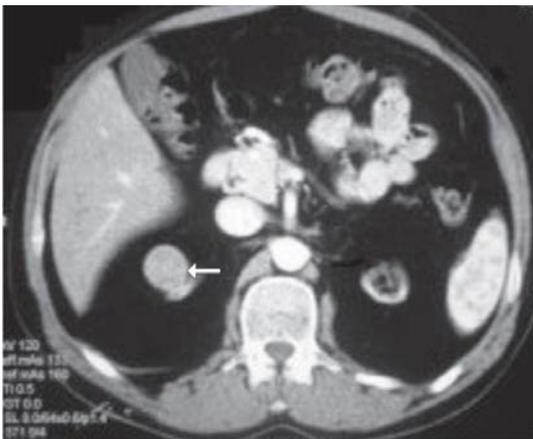


FIGURA 1: Tomografia computadorizada helicoidal multislice 64 cortes, de abdome total, demonstra rins primitivos atroficos bilateralmente e imagem nodular, sólida, com coeficiente de atenuação de partes moles, contornos regulares, medindo 2,7cm de diâmetro médio, com moderado realce de padrão heterogêneo pelo meio de contraste, localizada em parênquima da face anterior do polo superior do rim direito (seta).

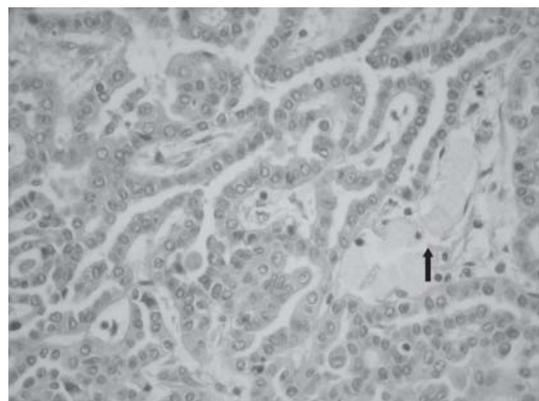


FIGURA 2: Hematoxilina-eosina: aumento de 400 vezes. Papilas com centros vascularizados recobertos por fileira única de células neoplásicas. Presença de papilas preenchidas por macrófagos xantomizados característicos do carcinoma papilar renal (seta).

superior à da população geral¹⁰.

Stefoni e colaboradores⁷, em uma série de 1137 receptores de transplante renal, observaram 3,9% de malignidades, sendo que dentre elas 9,6% foram causadas por carcinoma renal de rim nativo. Em nossa experiência com 260 transplantes renais realizados, observamos malignidades em 5% dos receptores, sendo a pele o sítio mais frequentemente acometido com nove pacientes (2,7%), e o rim com dois pacientes (0,8%), sendo um caso em enxerto renal, publicado previamente¹¹ e um caso em rim nativo, aqui descrito.

Shaaban e colaboradores¹² revisaram a incidência de malignidades em 792 receptores de transplante renal, onde foram diagnosticados 56 casos em 54 pacientes, com uma incidência de 6,8%, não sendo observado nenhum caso em rim nativo.

Ilanhez e colaboradores¹³ revisaram 1.375 transplantes renais, que apresentavam rim funcionante por mais de um ano, sendo observados 11 casos de tumores renais em 10 pacientes, com 90% deles no rim nativo e 10% no enxerto. Todos os tumores em rins nativos foram diagnosticados incidentalmente. Quanto ao tipo histológico, seis foram carcinomas de células claras, quatro papilares e um cromóforo.

Moudouni e colaboradores¹⁴ descreveram uma série de 373 pacientes examinados, sendo encontrados 12 tumores em rim nativo em 10 indivíduos. A média de idade do transplante e de diagnóstico do tumor renal foram respectivamente de 33 e 45,8 anos. A maioria das malignidades foi descoberta incidentalmente. O tamanho médio dos tumores foi de aproximadamente 21mm. Nefrectomia foi realizada em todos os casos. Dentre os 12 tumores renais malignos, foram identificados cinco carcinomas de células claras e sete carcinomas papilares. A metade de todos os

tumores era lesões Furhman classe III, e pT1aN0M0. A maioria (80%) não teve evidências de metástases no seguimento. Em nosso caso, identificamos a presença de estadiamento patológico pT1a N2 Mx.

Em outra série de 933 pacientes receptores de transplante renal, 12 malignidades em rim nativo foram observadas em 11 indivíduos. A média de idade no momento do transplante foi de 42,5 anos e do diagnóstico do tumor foi de 49,1 anos. O diagnóstico foi incidental em 10 casos. A média de tamanho do tumor foi de 37mm. Nefrectomia foi realizada em 10 casos. Quanto ao tipo histológico, o papilar foi encontrado em três (25%). Metade dos tumores era Furhman grau III e pT1aN0M0. Após um seguimento médio de 39 meses a sobrevida dos pacientes foi de 82%¹⁵.

