ISSN 1679-6209

Revista do Médico RESIDENTE

REV MED RES Vol. 12 nº 3 e 4 p. 105-150 Julho / Dezembro 2010

CRM-PR

ERMEPAR
Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná

Revista do Médico
RESIDENTE

Conselho Regional de Medicina do Paraná
Diretoria junho de 2010 a janeiro de 2012

Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Presidente

Alexandre Gustavo Bley
Vice-Presidente

Hélcio Bertolozzi Soareas
Secretário-Geral

José Clemente Linhares
1.º Secretário

Marco Antonio doS. Marques Ribeiro Bessa
2.º Secretário

Roseni Teresinha Florencio
Tesoureira

Sérgio Maciel Molteni
2.º Tesoureiro

Alceu Fontana Pacheco Júnior
Corregedor-Geral

Marília Cristina Milano Campos
1.ª Corregedora

Roberto Issamu Yosida
2.º Corregedor

Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná
(CERMEPAR) 2009 - 2011

Adriano Keijiro Maeda
(Hospital Cajuru - Curitiba)
Presidente

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
(Hospital Erasto Gaertner - Curitiba)
Vice-Presidente

Allan Cezar Faria Araujo
(UNIOESTE - Cascavel)
1.º Secretário

Alvo Orlando Vizzotto Junior
(Hospital Santa Rita - Maringá)
2.º Secretário

Claudio Wiens
(Hospital Santa Brígida - Curitiba)
Tesoureiro

Angelo Luiz Tesser
(Hospital de Clínicas da UFPR - Curitiba)
Diretor Científico-Cultural

Conselho Fiscal:
Luiz Salim Emed,
Jean Alexandre Furtado Correia Francisco
João Carlos Simões

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

AMEREPAR
Contato: amerepar@gmail.com

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. 12, n.3 e 4 (jul./dez. 2010). - Curitiba: CRMPR, 1999-
p. 105-148 : il., 28cm

Trimestral
ISSN 1679-6209

1. Medicina. I. Título.

CDD 610
CDU 61

Ronda hospitalar, Luis Jiménez Aranda, 1865, Espanha.

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE

Volume 12 Nº 3 e 4 JUL/DEZ 2010

ISSN 1679-6209

Sumário

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTIONS 107

EDITORIAL / EDITORIAL

ANÁLISE CRÍTICA DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO PARANÁ
Critical Analysis of Medical Residency in Parana
João Carlos Simões 108

RESIDÊNCIA MÉDICA: ONTEM, HOJE E AMANHÃ
Medical Residency: Yesterday, Today and Tomorrow
Alcino Lázaro da Silva 109

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE FIBROMIALGIA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA
Comparison Study of Primary and Secondary Fibromyalgia.
Carla Tamy Fukuda, Gustavo Henrique Takarada, Thelma L. Skare 111

APLICAÇÃO TÓPICA DE GLICOCORTICOIDES E AVALIAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTRAPERITONEAIS EM RATOS
Topical Aplication of Glicocorticoids and Evaluation Over Intraperitoneal Adherenses in Rats
João Carlos Simões, Felipe Schuster Battaglin, Daniel Nishiura Enzo Outi 118

SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA EM CRIANÇAS
Idiopathic Nephrotic Syndrome in Children
Luis Alberto Batista Peres, Rosangela Aparecida Botinha Assumpção 124

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

GOLIMUMABE: UM NOVO AGENTE ANTI-TNF
Golimumabe: a New Anti TNF Agent
Valderílio Feijó Azevedo, Luis Gustavo Favretto, Marcos de Almeida Santos Jr 130

ARTIGO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE

ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS: INSTRUMENTOS DE PRESERVAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA
Ortothanasia and Paliative Care: Preservation Instrument of Human Dignity
Carlos Vital Tavares Correa Lima 134

RELATO DE CASO / CASE REPORT

DOENÇA DE PAGET EXTRAMAMÁRIA: RELATO DE CASO
Extramammary Paget's Disease: Case Report
Elísio Meirelles de Miranda, Carlos Roberto Amorim, Nícolas Biagione Tibúrzio, Mirayr Ferreira Júnior, Jean César Paresoto Rodrigues 137

SARCOMA RETROPERITONEAL PLEOMÓRFICO DE ALTO GRAU INDIFERENCIADO – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA
High-Grade Retroperitoneal Sarcoma Pleomorphic Undifferentiated – Case Report and Literature Review
Nicolas S. Lazaretti, Renata Bruna Garcia dos Santos Gatelli, Charles Nilton Gatelli, Luis Alberto Schlittler, Rodrigo Ughini Villaroel 139

GEMELARES TERATÓPAGOS DICÉFALOS: RELATO DE CASO
Teratophagus Dicephalous Twins: Case Report
Marcos Antonio da Silva Cristovam, Adriana Chassot Bresolin, Fábio Negretti, Carlos Alberto Kenji Nakashima, Ana Paula Cavalari Faller, Caroline de Almeida 143

CERMEPAR - COREMES DO PARANÁ / CERMEPAR / COREMES OF PARANA

Instituições com Residência Médica no Paraná - Sistema CNRM/MEC 147

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.

A Revista do Médico Residente 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 (FEPAR) - Curitiba (PR)

Editores Associados

Alcino Lázaro da Silva (UFMG)	Belo Horizonte	(MG)
Carlos Vital Tavares Correa Lima (CFM)	Recife	(PE)
Luiz Fernando Moreira (UFRGS)	Porto Alegre	(RS)

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 Kruel (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 Tramujas 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 (Acad. 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 Kallás (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. Pedruzzi (Hosp. Erasto Gaertner)	Curitiba	(PR)
Hélio Moreira Júnior (UFG)	Goiânia	(GO)	Paulo Kotze (PUC)	Curitiba	(PR)
Hêmerson Paul Vieira Marques (Hosp. Mater Dei)	Belo Horizonte	(MG)	Paulo Roberto Dutra Leão (HUJM)	Cuiabá	(MT)
Humberto Oliveira Serra (HUUFMA)	São Luis	(MA)	Ricardo Antônio Rosado Maia (UFPB)	João Pessoa	(PB)
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (UFPR)	Teresina	(PI)	Ricardo Lemos (UNIVILE)	Joinville	(SC)
Joel Takashi Totsugui (PUC)	Curitiba	(PR)	Ricardo Ribeiro Gama (FEPAR)	Curitiba	(PR)
José Eduardo Aguilar do Nascimento (UFMT)	Cuiabá	(MT)	Robson Freitas de Moura (Escola Baiana de Medicina)	Salvador	(BA)
José Ivan Albuquerque Aguiar (HU M.A. Pedrossian UFMS)	C. Grande	(MS)	Rogério Saad Hossne (UNESP)	Botucatu	(SP)
Jurandir Marcondes Ribas Filho (FEPAR)	Curitiba	(PR)	Salustiano Gomes de Pinho Pessoa (UFC)	Fortaleza	(CE)
Juarez Antonio de Souza (Hospital Materno Infantil)	Goiânia	(GO)	Simone Maria de Oliveira (UFSER)	Aracaju	(SE)
Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE)	Cascavel	(PR)	Simônides Bacelar (UNB)	Brasília	(DF)
Luiz Carlos Von Bahten (PUC)	Curitiba	(PR)	Thelma Larocca Skare (FEPAR)	Curitiba	(PR)
Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Valdecira Lilioso de Lucena (FCM)	Recife	(PE)
Manoel R. M. Trindade (UFRGS)	Porto Alegre	(RS)			

Revisão Língua Inglesa
Roberto Smolka e Cristiane M. Vianna

Normalização Bibliográfica
Maria Isabel Schiavon Kinasz (CRB9-626)
Gisele T. Liegel Glock (CRB9-1178)

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

Consultores Internacionais

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

Autorizada a republicação de artigos com a citação da fonte

Expediente: Tiragem: 3.000 exemplares – Distribuição dirigida – Diagramação: Vert Edição de Revistas e Jornais
Impressão: Gráfica Radial Ltda. (41) 3333-9593 - www.graficaradial.com.br

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE

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 Requirementes for Manuscripts Submitted do 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 e inglês, 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

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 de Revisores 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 cinqüenta (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;151:1-10

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

ANÁLISE CRÍTICA DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO PARANÁ

Critical analysis of Medical Residency in Parana

João Carlos Simões*

"Medicine is a science of uncertainty
and an art of probability".
(William Osler)

A Residência Médica se instalou no Brasil, em 1944, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com o nome de "Internato" no Departamento de Ortopedia e, em 1948, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Em 1967, ocorreu no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, a fundação da **Associação Nacional de Médicos Residentes - ANMR,** durante o II Congresso Nacional de Médicos Residentes. A institucionalização da Residência Médica no Brasil se deu em 1977, sob o controle do Ministério da Educação, com a criação da **Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).**

É uma redundante afirmação sobre o óbvio que a Residência Médica é a melhor maneira de preparar o médico especialista, capacitá-lo para a vida profissional, torná-lo competente para uma atuação no mercado de trabalho e de lhe fornecer legalmente o título de especialista. Além disto, hoje, se tornou quase obrigatória após a graduação, porque o curso médico não consegue preencher a prática e as competências necessárias para a formação geral do médico ou de uma especialidade.