Os tumores renais malignos são mais agressivos no transplantado do que na população geral e na população em diálise, principalmente devido à imunossupressão. Hoshida e colaboradores¹⁶ relataram que a ciclosporina promove o crescimento do tumor. Numa série de 1.754 transplantes renais, malignidades ocorreram em 2,6% dos casos, sendo que o tempo médio de intervalo entre o início da imunossupressão e o diagnóstico do tumor foi menor nos pacientes em uso de ciclosporina (42,5 x 95,5 meses).

CONCLUSÃO

Reportamos um caso de carcinoma papilar renal em rim nativo diagnosticado incidentalmente 13 anos após o transplante renal. Salientamos a importância de exame ecográfico de rotina anualmente para rastreamento de tumores renais no enxerto ou nos rins nativos. O diagnóstico precoce é de fundamental importância no prognóstico desses pacientes.

ABSTRACT

Renal transplant recipients have increased risk of malignancy. The major complication associated with immunosuppression in the long term is the appearance of malignant lesions. A 42-year-old white male who had chronic glomerulonephritis developed end-stage renal disease. Treated with hemodialysis during four months, he was transplanted from related living donor thirteen years ago. Immunosuppression used initially was cyclosporin, azathioprine and prednisone and actually is mycophenolate mofetil and prednisone. During ultrasound we noticed mass of 2.6 cm diameter in right native kidney. Treated with nephrectomy through video-laparoscopic. In histopathological study, papillary renal carcinoma was found. We report a papillary renal carcinoma of native kidney diagnosed accidentally.

Key words: Carcinoma, Renal Cell; Kidney Transplantation.

REFERÊNCIAS

- 1 - Briggs JD. Causes of death after renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant*. 2001 Aug;16(8):1545-9.
- 2 - Andres A. Cancer incidence after immunosuppressive treatment following kidney transplantation. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2005 Oct;56(1):71-85.
- 3 - Kapoor A. Malignancy in kidney transplant recipients. *Drugs*. 2008;68 Suppl 1:11-9.
- 4 - Kessler M, Jay N, Molle R, Guillemim F. Excess risk of cancer in renal transplant patients. *Transpl Int*. 2006 Nov;19(11):908-14.
- 5 - Kauffman HM, Cherikn WS, McBride MA, Cheng Y, Hanto DW. Post-transplant de novo malignancies in renal transplant recipients: the past and present. *Transpl Int*. 2006 Aug;19(8):607-20.
- 6 - Winkelhorst JT, Brokelman WJ, Tiggeler RG, Wobbles T. Incidence and clinical course of de novo malignancies in renal allograft recipients. *Eur J Surg Oncol*. 2001 Jun;27(4):409-13.
- 7 - Stefoni S, Scolari MP, Sestigiani E, Faenza A, Campieri C, Buscaroli, et al. [Renal transplantation and malignancies: A single-centre experience (25 years)]. *G Ital Nefrol*. 2002 Nov-Dec;19(6):650-7.
- 8 - Penn I. Malignancy in renal transplant recipients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 1996 Jan-Mar;7(1):1-5.
- 9 - Dantal J, Pohanka E. Malignancies in renal transplantation: an unmet medical need. *Nephrol Dial Transplant*. 2007 May;22 Suppl 1:i4-10.
- 10 - Penn I. Primary kidney tumors before and after renal transplantation. *Transplantation*. 1995 Feb 27;59(4):480-5.
- 11 - Peres LAB, Bader DAL, Bader SL, Bueno AG, Ferreira JRL. Carcinoma de células renais em rim transplantado. Relato de caso. *J Bras Nefrol*. 2006 mar;28(1):44-46.
- 12 - Shaaban AA. Incidence and types of malignant tumors in renal transplant recipients: a single center experience. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 1998 Apr-Jun;9(2):105-09.
- 13 - Ianhez LE, Lucon M, Nahas WC, Sabbaga E, Saldanha LB, Lucon AM, et al. Renal cell carcinoma in renal transplant patients. *Urology*. 2007 Mar;69(3):462-4.
- 14 - Moudouni SM, Lakmichi A, Tligui M, Rafii A, Tchala K, Haab F et al. Renal cell carcinoma of native kidney in renal transplant recipients. *BJU Int*. 2006 Aug;98(2):298-302
- 15 - Neuzillet Y, Lay F, Luccioni A, Daniel L, Berland Y, Coulange C et al. De novo renal cell carcinoma of native kidney in renal transplant recipients. *Cancer*. 2005 Jan;15;103(2):251-7.
- 16 - Hoshida Y, Tsukuma H, Yasunaga, Xu N, Fujita MQ, Satoh T et al. Cancer risk after renal transplantation in Japan. *Int J Cancer*. 1997 May;16;71(4):517-20.

Recebido em: 30/12/2008

Aprovado em: 30/02/2009

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Luis Alberto Batista Peres,
Rua São Paulo 769, ap 901, Centro
85801-020 – Cascavel - PR
e-mail: peres@certto.com.br

Comunicação e Interatividade

Para aprimorar o canal de comunicação com residentes de todo Paraná, a diretoria da Associação planeja colocar no ar o seu site institucional. A página eletrônica estará concluída em breve e contará com conteúdo informativo sobre legislação da Residência Médica, cadastro de Comissões e Associações de Residência Médica, divulgação de eventos científicos organizados ou apoiados pela AMEREPAR, além de um espaço dedicado à interatividade, onde o internauta poderá esclarecer dúvidas e participar de debates. Para entrar em contato com a AMEREPAR envie e-mail para luhopker2@yahoo.com.br.

CERMEPAR - COREMES do Paraná
Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

CLÍNICA MÉDICA NOSSA SENHORA DA SALETE

Rua Carlos de Carvalho, 4191 – Centro
85810-080 – Cascavel – PR
Fone: (45) 3219-4500 Fax: (45) 3222-1464
E-mail: hsalete@terra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Eduardo Frederico Borsarini
Felipe
Representante dos Médicos Residentes: a confirmar

HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA

Avenida Vicente Machado, 1310
80420-011 – Curitiba – PR.
Fone: (41) 3016-6622 Fax: (41) 3017-5301
E-mail: cvb.pr@terra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. James Skinovski
Representante dos Médicos Residentes: a confirmar

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN

Rua Itaquiarias, 769 – Santo Onofre
85806-300 - Cascavel - PR
Fone: (45) 2101-7000 Fax: (45) 2101-7005
e-mail: administração@uopecan.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Luis César Bredt
Representante dos Médicos Residentes: a confirmar

HOSPITAL JOÃO DE FREITAS

Endereço: Rodovia PR 218 Km 01 – Jd. Universitário
86702-670 – Arapongas - Pr
Fone: (43) 3275 0200 Fax: (43) 3275 0212
E-mail: hospjfi@uol.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Roberto Frederico Koch
Representante dos Médicos Residentes: a confirmar

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: Dr. Alvo Orlando Vizzotto Júnior
Representante dos médicos residentes: Rubens de Oliveira Brito

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: Dr. José Rocha Faria Neto
Representante dos médicos residentes: Agenor C. Corrêa Neto

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: Drª Érika Hoyama
Representante dos médicos residentes: Tiago Clivati de Marchi

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: Dr. Carlos Henrique Ferreira Camargo
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: Dr. Sérgio Fonseca Tarlé
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: Dr. Angelo Luiz Tesser
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO

Av. República Argentina, 4650, Novo Mundo
81050-001 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3018-8115 Fax: (41) 3018-8074
Email: direcao@hospitalnovomundo.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Nelson Ravaglia de Oliveira
Representante dos médicos residentes: Guilherme Campos Barroso

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: Dr. Ivan Augusto Collaço
Representante dos médicos residentes: Carla Elisa Salturi

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: Dr. Pedro Ernesto Caron
Representante dos médicos residentes: Alan Nolla

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

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 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: Dr. Antonio Ernesto da Silveira
Representante dos médicos residentes:
Cilmara Cristina Kuwahara

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@hmsg.org.br
Coordenador da COREME: Dr. 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: Dr. Marcos Rainer Günther
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: Dr. 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: Dr. 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: Dr. Allan Cezar Faria Araujo
Representante dos médicos residentes: Ediberto Yuzo Ueda

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorrião
80730-400 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-5486 Fax: (41) 3335-7172
E-mail: coremehuec@hotmail.com

Coordenador da COREME: Dr. Jean Alexandre F. Correia Francisco
Representante dos médicos residentes: a confirmar

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: Dr. 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: diretoriainic@yaho.com.br
www.icl-cancer.org.br
Coordenador da COREME: Dr. 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: Dr. Ricardo Ramina
Representante dos médicos residentes: Erasmo 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: Dr^a 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: Dr. 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: Dr. Rafael P. Rocha
Representante dos médicos residentes: Fabíola 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: Dr. 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: Dr. Roberto Ratzke
Representante dos médicos residentes: Mariana Favaro

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

O editor científico da Revista do Médico Residente agradece os seguintes revisores dos artigos publicados em 2008: Ademir Lopes (SP), Alcino Lázaro da Silva (MG), Antonio Sérgio Brenner (PR), Hamilton Petry de Souza (RGS), Maria Lúcia Jorge (PR), Nicolau Kruehl (SC), e Orlando Martins Torres (MA).