No Paraná, temos 30 Instituições hospitalares, entre federais, estaduais e particulares, que são credenciadas pela CNRM a oferecer programas de residência médica em diversas áreas de especialidades, com um total de aproximadamente 1.547 residentes, que são alocados nos dois a cinco anos de atividade.

Os estudantes de Medicina candidatos a vaga da residência médica prestam um difícil concurso público (com semelhança ao vestibular) e passam de dois a cinco anos nas áreas de especialidade recebendo uma bolsa de valor determinada pelo MEC. Trabalham 60 horas semanais, sob supervisão de um médico preceptor competente e qualificado, o que determina 2.880 horas anuais de atividade. Mas, com certeza, trabalham muito mais com muito interesse e dedicação.

Em cada ano da residência, dentro desta carga horária, devem cumprir os requisitos mínimos de percentual de atividade teórica, enfermaria, centro cirúrgico, ambulatorial, estágios obrigatórios e emergência, que são determinadas nas resoluções da CNRM, e ainda passam por uma avaliação trimestral de atitudes, desempenho, relacionamento ético e eventualmente avaliação cognitiva e prática para que possam ser aprovados.

Durante o Programa de Residência, o médico residente se depara com vários desafios e problemas inerentes a este curso de pós-graduação estrito senso, que vão desde falta da entrega ou não cumprimento da programação da sua área da residência que siga a resolução 02/2006 da CNRM, **passando por preceptoria pouco competente e que deveria também ter remuneração justa estabelecida pela CNRM**, supervisão inadequada, programas baseado em competências insuficientes e que não contemplam o perfil do residente a ser formado, ausência de avaliação sistemática, comissões de residências que não fazem reuniões mensais e sem representante de médicos residentes eleito entre os pares, atraso ou falta de pagamento de bolsa dos médicos residentes, além da defasagem dos valores da bolsa estipulado pelo governo, que recentemente culminou com o movimento deflagrado pela ANMR.

Visto assim, os justos movimentos reivindicatórios não deveriam se fixar só em valores da bolsa de estudo, mas também na qualificação e cumprimento de cada programa residência.

É incontestável que o segredo da boa residência médica é a eterna vigilância dos residentes realizada pelos preceptores e chefes de serviço. E a razão de ser da CNRM e das Coremes é a formação do médico residente qualificado e competente, que possa propiciar à população um atendimento digno, humano e ético.

** Editor Científico da Revista do Médico Residente.*

RESIDÊNCIA MÉDICA: ONTEM, HOJE E AMANHÃ

Medical residency: yesterday, today and tomorrow

Alcino Lázaro da Silva*

A formação do médico segue uma graduação cuja sequência se resume em:

• Residência - treinamento em serviço supervisionado.

• Especialização - treinamento profissionalizante vertical.

• Mestrado profissional - demonstração metodológica de experiência profissional vivida.

• Mestrado – introdução ao método científico e à vida acadêmica.

• Doutorado – início da busca de criatividade científica e independência no pensamento científico.

• Pós-doutorado - verticalização estrita da experiência científica.

• Livre-docência - demonstração e defesa de experiência profissional e qualificação para docente livre (ad hoc).

O grande sustentáculo é a residência médica. Desde a sua criação, a residência é para residir e viver a Medicina. Os tempos foram interferindo nesse princípio e as modificações ocorreram.

Ontem

• Cama e comida sem remuneração.

• Aprendizado contínuo e intenso.

• Atendimento desde o nível ambulatorial até o CTI improvisado.

• Filiação escolástica quase obrigatória.

• Serviços clínicos ou cirúrgicos como suporte.

• Chefes idôneos e experientes na orientação.

• Plantões no próprio serviço ou, no máximo, em outro serviço afim.

• Como profissional, não se desligava da origem, o ninho agasalhador na orientação dos casos difíceis.

• Desinteresse econômico compensado por entusiasmo e crescimento erudito.

Hoje

• Movimento classista.

• Criada a comissão de residência médica.

• Reivindicação de horário de trabalho.

• Reivindicação de plantões mais espaçados (um por semana).

• Luta por carga horária menor. Máximo de 60 horas semanais enquanto, por exemplo, nos Estados Unidos, é de 80 horas.

• Bolsas insuficientes porque a sociedade exige, cada vez mais, no que se refere à veste, atualização etc.

• Licença para se frequentar outro plantão, em outro serviço, com o objetivo de aumentar o ganho.

• Maior exigência socioeconômica, mais trabalho, mais cansaço.

• Residência transformada em emprego mal remunerado e consequente descontentamento.

• Na ânsia de se agruparem para defesa profissional, saltam etapas ou não são motivados a se instruírem nas áreas indispensáveis para o exercício especializado da medicina. São elas: Clínica Médica, Ações de Saúde (prevenção), Cirurgia Geral, Medicina Legal e Ontoética, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria, Saúde Mental e Urgência.

• Na insegurança do mercado de trabalho, tanto preceptores quanto médicos em formação, se organizam em grupos de especialização diferenciada. Sem formação geral, penetram nos grupos antes de se preparar nas bases fundamentais.

• Não aceitam a ideia de que grupo especializado não é para isolar-se. É, isto sim, uma oportunidade ímpar para aprofundar-se na matéria por meio de pesquisas bem elaboradas. O grupo é para pesquisa; não é para assistência.

Professor Emérito da UFMG.

• O jovem dedicado e estudioso, com a gana de treinar e crescer, foi substituído por outro que assimila um emprego temporário, às vezes, se prolongando no curso que não o completa, e por isto, ele vai competir em nova vaga em outra residência. Prolonga-se, ocupa lugar de outros jovens e atrasa-se no preparo profissional.

• Esse mudar ou a repetição de uma ou mais residências é porque não se prepara nos fundamentos e frustra-se, às vezes, ao dar o salto e integrar-se em grupos especializados.

• Na ilusão de fazer um curso de especialização, em regime de residência, se transforma em mão de obra barata ou mal remunerada.

Amanhã

• Os curriculistas têm que entender que o curso de graduação é para formar médico e sem adjetivos.

• Graduação bem feita em que as áreas básicas são prestigiadas e intensamente discutidas e absorvidas.

• O médico bem preparado e possuidor de uma visão holística do paciente poderá optar por seguir o caminho de médico, ou seja, viver e atender ao Programa de Saúde da Família, ou caminhar para a verticalidade.

• Essa se obtém introduzindo-se em programas de residência com aperfeiçoamento nas áreas básicas e daí, de forma amadurecida, optar por ser um profissional de comunidades e hospitais gerais e de urgência ou verticalizar-se em grupos que tratam de uma especialidade refinada, na assistência e na pesquisa.

• É obrigatório eliminar o turismo profissional, ou seja, o jovem entra para uma residência pretensamente fundamental e nesse tempo fica a frequentar estágios pequenos e especializados, que nada lhe acrescentam em treinamento.

• O bom amanhã somente existirá, se houver uma pós-graduação hierárquica, planejada e rigorosa, após a graduação. Curso bem feito nas oito áreas básicas (as reformas necessitam se tornar realidade e não experiência de curiosos); residência em uma das áreas básicas, por dois anos; residência especializada em uma das oito citadas, por dois a três anos e investimento em pesquisa no curso de pós-graduação senso-estrito, compondo um quadro docente preparado, selecionado e compromissado. Teríamos, então, ao final, um Médico; um profissional para as comunidades; um sub ou superespecialista; um pesquisador e um docente completo, eficaz e compromissado na arte de formar.

Conclusão

Haverá profissional qualificado para a sociedade e o cidadão, se nos organizarmos sequencialmente assim: graduação básica e eficaz; residência em áreas fundamentais para a comunidade; especialização e grupos especializados (superdiferenciação) para o exercício clínico-cirúrgico, desde o mais simples até o mais complexo, e na academia, após a residência, mestrado, doutorado, pós-doutorado e docência-livre.

REFERÊNCIAS

1. Merrell R. Resident work hour restrictions. Bull Am Coll Surg. 2009 Sep;94(9):60-1.
2. Moalem J, Salzman P, Ruan DT, Cherr GS, Freiburg CB, Farkas RL, Brewster L, James TA. Should all duty hours be the same? Results of a national survey of surgical trainees. J Am Coll Surg. 2009 Jul;209 (1):47-54, 54.e1-2.

VOL. 12 - Nº 3 E 4: 111 JUL / DEZ 2010
REV. MED. RES.

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE FIBROMIALGIA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Comparison Study of Primary and Secondary fibromyalgia.

Carla Tamy Fukuda[1]
Gustavo Henrique Takarada[1]
Thelma L. Skare[2]

Fukuda CT, Takarada GH, Skare TL. Estudo comparativo entre fibromialgia primária e secundária. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4): 111-117.

RESUMO

Objetivo: A Fibromialgia é uma síndrome crônica caracterizada por queixa dolorosa músculo-esquelética difusa e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas. Esta é uma desordem reumatológica muito frequente com prevalência de 2,5% na população geral, podendo ser primária (quando aparece isoladamente) ou secundária a outras doenças reumáticas. O objetivo foi realizar uma análise comparativa entre Fibromialgia Primária e Secundária. **Métodos:** Foram estudados 60 indivíduos, que foram divididos em três grupos: 20 pacientes com Fibromialgia Primária, 20 com Fibromialgia Secundária à Artrite Reumatoide (AR) e 20 com Fibromialgia Secundária a Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Os pacientes foram submetidos a exame físico para contagem de pontos sensíveis presentes no momento do exame, a questionário para obtenção de dados demográficos e a aplicação do HAQ (health assesment questionnaire) e da EVA (escala visual analógica) para medida de dor. **Resultados:** A dor observada é a mesma nos três grupos, mas os números de pontos sensíveis são maiores em casos primários (bem claro em relação à AR e com tendência em relação ao LES). As repercussões do processo fibromiálgico na qualidade de vida é igual nos três grupos. **Conclusão:** A Fibromialgia Primária é indistinguível das formas secundárias a AR e LES salvo pela maior presença de pontos sensíveis ao exame físico.

Descritores: Fibromialgia; Qualidade de Vida; Medição da Dor.

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia é uma síndrome crônica caracterizada por queixa dolorosa músculo-esquelética difusa e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas[1].

A síndrome afeta de 6% a 20% dos pacientes das clínicas reumatológicas, quase 10% dos casos em consultas de dor crônica e entre 0,5% e 5% da população geral. Predomina no sexo feminino (9:1) e acomete um número maior de indivíduos na faixa etária de 30 a 60 anos. A prevalência de fibromialgia não sofre influência de raça, nível socioeconômico ou cultural[2]. No Brasil, um estudo epidemiológico sobre doenças reumáticas, realizado na cidade de Montes Claros, mostrou que a síndrome da fibromialgia foi a segunda desordem reumatológica mais frequente, com prevalência de 2,5% na população geral[3].

Os sintomas incluem dor músculo-esquelética difusa, distúrbios do sono, fadiga, rigidez matinal de curta duração, sensação de edema e parestesias. A associação com outras síndromes de natureza funcional é uma constante. Entre elas pode-se citar a depressão, ansiedade, cefaleia crônica e a síndrome do cólon irritável. Essa sintomatologia altera-se em intensidade de acordo com algumas condições, ditos fatores moduladores. Entre eles, a literatura cita mais frequentemente alterações climáticas, grau de atividade física e estresse emocional[4].

Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) definiu como critérios diagnósticos a persistência de dor difusa presente no esqueleto axial e em ambos os

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA (HUEC)

1 - Estudantes do 5.º ano de Medicina da FEPAR.

2 - Prof.ª responsável pela Disciplina de Reumatologia da FEPAR.

hemicorpos, acima e abaixo da cintura; dor por um período maior do que três meses; e a presença de dor em 11 ou mais dos 18 pontos anatomicamente padronizados[5].

Considera-se positivo um ponto quando, em área predeterminada, é referido desconforto doloroso no local, após digito compressão com intensidade de força equivalente a 4 kgf/cm2 (força suficiente para deixar o leito ungueal pálido). O diagnóstico fica bem definido com a positividade de 11 dos 18 chamados *tender points* (9 pontos de referência anatômica considerados bilateralmente):

- Inserção dos músculos occipitais;
- Coluna cervical baixa (C5-C6);
- Músculo trapézio;
- Borda medial da espinha da escápula;
- Quadrantes externos superiores das nádegas;
- Proeminências dos trocânteres maiores do fêmur;
- Segunda junção costocondral;
- Epicôndilo lateral do cotovelo;
- Coxim adiposo medial do joelho (junto ao tendão da pata de ganso).

O diagnóstico dessa síndrome é eminentemente clínico, não havendo alterações laboratoriais específicas. As provas de atividades inflamatórias são normais, bem como os exames de imagem[6].

A fibromialgia pode se apresentar isoladamente ou associada a outras patologias como hipotireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide[4]. Classifica-se então como:

- Fibromialgia Primária: Corresponde a achados característicos de Fibromialgia sem uma causa subjacente reconhecível[7].

- Fibromialgia Secundária: Achados característicos secundários a uma causa conhecida ou a uma doença subjacente e que apresenta melhora dos sintomas fibromiálgicos com o tratamento específico da condição de base[7].

No Lúpus Eritematoso Sistêmico quase todos os pacientes têm artralgias e mialgias, o que confunde com diagnóstico de uma possível fibromialgia secundária. A dor costuma estar fora de proporção com os achados físicos e este é um elemento que pode levar o paciente a ser rotulado como portador de distúrbios psicogênicos. No sistema músculo-esquelético, a queixa mais comum é de mialgia, que aparece em 40 a 50% dos casos. A miosite acontece, mais raramente, em 5 a 11% dos casos e comporta-se como uma miosite clássica, semelhante à vista em casos de polimiosite. Incide principalmente sobre a musculatura proximal, promove aumento de enzimas, alterações eletromiográficas etc. Não se pode esquecer de que esses pacientes recebem frequentemente corticoides e antimaláricos, os quais podem ser causa de miopatias[8].

Em pacientes com Artrite Reumatoide, desordens musculares tais como fraqueza e atrofia de musculatura esquelética ao redor das juntas afetadas e atribuídas ao desuso, são comuns. No entanto, podem aparecer miosites, causando fraqueza e aumento das enzimas musculares. A anatomia patológica, neste último caso, mostra infiltrados linfocitários, células plasmáticas e necrose de fibras. Os medicamentos usados no tratamento de Artrite Reumatoide como corticoides e cloroquina são causas de miopatia[8].

O diagnóstico de uma fibromialgia secundária, seja ela por artrite reumatoide ou lupus é importante. Como tanto a fibromialgia quanto a doença de fundo podem ser causa de dor no aparelho músculo-esquelético, interpretar uma dor secundária à fibromialgia como atividade do lúpus ou da artrite reumatoide pode levar a aumentos desnecessários de drogas modificadoras de doença, as quais são potencialmente tóxicas para o paciente não têm efeito sobre os sintomas álgicos da fibromialgia.

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise comparativa entre Fibromialgia Primária e Secundária, considerando as variáveis: qualidade de vida (Health Assesment Questionaire – HAQ), escala de dor (escala visual analógica – EVA) e número de pontos-gatilho.

MÉTODOS

Este estudo possui delineamento transversal. A coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2009, por abordagem qualitativa através de entrevista e exame físico.

Foram incluídos no estudo pacientes cadastrados no serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. A amostra foi selecionada a partir do prontuário dos pacientes do ambulatório de Reumatologia que preenchem os critérios de classificação para

fibromialgia pelo American College of Rheumatology.

A seleção dos participantes foi feita de forma aleatória, compreendendo 60 indivíduos, que foram divididos em três grupos: 20 pacientes com Fibromialgia Primária, 20 com Fibromialgia Secundária à Artrite Reumatoide e 20 com Fibromialgia Secundária a Lúpus Eritematoso Sistêmico. Os pacientes, após consentimento livre e esclarecido, foram submetidos a questionário para obtenção de dados demográficos e aplicação do HAQ (health assesment questionnaire) e a EVA de dor.

O HAQ é um questionário de avaliação de saúde simplificado que avalia a capacidade funcional dos pacientes. O questionário é composto por perguntas sobre atividades da vida diária, impacto ocupacional e intensidade dos sintomas. Sua pontuação varia de 0 a 3, sendo zero a ausência de dificuldade para a atividade e 3 a total incapacidade.

A percepção da quantidade de dor foi mensurada por meio de escala visual analógica. Essas escalas variam de 0 a 10, sendo 0 a ausência de dor e 10 a percepção dolorosa de intensidade máxima.

Além disso, esses pacientes foram submetidos a exame físico para detecção do número de pontos-gatilho presentes no momento.

Foram excluídos pacientes com hipotireoidismo não compensado, doenças virais agudas e hepatite C. Os investigadores foram responsáveis pela entrevista, realizada através da aplicação dos questionários. Esta ocorreu de forma privada, participando pelo menos um dos entrevistadores, o paciente e, se presente, o acompanhante deste. Os pacientes foram entrevistados no dia em que estava agendado sua consulta com o reumatologista no ambulatório.