ÍNDICE DE ASSUNTOS DO VOLUME 10 / 2008

SUBJECT INDEX TO VOLUME 10 / 2008

- Abdominal Pain**, n.4, 168
- Acadêmicos**
de medicina, n.4, 154
- Acidente Cerebrovascular**, n.2, 80
- Adenomatous Polyposis Coli**, n.1, 34
- Aging**, n.4, 159
- Alcalose Metabólica**, n.4, 164
- Alimentação**, n.2, 58
- Analgesia**
Methods, n.2, 67
métodos, n.2, 67
- Anestesia**
epidural, n.2, 67
geral, n.2, 67
métodos, n.2, 67
- Anesthesia**
epidural, n.2, 67
general, n.2, 67
Methods, n.2, 67
- Antibodies Antinuclear**, n.1, 8
- Antibodies Antiphospholipid**, n.3, 109
- Anticoagulantes**, n.2, 76
- Anticoagulants**, n.2, 76
- Anticorpos Antifosfolípedes**, n.3, 109
- Anticorpos Antinucleares**, n.1, 8
- Ascite**, n.2, 83
- Asites**, n.2, 83
- Assistência Integral à Saúde**, n.3, 117
- Associações Profissionais**
AMEREPAR, n.3, 98
- Auto-imunidade**, n.1, 8
- Autoimmunity**, n.1, 8
- Avaliação Nutricional**, n.2, 58
- Barter's Syndrome**, n.4, 164
- Biliary Fistula**, n.3, 127
- Bioensaios**, n.2, 58
- Biological Assay**, n.2, 58
- Blood Glucose Feeding**, n.2, 58
- Bloqueio Nervoso**
métodos, n.2, 67
- Cabeça e Pescoço**
neoplasias, n.3, 101
- Cálculos Renais**, n.1, 12
- Carcinoma, Hepatocellular**, n.3, 123
- Caroli's Disease**, n.4, 168
- Case Reports**, n.3, 120
- Case Studies**, n.2, 83
- Cateterismo Venoso Central**, n.2, 76
- Catheterization, Central Venous**, n.2, 76
- Cerebrovascular Accident**, n.2, 80
- Children**, n.1, 12; n.3, 113
- Cholangitis**, n.4, 168
- Cholecystectomy**, n.2, 67
- Cholecystitis**, n.3, 127
- Cirurgia**, n.2, 73
da cabeça e do pescoço, n.3, 101
- Colangite**, n.4, 168
- Colecistectomia**, n.2, 67
- Colecistite**, n.3, 127
- Comissão Estadual de Residência Médica**
Paraná, n.1, 4; n.1, 6
- Comprehensive Health Care**, n.3, 117
- Connective Tissue**
mixed Disease, n.1, 8
- Crianças**, n.1, 12; n.3, 113
- Dieta**, n.2, 58
- Dietary Fiber**, n.2, 58
- Distúrbios Metabólicos**, n.1, 12
- Doctor**
profession, n.4, 154
- Doença de Caroli**, n.4, 168
- Doenças do fígado**, n.3, 127
- Dor Abdominal**, n.4, 168
- Dor Pós-operatória**, n.2, 67
- Drug Effects**, n.2, 67
- Duodenal Obstruction**, n.3, 127
- Educação Médica**
ENADE, n.2, 53
especialização, n.3, 98; n.3, 100
- Education, Medical**
ENADE, n.2, 53
specialism, n.3, 100
- Educação Médica Continuada**, n.2, 49
- Education, Medical, Continuing**, n.2, 49
- Efeitos de Drogas**, n.2, 67
- Emphysema**
congenital, n.3, 120
pulmonary, n.3, 120
- Enfisema**
congenito, n.3, 120
pulmonar, n.3, 120
- Envelhecimento**, n.4, 159
- Epidemiologia**, n.1, 16
- Epidemiology**, n.1, 16
- Esclerodermia Limitada**, n.3, 109
- Esclerodermia Difusa**, n.3, 109
- Escolas Médicas**, n.1, 30
especialização, n.3, 98
- Estudos de Casos**, n.2, 83
- Estudantes de Medicina**, n.4, 154
- Exenteração Orbitária**, n.3, 101
- Fees, Medical**, n.1, 30
- Fibra Alimentar**, n.2, 58
- Fístula Biliar**, n.3, 127
- Flap Temporal Muscle**, n.3, 101
- Gardner Syndrome**, n.1, 34
- Geriatrics**, n.4, 159
- Gerontologia**, n.4, 159
- Glândulas Salivares**
neoplasias, n.1, 16
- Glicemia**, n.2, 58
- Head and Neck**
neoplasms, n.3, 101
- Health Facilities, Proprietary**, n.1, 30
- Hepatectomia**, n.3, 123
- Hepatotomy**, n.3, 123
- Hipercalcúria**, n.3, 113
- Hipocalcemia**, n.4, 164
- Honorários Médicos**, n.1, 30
- Humanização da Assistência**, n.3, 117
- Humanization of Assistance**, n.3, 117
- Hypercalcúria**, n.3, 113
- Hypokalemia**, n.4, 164
- Ileal Diseases**, n.3, 127
- Immunosupression**, n.4, 149
- Imunossupressão**, n.4, 149