Os dados obtidos foram estudados por tabelas de frequência e de contigência sendo aplicados os testes de Fisher, qui-quadrado, Mann Whitney e Kurskall Wallis para estudos de comparação com auxilio do software Graph Pad Prism versão 4.0. Significância adotada de 5%.

RESULTADOS

Os dados foram analisados por tabelas de frequência e contingência sendo usados os testes de Fisher e Qui-quadrado para variáveis não numéricas e de Mann Whitney e Kruskall Wallis para a análise das numéricas com auxilio do software Graph Pad Prism versão 4.0. Significância adotada de 5%.

Amostra estudada compunha-se de 60 pacientes sendo 20 com Fibromialgia Primária, 20 com Fibromialgia Secundária à Artrite Reumatoide e 20 com Fibromialgia Secundária a Lúpus Eritematoso Sistêmico. Dos sessenta pacientes, três (5%) eram do sexo masculino e 57 (95%) do sexo feminino, com idade média de 48,93 ± 11,56 anos (20 a 78 anos).

A comparação entre idade e sexo dos três grupos mostrou os dados da tabela 1.

TABELA 1- COMPARAÇÃO DE DADOS DEMOGRÁFICOS DOS TRÊS GRUPOS ESTUDADOS

	FM primária	FM por AR	FM por LES	p
Idade mínima	42	30	20	0,023 (*)
Idade Máxima	74	78	80	
Idade Média ± DP	47,48 ± 55,02	46,69 ± 58,61	37,58 ± 48,22	
Sexo M/F	20/0	18/2	19/1	0,349 (**)

(*) - Kruskall Wallis (**)- Fisher

A distribuição etária das populações estudadas está ilustrada na figura 1.

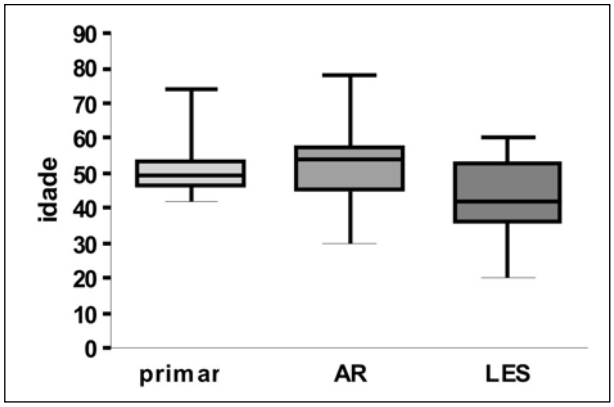


FIGURA 1 – Distribuição das faixas etárias nos três grupos de fibromialgia estudados.

Comparando as EVAs e os números de pontos-gatilho nos três grupos obtiveram-se os dados da Tabela 2.

TABELA 2 - COMPARAÇÃO ENTRE EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR) E NÚMERO DE PONTOS- GATILHO NOS TRÊS GRUPOS DE FIBROMIALGIA ESTUDADOS.

	Primária	AR	LES	p (*)
EVA máxima	10	10	10	0,300
EVA Mínima	0	0	1	
EVA Média ± DP	8,20 ± 2,8	7,65 ± 2,5	7,35 ± 2,9	
Pontos-gatilho máximos	18	18	18	0,020 (**)
Pontos-gatilho mínimos	6	4	2	
Pontos-gatilho-médio ± DP	13,25± 4,3	9,25± 4,5	10,40± 4,9	

(*) teste de Kruskall Wallis

(**) p entre primária e AR=0,006; entre AR e LES =0,47; entre primária e LES = 0,06 (teste de Mann Whitney)

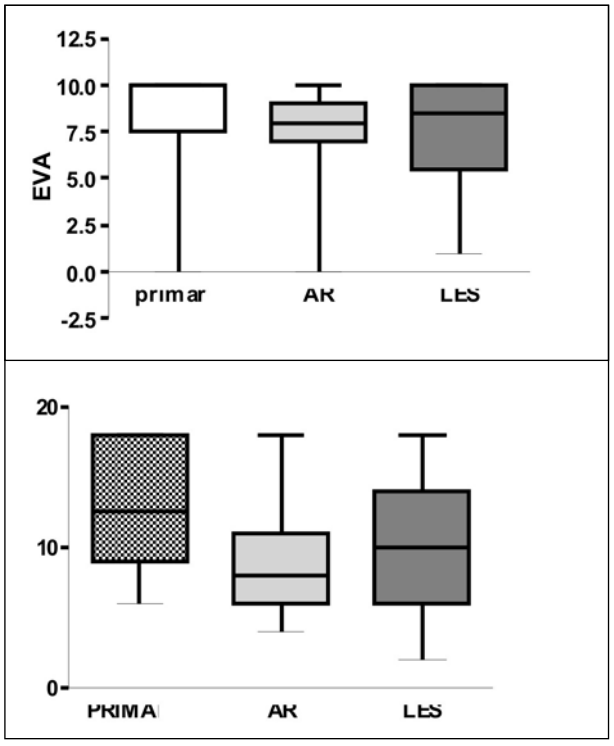


FIGURA 2 - Demonstração gráfica da EVA (escala visual analógica de dor) e do número de pontos-gatilho nas três populações estudadas.

Observando-se estes dados, nota-se que a dor é a mesma nos três grupos, mas os números de pontos gatilhos são maiores em casos primários (bem claro em relação à Artrite Reumatoide e com tendência em relação ao Lúpus Eritematoso Sistêmico).

O estudo do HAQ nos três grupos mostrou os dados da tabela 3.

TABELA 3 - COMPARAÇÃO DOS VALORES DO HAQ (HEALTH ASSESMENT QUESTIONNAIRE) NOS TRÊS GRUPOS ESTUDADOS.

	Primária	AR	LES
Máximo	2,75	2,76	2,5
Mínimo	1,0	0,65	0,375
Médio ± DP	1,89± 0,54	1,68± 0,50	1,40± 0,69

A análise comparativa do HAQ entre os três grupos – ilustrada na tabela 4, não mostrou existirem diferenças entre as populações estudadas.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO HAQ (HEALTH ASSESMENT QUESTIONNAIRE) EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIAS À ARTRITE REUMATOIDE E LÚPUS.

	Primária	AR	LES
Entre 0 e 1	3	3	7
Entre 1,1 e 2	10	14	9
Entre 2,1 e 3	7	1,68	1,40

p= 0,231 – qui quadrado

DISCUSSÃO

Avaliar os efeitos da Fibromialgia sobre a vida diária dos pacientes afetados é um grande desafio para os médicos, principalmente quando diz respeito à qualidade de vida e escala de dor, haja vistas o fato de que cada pessoa interpreta esse impacto de maneira individual. O uso de escalas e questionários para avaliação destes quesitos são de grande valia. No presente estudo foram utilizados o HAQ e a EVA de dor, além da detecção do número de *tender point* de maneira simultânea.

Os resultados mostraram uma prevalência da doença em pacientes do sexo feminino contabilizando 95%, e apenas 5% dos pacientes eram do sexo masculino. Este resultado foi semelhante com o estudo de Berber et al.[9], em que 97% dos pacientes eram do sexo feminino e apenas 3% do sexo masculino. A média de idade encontrada em nosso trabalho foi de 48,93 ± 11,56 anos, semelhante também com o resultado do estudo de Berber et al.[9] em que mais de 60% dos pacientes estudados tinham entre 40 a 55 anos de idade.

A separação entre Fibromialgia Secundária e quei-

xas da própria Artrite Reumatoide ou Lúpus Eritematoso Sistêmico, em geral, é muito difícil porque existe uma sobreposição de queixas como artralgias, mialgias, fadiga e rigidez matinal que dificultam a distinção. Todavia, é fundamental que o médico reconheça que uma grande parcela do sofrimento do paciente pode ser atribuída à Fibromialgia, mais do que à desordem subjacente. O não reconhecimento dessa situação poderá ter como consequência um reforço terapêutico, com aumento nas doses de corticoide ou imunossupressores, na tentativa de controlar a doença de base. Tal medida, tanto não é efetiva como poderá ser prejudicial ao paciente pelos efeitos colaterais dessas drogas como: pressão arterial alta, elevação da glicose no sangue, ganho de peso, crescimento de pelos no rosto, úlcera de estômago, osteoporose, pele fina e friável, alteração da menstruação, catarata, glaucoma e aumento da chance de infecções [10]. Por outro lado, pacientes que apresentem sintomas não relacionados à inflamação, mas causados pelos mecanismos que operam na Fibromialgia se beneficiarão do tratamento dessa síndrome dolorosa.

Roig Vilaseca e cols.[11] analisaram os efeitos da coexistência de Fibromialgia em mulheres com Artrite Reumatoide. Estes autores analisaram 53 mulheres que preenchiam os critérios para AR, nove das quais também preenchiam os critérios para Fibromialgia. Os dois grupos eram comparáveis em idade, tempo de doença, reagentes de fase aguda (VHS e PCR) e número de articulações com edema. Entretanto, foram encontradas diferenças no número de articulações com dor, resultados do questionário HAQ e avaliação da doença pelos pacientes. Esses resultados corroboram a hipótese de que alguns instrumentos de avaliação da atividade de doença podem apresentar resultados superestimados em pacientes com AR que também têm Fibromialgia e tal fato impõe cautela na avaliação da atividade da doença e eficácia da terapêutica nesses pacientes.

Em estudo realizado por Coury e cols.[12] foi observado que o status reumático de populações com Fibromialgia isolada e Fibromialgia secundária à AR era similar para desconforto subjetivo (avaliado pelo SF-36, escala de dor, rigidez matinal) e na contagem dos pontos sensíveis. A população com Fibromialgia e AR concomitantes apresentou maiores escores do HAQ com tal elevação, que atingiu significância estatística nesse estudo. Este estudo foi contrário aos nossos achados em que a contagem do número de pontos-gatilho foi o único critério significativo para diferir a Fibromialgia primária da secundária e no qual o escore HAQ não mostrou diferenças expressivas.

Kuriya e cols.[13] realizaram um estudo para determinar se a qualidade de vida de pacientes com LES medida pelo questionário SF-36 se alterava ao longo do tempo e quais fatores influenciariam essa mudança. A conclusão do estudo foi de que as mudanças no SF-36 não eram afetadas pela atividade da doença, esteroides ou dano acumulado, mas eram afetados pela presença de Fibromialgia associada. Um achado interessante do presente estudo foi o de que o número de pontos-gatilho positivos na Fibromialgia secundária ao LES foi relativamente maior do que os contabilizados na secundária à AR, podendo-se concluir que realmente a Fibromialgia sencundária ao LES tenha, talvez, maior influência na qualidade de vida, embora isso não tenha se refletido no HAQ.

Outra possível aplicação secundária desse estudo comparativo é sugerir que uma investigação de uma possível AR incipiente, diagnosticada exclusivamente com bases clínicas, pode ser, falsamente, a de uma Fibromialgia, já que, praticamente, não existem diferenças entre a forma primária e secundária de Fibromialgia. Esse engano pode ocorrer uma vez que a AR e o LES possam se apresentar inicialmente com dor difusa, rigidez matinal e queixas de edema articular ou de tecidos moles (mesmo que sem sinais óbvios de sinovite). Assim, nossos resultados mostram que o médico não pode determinar se uma Fibromialgia é primária ou secundária pela intensidade da dor ou pela repercussão sobre a qualidade de vida. Talvez o número de pontos-gatilho ajude nessa diferenciação: foram obtidos nos resultados uma média de 13,25 ± 4,3 pontos na Fibromialgia primária, 9,25 ± 4,5 pontos na Fibromialgia secundária à AR e 10,40 ± 4,9 pontos na secundária ao LES.

Os pacientes com Fibromialgia primária sofrem tanto quanto os da Fibromialgia secundária ao LES e a AR. A ciência tem muito pouco para oferecer a estes pacientes. Mais estudos são necessários para saber o porquê desta superimposição. Talvez a dor crônica da AR ou mesmo o estresse psicológico do LES podem estar atuando como agentes sensibilizantes da Fibromialgia.

Existem muitos estudos que mostram que índices de depressão e ansiedade nesses pacientes são maiores do que em pessoas sem patologias[9]. A depressão pode influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, por aumentar a sensação de dor e incapacidade, tornar a adesão ao tratamento mais difícil e diminuir a qualidade das relações sociais[9].

A Fibromialgia é um problema reumatológico comum e uma desordem frustrante. Os médicos devem lidar com queixas vagas, falta de dados laboratoriais e de achados de imagem. Os pacientes convivem com um alto grau de sofrimento e incapacidade funcional, falta de um tratamento especifico e, em muitos casos, ceticismo de familiares e dos próprios profissionais de saúde. O conhecimento incompleto da fisiopatologia da Fibromialgia não a torna inexistente enquanto entidade clínica. A definição como síndrome e o estabelecimento de um nome que a identificasse permitiram que um grande volume de conhecimento fosse produzido e, a partir daí, abordagens terapêuticas, medicamentosas ou não, para amenizar o sofrimento de uma parcela significativa dos pacientes[4]. Porém, ainda são necessários muito mais estudos para melhor se compreender essa patologia e o porquê de sua superimposição em outras entidades reumatológicas.

CONCLUSÃO

A Fibromialgia é uma síndrome crônica caracterizada por queixa dolorosa músculo-esquelética difusa e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas. Os sintomas e a cronicidade dessa enfermidade causam prejuízo à qualidade de vida do indivíduo.

Neste estudo, buscou-se comparar Fibromialgia primária e secundária à Artrite Reumatoide e Lúpus Eritematoso Sistêmico, analisando a qualidade de vida, intensidade da dor e número de pontos-gatilho com auxílio dos questionários HAQ e EVA de dor.

Concluiu-se que a Fibromialgia primária é indistinguível das formas secundárias a AR e LES, salvo pela maior presença de pontos sensíveis ao exame físico. São precisos mais estudos sobre esta patologia para sua melhor compreensão.

ABSTRACT

Background: Fibromyalgia is a chronic disease characterized by generalized musculoskeletal pain and by the findings of tender points in pre determined body regions. It is a very common rheumatic disease affecting 2.5% of general population. It can be primary (when it appears alone) or secondary when it appears with other rheumatological condition. The aim of this paper is to compare primary with secondary fibromyalgia. **Methods:** We studied 60 patients (20 with primary fibromyalgia, 20 with fibromyalgia secondary to rheumatoid arthritis or RA and 20 with fibromyalgia secondary to systemic lupus erythematosus or SLE). Patients were submitted to physical exam for tender point counting and to a questionnaire for demographic data, HAQ evaluation (HAQ = health assessment questionnaire) and to pain measurement with VAS (visual analogic scale). **Results:** The pain level is the same in the three groups but the tender point counts was higher in primary fibromyalgia (very clear in relation to RA and a tendency in relationship to SLE). No differences were found regarding health quality issues. **Conclusion:** Primary fibromyalgia is similar to secondary except by higher counting of tender points in the primary form.

Keywords: Fibromyalgia; Quality of Life; Pain Measurement.

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. et al. The American College of Rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committed. Arthritis Rheum.1990 Feb;33(2):160-72.
2. Neumann L, Buskila D. Epidemiology of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep. 2003 Oct;7(5):362-8.
3. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. J Rhemautol. 2004 Mar;31(3):594-7.
4. Martinez JE, Fujisawa RM, Carvalho TC, Gianini RJ. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. Rev Bras Reumatol. [periodic na Internet]. 2009 Feb [acesso em 2009 Sep 22];49(1):32-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042009000100004&lng=en.doi:10.1590/S0482-50042009000100004.
5. Haun MVA, Ferraz MB, Pollak DF. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia em uma população brasileira. Rev Bras Reumatol 1999;39(4):221-30.

6. Weidebach WFS. Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. Rev Assoc Med Bras [periodico na Internet]. 2002 Dec [acesso em 2009 Sep 22]; 48(4):291-291. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400028&lng=en. doi: 10.1590/S0104-42302002000400028.
7. Antônio SF. Fibromialgia. Rev Bras Med. 2001;58:215-24.
8. Skare TL. Reumatologia: princípios e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1999.
9. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol [Periódico na Internet]. 2005 Abr [acesso 2010 Aug 23];45(2):47-54.] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042005000200002&lng=en. doi: 10.1590/S0482-50042005000200002.
10. PnemoAtual. Pacientes - Asma - Tratamento [homepage na internet]. [atualizada em 2010 Aug 22]. Disponível em: http://www.pacientes.com.br/asma/tratamento2.asp?tema=Asma&assunto=2&Last=28&IdPergunta=8.
11. Vilaseca DR, Otero CH. Efecto de la coexistencia de fibromialgia en el índice DAS28 en mujeres con artritis reumatoide. Reumatol Clin. 2008;4(3):96-9.
12. Coury F, Rossat A, Tebib A, Letroublon MC, Gagnard A, Fantino B, et al. Rheumatoid arthritis and fibromyalgia: A frequent unrelated association complicating disease management. J Rheumatol. 2009 Jan;36(1):58-62.
13. Kuriya B, Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Quality of life over time in patients with systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 2008 Feb 15;59(2):181-5.

Recebido em: 02/09/2010
Aprovado em: 03/10/2010
Conflitos de interesse: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma
Endereço para correspondência:
Telma L. Skare - Rua João Alencar Guimarães, 796 - Curitiba-PR - CEP 80310-420 - email: tskare@onda.com.br

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS RESIDENTES TEM NOVA DIRETORIA

A nova diretoria da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), foi eleita por unanimidade durante o 44º Congresso Nacional da categoria, realizado nos dias 24 e 25 de setembro na sede do Cremers (Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul), em Porto Alegre. Víctor Fernandes Lima, de Minas Gerais, assume a presidência da ANMR, sucedendo a Nivio Moreira Junior, do RS.