- Instituições Privadas**
de saúde, n.1, 30
- Insuficiência Respiratória**, n.3, 120
- Job Market**, n.1, 30
- Kidney Calculi**, n.1, 12
- Laparotomia**, n.2, 83
emergências, n.4, 138
- Laparotomy**, n.2, 83
emergencies, n.4, 138
- Lipídeos**, n.2, 58
- Lipids**, n.2, 58
- Lithiasis**, n.1, 12; n.3, 127
- Litiase**, n.1, 12; n.3, 127
- Liver Neoplasms**
surgery, n.3, 123
- Lupus Eritematoso Sistêmico**, n.4, 144
ansiedade, n.4, 144
depressão, n.4, 144
diagnóstico, n.2, 83
- Lupus Erythematosus, Systemic**
anxiety, n.4, 144
depression, n.4, 144
diagnosis, n.2, 83
- Lupus Nephritis**, n.4, 149
- Mammoplasty**, n.4, 172
- Mamoplastia**, n.4, 172
- Medição da Dor**, n.2, 67
- Medicina**, n.1, 30
- Medicine**, n.1, 30
profissão, n.4, 154
- Médicos**
profissão, n.4, 154
- Mercado de Trabalho**, n.1, 30
- Metabolic Alkalosis**, n.4, 164
- Metabolic Alterations**, n.1, 12
- Micofenolato Mofetil (MMF)**, n.4, 149
- Mucopolissacaridose I**
diagnóstico, n.1, 25
terapia, n.1, 25
- Mucopolysaccharidosis I**
diagnosis, n.1, 25
therapy, n.1, 25
- Mycophenolate Mofetil (MMF)**, n.4, 149
- Nefrite Lúpica**, n.4, 149
- Nefrolitíase**, n.1, 12; n.3, 113
- Neoplasias**
da mama, n.4, 172
- Neoplasias Hepáticas**
cirurgia, n.3, 123
- Nephrolithiasis**, n.1, 12; n.3, 113
breast, n.4, 172
- Nutrition Assessment**, n.2, 58
- Obstrução Duodenal**, n.3, 127
- Orbit Evisceration**, n.3, 101
- Pain Measurement**, n.2, 67
- Pain Postoperative**, n.2, 67
- Peptic Ulcer**, n.4, 138
- Período Pós-operatório**, n.2, 67
- Peritonite**, n.2, 83
- Peritonitis**, n.2, 83
- Phylodes Tumor**, n.4, 172
- Physician-Patient Relations**, n.3, 117
- Pleura**, n.2, 67
- Polipose Adenomatosa do Colo**, n.1, 34
- Polycystic Kidney Autosomal Dominant**, n.2, 54
- Postoperative Period**, n.2, 67
- Procedimentos Cirúrgicos Operatórios**, n.2, 73
- Profession**
Doctor, n.4, 154
- Professional Associations**
AMEREPAR, n.3, 98
- Profissão**
Médicos, n.4, 154
- Public Health**, n.1, 30
- Pulmonary Emphysema**, n.3, 120
- Reconstrução da Mama**, n.4, 172
- Relação Médico-paciente**, n.3, 117
- Relatos de Casos**, n.3, 120
- Residência Médica**, n.1, 4; n.1, 6; n.2, 48; n.3, 96; n.3, 97
autônoma profissional, n.4, 136
- CEREM**, n.1, 4
congressos, n.2, 48
especialização, n.3, 96; n.3, 97
humanização, n.4, 137
Paraná, n.1, 4; n.1, 6
responsabilidade profissional, n.4, 136
- Residency**, n.1, 4; n.1, 6; n.3, 97
congresses, n.2, 48
humanization, n.4, 137
liability, legal, n.4, 136
Paraná, n.1, 4; n.1, 6; n.2, 48
professional Autonomy, n.4, 136
Specialism, n.3, 96; n.3, 97
- Respiratory Insufficiency**, n.3, 120
- Retalho do Músculo Temporal**, n.3, 101
- Rim Policístico Autossômico**, n.2, 54
- Salivary glands**
neoplasms, n.1, 16
- Saúde Pública**, n.1, 30
- Schools, Medical**, n.1, 30
- Scleroderma, Diffuse**, n.3, 109
- Scleroderma, Limited**, n.3, 109
- Serosite**, n.2, 83
- Serositis**, n.2, 83
- Síndrome de Bartter**, n.4, 164
- Síndrome de Gardner**, n.1, 34
- Skin Ulcer**, n.3, 109
- Stroke**, n.2, 80
- Students, Medical**, n.4, 154
- Surgery**, n.2, 73
- Surgical Procedures, Operative**, n.2, 73
- Tecido Conjuntivo**
doença mista, n.1, 8
- Thrombosis**
upper extremity, n.2, 76
venous, n.2, 76
- Trombose**
extremidade superior, n.2, 76
venosa, n.2, 76
- Tumor filoides**, n.4, 172
- Úlcera Cutânea**, n.3, 109
- Úlcera Péptica**, n.4, 138
- Vasculite do sistema nervoso central**, n.2, 80
- Vasculitis Central Nervous System**, n.2, 80
- Vivisection**, n.2, 73
- Visseccção**, n.2, 73