O Congresso, que veio consolidar a integração entre as representações estaduais, teve na solenidade de abertura as participações, dentre outros, de Jecé Freitas Brandão, representando o Conselho Federal de Medicina; Newton Barros, da Associação Médica Brasileira; e Maria Rita de Assis Brasil, da Federação Nacional dos Médicos. O representante do CFM exaltou a importância dos médicos residentes, referindo que a recente greve mostrou "o valor da categoria".

Para Maria Rita de Assis Brasil, dirigente com história de engajamento na residência, esta é uma etapa fundamental na formação do profissional, seja no aspecto técnico ou no humanista. "Os pós-graduandos devem se inteirar desde já de lutas nacionais dos médicos, como a definição de piso salarial, para que não tenham cinco empregos", ressaltou.

O novo presidente da Associação também fez referência à mobilização nacional: "A greve nos fortaleceu como movimento unido no país, e pela primeira vez temos um canal de diálogo permanente aberto com o governo federal, por intermédio do Grupo Interministerial de Trabalho, ao qual estamos integrados". Assinalou ainda que, além das reivindicações estabelecidas na greve, outra bandeira de luta da sua gestão será a reformulação completa da Lei de Residência Médica. "Sofremos com uma legislação vigente que é dúbia, falha e incompleta".

Víctor Fernandes Lima defende ainda a politização dos médicos residentes: "Cabe a cada associação estadual realizar o trabalho de base para que os pós-graduandos se interessem por esses assuntos e se associem. Vamos manter um relacionamento próximo com AMB, CFM e Fenam, de modo que possamos suprir os quadros dessas entidades no futuro". O ex-presidente da Associação, por sua vez, agradeceu o apoio institucional de todas as entidades nacionais da categoria. "Somos o irmão menor, mas estamos crescendo".

Nova Diretoria da ANMR
Presidente: Víctor Fernandes Lima (MG)
Vice-presidente: Beatriz Costa (RJ)
Secretário-geral: Natan Katz (RS)
2º secretário: Cássio Borges (DF)
1ª tesoureira: Lorena Cordeiro (AM)
2ª tesoureira: Ana Cecília Gondim (CE)
Diretor de Comunicação: Alexandre Chang (SP)

REV. MED. RES. VOL. 12 - Nº 3 E 4: 118 JUL / DEZ 2010

APLICAÇÃO TÓPICA DE GLICOCORTICOIDES E AVALIAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTRAPERITONEAIS EM RATOS

Topical aplication of glicocorticoids and evaluation over intraperitoneal adhesions in rats

João Carlos Simões[1]
Felipe Schuster Battaglin[2]
Daniel Nishiura Enzo Outi[2]

Simoes JC, Battaglin FS, Outi DNE. Aplicação tópica de gliticoides e avaliação de aderências intraperitoneais em ratos. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4) 118 - 123.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar o efeito dos corticoesteroides tópicos Clob-x (proprionato de clobetasol) e Omcilon ora-base (acetonido de triamcinolona) na prevenção das aderências peritoneais em ratos. **Métodos:** Vinte e quatro ratos foram divididos aleatoriamente em três grupos de oito, sendo todos submetidos à fricção do ceco como modelo de formação de aderências. No grupo Clobetasol foi aplicado pomada de propionato de clobetasol (Clob-x®) 0,5mg/g sobre o ceco; no grupo Omcilon foi aplicado pomada orabase acetonido de triancinolona (Omcilon®) 1mg/g. No grupo controle não se utilizou nenhuma substância. Após 25 dias, os ratos foram abertos e avaliados quanto à incidência e a gravidade das aderências. **Resultados:** A incidência das aderências foi significantemente inferior nos grupos Omcilon e Clobetasol (p=0,0078). Nada se pode afirmar sobre melhor eficiência entre os dois corticóides (p=0,2213). A gravidade das aderências foi significantemente inferior, apenas, no grupo Omcilon, quando comparado ao grupo controle (p=0,0489). **Conclusão:** Os corticoides, quando aplicados topicamente no foco de aderência, são fatores de proteção para a diminuição ou prevenção das aderências, porém, apenas a triancinolona mostrou-se eficaz na diminuição da intensidade das aderências. Nada se pode afirmar sobre a melhor eficácia entre os dois corticosteroides.

Descritores: Aderências; Prevenção; Corticosteroides tópicos; Ratos.

INTRODUÇÃO

Aderências ou bridas figuram entre as mais importantes sequelas pós-operatórias intra-abdominais e pélvicas por sua morbidade e geração de sobrecarga financeira em internamentos hospitalares. Segundo Alpay et al, sua incidência pode variar entre 55-95%[1]. Dentre suas complicações pode-se citar: obstrução intestinal, dor pélvica crônica e dificuldades técnicas durante a reoperação[2]. De acordo com a literatura, são responsáveis por mais de 40% de todos os casos de obstrução intestinal e de 60 a 70% de obstrução do intestino delgado[3]. Vale ressaltar que não existem até o momento marcadores capazes de predizer o grau de extensão e gravidade das aderências[1].

Aderências ou bridas são conexões não anatômicas de tecido fibroso que unem duas superfícies peritoneais normais[1]. É de senso comum que a aderência decorre por uma agressão física ou química à serosa parietal e visceral. Tal dano resulta numa resposta inflamatória que, por meio de cininas e histaminas, gera: aumento da permeabilidade vascular, exsudato inflamatório e invasão celular no tecido lesado. Os polímeros de fibrina, depositados do infiltrado exsudativo, interagem com a fibronectina formando uma matriz responsável pela formação das aderências. Concomitante a este contexto, existe um constante processo de formação e reabsorção das aderências, na qual a diminuição na taxa de fibrinólise romperia este equilíbrio e possibilitaria a proliferação dos fibroblastos, deposição de matriz extrace-

TRABALHO REALIZADO NA DISCIPLINA DE TÉCNICA OPERATÓRIA E ONCOLOGIA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ.

1 - Professor titular de Oncologia da Faculdade Evangélica do Paraná. Chefe do Serviço de Cancerologia do Hospital Universitáro Evangélico de Curitiba.

2 - Estudantes do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.

lular e formação das aderências. Depois de formadas, há liberação de fatores de angiogênese e organização de estruturas vasculares permeando o tecido fibrótico[1].

Muitos métodos profiláticos baseados na fisiopatologia já foram testados para a prevenção das aderências peritoneais e, uma em especial, os glicocorticoides. Acredita-se que quando administrados de forma tópica intraperitoneal ou sistêmica reduzam o grau de adesão peritoneal por sua ação anti-inflamatória[2].

O uso tópico de um creme à base de corticoide proporcionaria um tempo de absorção intermediário em relação à aplicação de solução liquida na cavidade peritoneal que tem absorção muito rápida, e o uso crônico, que, segundo alguns autores, leva à diminuição da reepitelização, neovascularização e da síntese de colágeno, predispondo a eventrações, deiscências de pele e de anastomoses[2].

Trabalhos recentes sugerem que o uso tópico de corticoides diretamente no local da indução da aderência previnam a formação das aderências tanto no aspecto qualitativo quanto no quantitavo[2].

O objetivo deste estudo é avaliar se o uso dos corticoesteroides tópicos de uso na prática médica no Brasil, Clob-x (proprionato de clobetasol) e Omcilon ora-base (acetonido de triamcinolona), contribuem na diminuição das incidências das aderências peritoneais em ratos.

MÉTODOS

Após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa sob número 8736/08, o estudo foi realizado no Laboratório de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental na Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), obedecendo às normas para manuseio de animais do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal. (COBEA). Os ratos ficaram alojados no biotério central da Faculdade Evangélica do Paraná em grupos de cinco animais em caixas de polipropileno de dimensões padronizadas para a espécie. O ciclo claro/escuro e a umidade do ar foram os próprios do ambiente, e a temperatura mantida entre 20 ± 2ºC. Todas as caixas ficaram a igual distância da fonte de luz, e os animais tiveram livre acesso à ração de padrão comercial e à água durante todo o experimento.

Foram utilizados 24 ratos Wistar, machos, com idade de cerca de 120 dias pesando de 250 a 350g. Os ratos foram divididos aleatoriamente em três grupos com oito animais cada: um grupo Clobetasol, no qual foi aplicado pomada de propionato de clobetasol (Clob-x®) e um grupo Omcilon, no qual foi aplicado pomada oral de acetonido de triancinilona e um grupo controle no qual nenhuma pomada foi utilizada.

Todos os animais foram anestesiados com Ketamina-Xilazina (10mg/100g de peso e 1mg/100g de peso, respectivamente) via intraperitoneal. Foi realizada laparotomia mediana infraumbilical e utilizou-se o modelo de formação de aderência peritoneal conforme o método descrito por Liebman et al[4], no qual 2cm distais do ceco é exposto e seguro por uma gaze úmida e realizada uma fricção com gaze seca em ambas as paredes dorsal e ventral. Cada parede é friccionada 10 vezes até a aparição de pontos hemorrágicos (Figura 1).

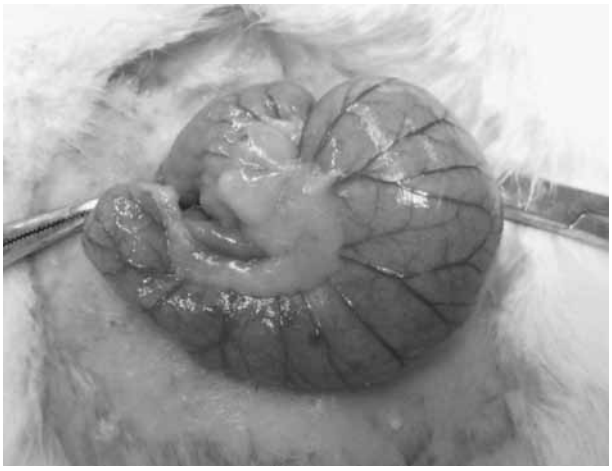


FIGURA 1 - Pontos Hemorrágicos após fricção do ceco.

No grupo controle, nenhum outro procedimento foi realizado a mais no ceco. No grupo Clobetasol foi aplicado topicamente e intraperitonealmente pomada de propionato de clobetasol 0,5mg/g (Clob-x®) no local de abrasão em uma dose aproximada de 0,30mg[1] verificado em balança de alta precisão da Faculdade Evangélica do Paraná. No grupo experimento Omcilon foi aplicado topicamente pomada oral de acetonido de triancinilona 1mg/g (Omcilon®) 10mg no local de abrasão em uma dose aproximada de 0,30mg[1], também verificado em balança de alta precisão (Figura 2). Em seguida foi realizada a laparorrafia em dois planos, o primeiro, peritônio-músculo-aponeurótico, com fio absorvível monocryl 3.0 e o outro, pele, com fio de náilon 4.0. Os animais receberam analgesia pós-operatória

com Dipirona, dose 50mg/kg via oral diluído na água. Os animais foram observados diariamente. Se houvesse óbito seria verificado a sua possível causa.

FIGURA 2 - Ceco após aplicação tópica da pomada.

Aos 25 dias de pós-operatório foi realizada a morte dos animais com dose letal de Ketamina-Xilazina via intraperitoneal.

A cavidade peritoneal foi reaberta e as adesões foram avaliadas segundo o escore de Evans et al para avaliação dos resultados[5] (Tabela 1).

TABELA 1 - CLASSIFICAÇÃO DAS ADESÕES PERITONEAIS (EVANS ET AL[5]).

Grau	Descrição
0	Sem adesão
1	Adesões firmes separadas espontaneamente
2	Adesões firmes separadas por tração
3	Adesões densas necessitando dissecção por lâmina

Os resultados serão analisados estatisticamente, adotando-se 0,05 ou 5% como nível de significância.

RESULTADOS

Na amostra selecionada, sete ratos foram excluídos por óbito durante o período pós-operatório, todos eles por necrose do ceco e peritonite. Destes, três ratos pertenciam ao grupo Omcilon, dois eram do grupo Clobetasol e dois do grupo controle. Nos demais ratos, não houve complicações.

Os seis ratos do grupo Controle apresentaram 19 aderências, destas, uma foi de grau 1, oito de grau 2 e dez de grau 3. Cinco ratos tinham duas ou mais aderências e um rato formou apenas uma aderência.

Os seis ratos do grupo Clobetasol apresentaram sete aderências, destas, uma de grau 1, quatro de grau 2 e duas de grau 3. Cinco ratos tiveram uma aderência e um rato formou duas.

Os cinco ratos do grupo Omcilon apresentaram três aderências, destas, duas de grau 1, uma de grau 2 e nenhuma de grau 3. Três ratos fizeram uma aderência e dois estavam livres de aderência.

A principal localização das aderências em todos os grupos ocorreu entre o ceco e a gordura pélvica.

Os grupos Omcilon e Clobetasol desenvolveram, significantemente (p=0,0078), menos aderências por rato (100% e 83,33%, respectivamente, com 0 ou 1 aderência) quando comparados ao controle (83,33% com 2 ou mais aderências) (Gráfico 1). Não houve diferença significante entre os grupos Omcilon e Clobetasol (p=0,3383)

FIGURA 3 - Aderência Grau 3.

FIGURA 4 - Aderência Grau 1.

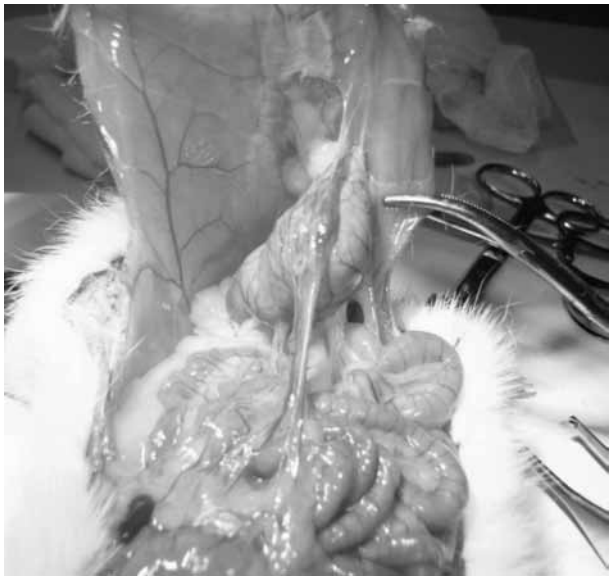


FIGURA 5 - Múltiplas aderências envolvendo o ceco.

GRÁFICO 1 – Quantidade de aderências por rato.

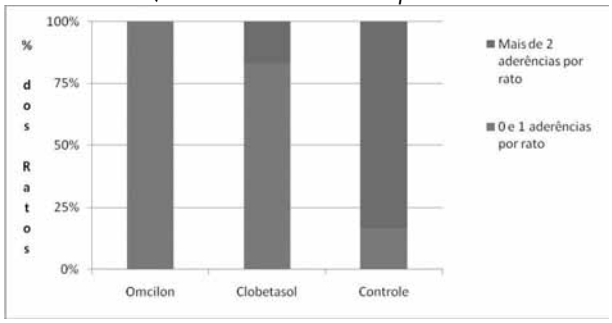
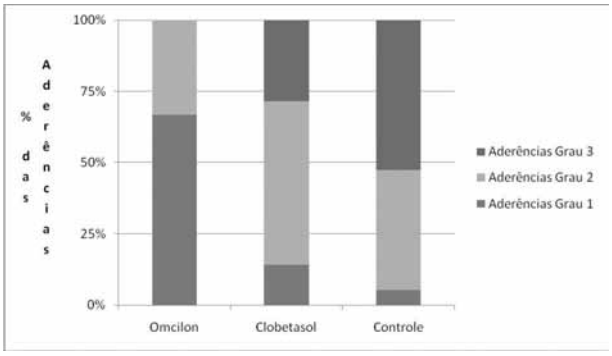


GRÁFICO 2 – Quantidade de aderências por grau.



Apenas o grupo Omcilon desenvolveu aderências menos graves (66,66% de grau 1 e nenhuma de grau 3) com significância estatística (p=0,048) quando comparado ao grupo controle (52,63% de grau 3 e apenas 5,26% de grau 1), visto que, não houve relevância estatística com o grupo Clobetasol quando comparado ao controle (p=0,4883) (Gráfico 2).

DISCUSSÃO

A prevenção da formação de aderências pélvicas representa ainda grande desafio em cirurgia. As tentativas de evitá-las dependem de profundo conhecimento da sua fisiopatologia, do desenvolvimento e aprimoramento de técnicas cirúrgicas e da utilização de métodos preventivos. Muitos métodos e substâncias já foram testados, dentre eles: líquidos, géis, drogas, fibrinolíticos, técnicas microcirúrgicas e instilação de diferentes soluções e barreiras hidrossolúveis ou orgânicas[1]. No entanto, após um período inicial de entusiasmo, a prática não consagrou a utilização de nenhum método pelas divergências encontradas na literatura[1].

Choong-Leong et al em um estudo com 32 pacientes concluiu que, o uso de gel a base de hialuronato no local da incisão do sistema digestório apresentava taxas de complicações pós-operatórias inaceitáveis, contrapondo a propriedade antiadesiva demonstrada em estudos anteriores com animais e humanos[6,7].

Diogo filho et al submeteu 33 ratos Wistar à peritoniostomia com tela de polipropileno associado a nitrofurazona, um potencializador do processo de cicatrização. O autor não obteve redução na incidência de aderências, mas observou melhora na gravidade e intensidade[8].