ÍNDICE DE AUTORES DO VOLUME 10 / 2008**AUTHOR INDEX FOR VOLUME 10 / 2008**

- Abelha, Mozart Rosa, n.4, 168
Amaral, José Luiz Gomes do, n.3, 97
Ann, Hi Kyung, n.2, 54
Anunciação, Fernando Antônio Costa, n.2, 76
Aquino, Andrezza Carminatti de, n.4, 138
Araújo Junior, Everaldo Roberto de, n.3, 113; n.4, 149
Baroni Júnior, Dionizio, n.1, 16
Barros, Marina Rodi Carvalho, n.4, 172
Beckhauser, Ana Paula, n.2, 80
Beppu, Ana Paula Kazue, n.3, 113
Biondo, Caroline Meneguelli, n.4, 144
Bisolo, Louise, n.1, 30
Bonadiman, Adorísio, n.4, 168
Brandão, Antônio Carlos Aguiar, n.2, 67
Camargo, Maurício T. A., n.2, 54
Campagnolo Junior, Ideraldo, n.2, 54
Cardoso, Mariana Nadal, n.1, 8
Cardoso, Monique Pierosan, n.3, 117
Carmo, Jorge Wolmer Chamon do, n.3, 127; n.4, 168
Carpejani, Ricardo de Ávila, n.2, 54
Cassim, Ana Lúgia Omatti, n.2, 58
Castelo, Fernanda Freire, n.4, 164
Costa, Karina Miura da, n.4, 149
Cristovam, Marcos Antônio da Silva, n.3, 120
D'Acampora, Armando José, n.4, 138
Diniz, Michéle Christine, n.4, 172
Ferreira, José Roberto Leonel, n.2, 83
Ferreira Júnior, Mirayr, n.3, 123
Freire, Caio César Furtado, n.4, 164
Furuta, Walter Yudi, n.2, 54
Gama, Calipson Tadeu Nogueira da, n.4, 168
Gama, Ricardo Ribeiro, n.1, 16; n.3, 101
Garcia, Davi Sousa, n.4, 164
Goldenberg, Saul, n.2, 73
Gortz, Lucas Wagner, n.1, 30
Hanna Sobrinho, Miguel Ibraim Abboud, n.4, 136
Henriques, Gilberto Simeone, n.2, 58
Justino, Alexandre Caetano, n.3, 123
Kotze, Paulo Gustavo, n.1, 34
Kuhn, Mafalda Lúcia, n.3, 120
Kuroda, Melina Pedroso, n.4, 144
Liberati, Ana Paula Torres, n.3, 109
Lima, Denise Aparecida Nogueira de, n.4, 138
Lima, Danielle Pessoa, n.4, 164
Lima, Elizabeth Vésicia Rego Dias, n.4, 164
Lima, Erika Bastos, n.4, 164
Liutti, Vitor Teixeira, n.1, 16
Lopes, Ademar, n.4, 138
Lopes, Antonio Carlos, n.3, 100
Maia, Daniel Santos, n.3, 123
Manfrim, Ellen Balielo, n.4, 144
Mantovani, Lucas Marques, n.1, 34
Martins, Gerson Zafalon, n.1, 6
Martins, Juliana Ferreira, n.1, 34
Melo, Henrique Lasari, n.4, 154
Miranda, Eron Fábio, n.1, 34
Miglioli, Anna Maria, n.1, 25
Mizerkowski, Mariana Damian, n.2, 83
Morales, Hugo Manuel Paz, n.3, 98
Nassif, Antonio Celso Nunes, n.2, 53
Nery Neto, Derby, n.1, 12
Nogueira, Márcio Augusto, n.4, 149
Oliveira, Paulo de Tarso Vaz de, n.3, 123
Oliveira, Paulo Vinicius Gomes de, n.2, 76
Oliveira, Rubem Albuquerque de, n.3, 120
Outi, Daniel Enzo Nishiura, n.4, 144
Pacheco, Érico Furusho, n.2, 54
Pedri, Lucas Eduardo, n.4, 144
Peres, Luís Alberto Batista, n.1, 12; n.2, 54; n.2, 83; n.3, 113; n.4, 149
Pissetti, Fernanda de Santana, n.1, 8
Queiroz, Gislaine Teresinha de, n.4, 149
Quevedo, Éder, n.2, 54
Ramos, Guilherme Piovezani, n.4, 154
Ribas, Joice, n.3, 120
Ribeiro, Álvaro Vanzella, n.3, 120
Ribeiro, Camila Ferrari, n.3, 109
Rocha, Juliana Gonçalves, n.1, 34
Rohde, Noris R. S., n.2, 54
Russi, Ricardo Fantazzini, n.4, 138
Salvador, Diogo Ferrarz, n.1, 25
Salvador Filho, Élio Ferraz, n.1, 25
Santana, Priscila Resende, n.2, 76
Schmidt, Leonardo, n.2, 80
Schneider, Taylor Brandão, n.2, 67
Scorsin, Nicole Títze, n.2, 58
Sella, Guilherme Vasconcelos, n.1, 34
Senger, Paula Cenira, n.3, 117
Silva, Alcino Lázaro da, n.2, 49; n.4, 159
Silva, Danilo da Fonseca Reis, n.2, 76
Silva, Elkin Ebret Charris, n.3, 123
Simeone, Maria Lúcia Ferreira, n.2, 58
Simões, Fabiano G., n.3, 101
Simões, João Carlos, n.1, 4; n.1, 30; n.2, 48; n.3, 96; n.3, 101; n.3, 117; n.4, 137; n.4, 154; n.4, 172
Skare, Thelma Larocca, n.1, 8; n.2, 80; n.3, 109; n.4, 144
Sousa, Monique Viana de, n.4, 138
Suldafani, Mônica Tereza, n.3, 113
Tiburzio, Adriana Moreira, n.2, 67
Uscocovich, Vanessa F. M., n.2, 54
Valle, Luísa Abero, n.2, 76
Vallin, Liz, n.2, 80
Vicenzi, Gustavo, n.3, 113
Viegas, Ricardo Gomes, n.3, 123
Vieira, Antônio Mauro, n.2, 67
Vieira, Jairo, n.4, 138
Watanabe, Sandra Sayuri, n.1, 8
Wittig, Ehrenfried Othmar, n.2, 86; n.3, 3ª Capa; n.4, 177
Yamamoto, Gustavo Yuzo Gaspki, n.4, 154
Yamamoto, Ricardo Yukiharu Tsuge, n.3, 113
Yassuda Filho, Paulino, n.3, 113
Zacarias Júnior, Antônio Rubens, n.1, 25
Zamin, Naiana Teodoro, n.3, 117
Zanovelo, Nicole Stabenow, n.3, 117

MÁSCARA INALATÓRIA DE “SCHIMMELBUSCH” E “ESMARCH”

Anesthetic Mask Of Schimmelbusch and Esmerch

Ehrenfried Othmar Wittig

noviz e Máscara Inalatória de “Schimmelbusch” e “Esmarch”. Rev. Med. Res. 2009; 11(1):3ª capa

MÁSCARA INALATÓRIA DE “SCHIMMELBUSCH” E “ESMARCH”

A Máscara Anestésica de Carl Schimmelbusch sucedeu a outras mais simples, como a de T. Skinner (1862) e Von Esmarch, sendo próprias para éter e clorofórmio. A máscara de Schimmelbusch de origem alemã apareceu em 1890 e manteve-se em uso até 1956, com o surgimento do Halotane, anestésico não inflamável como os anteriores, que apresentavam o risco de incêndio.

A máscara de Schimmelbusch consistia em uma armação metálica, não articulada, com duas folhas que comprimiam nas bordas uma compressa de gase, para mante-la firme e no formato de ninho (figura I-a,b). Na figura I-c, temos um exemplar de 1920 da Máscara de Esmarch confeccionado com uma armação de fio de arame recoberto com tecido mais simples e mais espesso.

A armação apresentava duas folhas que comprimiam as bordas da gase (figura I-c), para mantê-la firme e no formato de ninho (figura I-c).

Sobre o tecido o médico anestesista ou cirurgião gotejava o anestésico volátil. No Brasil, nos pequenos hospitais do interior, este ato era realizado por um atendente de enfermagem na presença e acompanhamento do médico assistente, que avaliava a sedação e a necessidade ou não de novo gotejamento.

Colocada sobre a face, a máscara cobria o nariz e a boca sem ter uma entrada para oxigênio e compensar a concentração do anestésico, o que provocava uma alta concentração de CO₂ e consequentemente associada uma anestesia hipóxica (figura II).

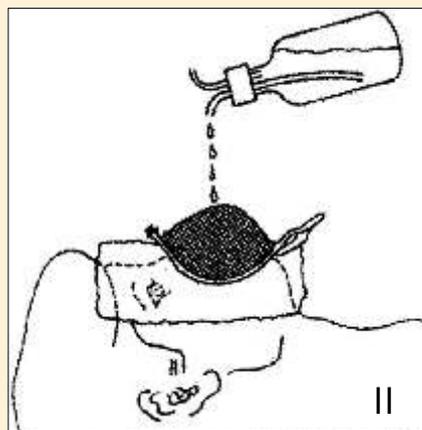
(Agradecemos ao anestesista Dr. Octaviano Baptistini Junior, pela orientação anestésica).

DESCRITORES – História da Medicina, Museu de Medicina, máscara anestésica, Máscara de Schimmelbusch, e Esmarch.

KEY WORDS – History of Medicine, Medicine Museum, anesthetic mask, Schimmelbusch mask, Esmarch mask.

Doador: Não identificou-se.

Dados: As peças do Museu são de aproximadamente 1930/1940.
Dimensões: 11x09 mm.



Para doações e correspondência:

Secretaria da AMP - Telefone (41) 3024-1415 - Fax (41) 3242-4593
E-mail: amp@amp.org.br
Rua Cândido Xavier nº 575 - Água Verde
80240-280 - Curitiba-PR

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

CONTEÚDO / CONTENT

INSTRUÇÃO AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTION	45
EDITORIAL / EDITORIAL	
RESIDÊNCIA MÉDICA: APRENDER FAZENDO	
Medical Residency: On-the-job learning	
João Carlos Simões	4
BIOÉTICA	
Bioetic	
João Gualberto de Sá Scheffer	5
QUANDO O ENCANTO SUPERA O CONHECIMENTO	
When the enchantment surpasses knowledge	
Luiz Sallim Emed	7
ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE	
BLOQUEIO INTERPLEURAL PARA ANALGESIA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA	
Interpleural block associated with general anesthesia in patients submitted to mastectomy	
Taylor Brandão Schnaider, Antônio Mauro Vieira, Daniela Vânia Dorighello, Juliano Cruz Tamiasso	
Antônio Carlos Aguiar Brandão	8
PREVALÊNCIA DE CÂNCER DE PELE EM PACIENTES SUBMETIDOS À EXÉRESE DE NEVO NO AMBULATÓRIO DO HRSJ- HOMERO DE MIRANDA GOMES	
Skin cancer prevalence in patients submitted to nevi excision in the HRIS - Homero de Miranda Gomes ambulatory.	
Leonardo Machado de Carvalho, Nicolau Fernandes Kruel	14
ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE	
EXPRESSÕES MÉDICAS: FALHAS E ACERTOS	
Medical expression: failures and hits	
Simônides Bacelar, Carmem Cecília Galvão, Elaine Alves, Paulo Tubino	18
RELATO DE CASO / CASE REPORT	
AVULSÃO DE VEIA RENAL ESQUERDA EM TRAUMA ABDOMINAL FECHADO	
Left renal vein avulsion in blunt abdominal trauma	
Ana Cristina Isa, Pâmela Conceição Figueiredo, Carla Martinez Menini Stalhschmidt,	
Rosana Hapsi Isa, Luiz Carlos Von Bahten	29
CARCINOMA RENAL PAPILAR EM RIM NATIVO PÓS TRANSPLANTE RENAL. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA	
Renal Carcinoma papillary in native kidney post renal transplant. Case report and literature review	
Luis Alberto Batista Peres, Sérgio Luiz Bader, Everaldo Roberto de Araújo Junior, Alexandre Galvão Bueno	32
CERMEPAR - COREMES do Paraná / CERMEPAR / COREMES OF PARANA	
Instituições com residência médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC	37
ÍNDICE DE ASSUNTOS DO VOLUME 10 / 2008	
Subject index for volume 10 / 2008	39
ÍNDICE DE AUTORES DO VOLUME 10 / 2008	
Author index for volume 10 / 2008	40
MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA / MEDICINE HISTORY MUSEUM	
History Museum of Medicine	
Ehrenfried Othmar Wittig	3ª Capa