Pacheco et al utilizou 120 ratas Wistar para comparar a eficácia de diferentes substâncias isoladas ou

combinadas: ringer lactato, solução salina isotônica a 0,9%, albumina, celulose (carboximetilcelulose), ampicilina e diferentes tipos de corticoides. Os melhores tratamentos foram dextrano 70 isolado e aqueles que incluíram corticoides na sua formulação, apesar de nenhum prevenir completamente a formação de aderência[9].

A via tópica dos corticoides, além do efeito anti-inflamatório dos esteroides, possivelmente o excipiente exerceria uma ação de barreira, impedindo o contato das superfícies lesadas durante o processo de cicatrização, complementando a ação dos corticoides na prevenção das bridas. Além disso, a aplicação tópica reduziria a velocidade de absorção, aumentaria o tempo do contato local e minimizaria os efeitos colaterais do uso crônico da medicação, como o retardo da cicatrização e imunossupressão sistêmica[2].

Zhang et al demonstraram em 60 ratos que aplicar creme de halcinonide diretamente na superfície do ceco lesionado pode reduzir não apenas a gravidade mas também a incidência das aderências, resultado semelhante ao presente estudo[2].

As doses de ambos os medicamentos neste estudo foram baseados nos resultados encontrados por Zhang et al, não sendo investigada a dose ótima para a prevenção das bridas.

Este presente estudo demonstrou que a aplicação de acetonido de triancinilona (Omcilon®) de uso local é fator de proteção para a gravidade das aderências ao compará-lo com o grupo Controle. Porém, nada se pode afirmar sobre a melhor eficiência entre os dois corticoides. Observa-se também que o uso de ambos corticoides são fatores de diminuição e de prevenção do número de aderências quando comparados ao controle, mas não houve diferença estatística entre os grupos tratamento

Os resultados foram obtidos com a exclusão das aderências fora do foco de escarificação (ceco), que ocorreram principalmente entre a ferida incisional e a gordura pélvica, pois dependem de fatores que não estão relacionados ao modelo e podem variar, por exemplo, de acordo com o material ou da técnica utilizada.

Vale ressaltar que os veículos nos quais a triamcinolona e o clobetasol foram incorporados não foram avaliados neste trabalho, porém procurou-se uniformizar o excipiente usando como base o Omcilon por já ser incorporado em base emoliente para uso odontológico, contendo pectina, gelatina e carboximetilcelulose sódica, em Plastibase® (base de polietileno e óleo mineral). Por isso, escolhemos o Clob-x pomada em detrimento dos outros veículos por conter fenoxietanol com parabenos e plastibase e por ter um corticoide de potência semelhante à triamcinolona.

Apesar de não comprovarmos estatisticamente, existe uma tendência dos resultados do Omcilon® serem superiores aos do Clob-x®, visto que o primeiro teve poucas aderências, que foram na sua maioria de baixa gravidade (grau 1). O segundo teve mais que o dobro de aderências, sendo a maioria delas de gravidade superior (graus 2 e 3).

A provável explicação pela variação dos resultados deve-se à diferença das concentrações e dos excipientes das pomadas, sendo o Omcilon® o mais apropriado por se tratar de uma pomada desenhada para aplicação em mucosas, mimetizando um ambiente mais semelhante à cavidade peritoneal.

O corticoide tópico intraperitoneal, embora relevante na fisiopatologia da formação de aderências por agir como um potente anti-inflamatório em várias formulações, foi pouco explorado na literatura se comparado à infinidade de artigos a respeito de métodos de barreira, estudos de aderências em técnica fechada (laparoscopia) e avaliações da técnica cirúrgica com ou sem peritôniorrafia[10].

É importante ressaltar que, apesar dos vários métodos empregados na prevenção das aderências, nenhuma delas permite que se negligencie a técnica cirúrgica, por ser o foco da gênese das aderências.

Novos trabalhos com número maior de ratos são necessários para a confirmação desta conclusão. Enquanto isso, espera-se que o presente estudo possa ter contribuído para o esclarecimento de tão importante questão.

CONCLUSÃO

O presente estudo permite concluir que o uso tópico de corticoide intraperitonial (triancinolona e clobetasol) é um método eficaz na prevenção das bridas, sendo que a diminuição da intensidade das aderências foi atribuída apenas ao acetonido de triancinolona (Omcilon®).

ABSTRACT

Background: The aim of this study is to evaluate the effectiveness of Corticosteroids Clob-x® (clobetasol proprionate) and Omcilon® ora-base (triancinolone acetonide) in order to prevent intra-abdominal adhesions in rats. **Methods:** Twenty four male Wistar rats were divided into three groups of 8 each. The adhesions were induced by abrading of the cecum. Clobetasol group received propionato de clobetasol (Clob-x®) 0,5mg/g over the cecum. Omcilon group received triancinolone acetonide (Omcilon®) 1mg/g. Control group received no further treatment of the cecum. After 25 days, the animals were sacrificed and evaluated according to incidence and severity of adhesions. **Results:** The incidence of adhesions was significantly decreased in groups Omcilon and Clobetasol (p=0078). Nothing can be affirmed about better results between both corticosteroids. Only the Omcilon group resulted in a significant decrease in mean adhesion when compared with Control group (p=0,0489). **Conclusion:** Corticosteroids, when administered topically intraperitoneal over the abrading focus, were found to be effective in the reduction or prevention of adhesions, nevertheless, great reduction in adhesion was significant only in the triancinolone group. About better efficiency between both corticosteroids, no statistical significance was found.

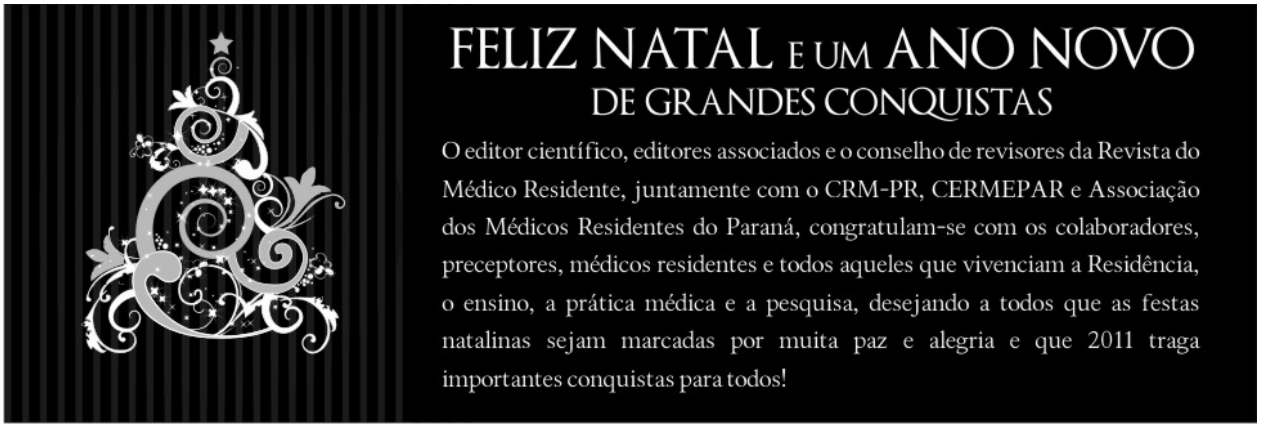
Keywords: Tissue Adhesions, Prevention; Adrenal Cortex Hormones; Rats.

REFERÊNCIAS

1. Alpay Z, Saed GM, Diamond MP. Postoperative adhesions: From formation to prevention. Semin Reprod Med. 2008 Jul;26(4):313-21.
2. Zhang YD, Yao W, Wu CX, Chi QM, Zhang JY, Li M. Tropical application of halcinonide cream reduces the severity and incidence of intraperitoneal adhesions in a rat model. Am J Surg. 2002 Jul;184(1):74-77.
3. Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. Eur J Surg Suppl. 1997;(577):5-9
4. Liebman SM, Langer JC, Marshall JS, Collins SM. Role of mast cells in peritoneal adhesion formation. Am J Surg. 1993 Jan;165(1):127-30.
5. Evans DM, McAree K, Guyton DP, Hawkins N, Stakleff K. Dose dependency and wound healing aspects of the use of tissue plasminogen activator in the prevention of intra-abdominal adhesions. Am J Surg. 1993 Feb;165(2):229-32.
6. Tang CL, Jayne DG, Seow-Choen F, Ng YY, Eu KW eMustapha N. A randomized controlled trial of 0.5% ferric hyaluronate gel (Intergel) in the prevention of adhesions following abdominal surgery. Ann Surg. 2006 Apr;243(4):449-55.
7. Corrales F, Corrales M, Schirmer CC. Prevenção de aderências intraperitoneais com vitamina E e hialuronato de sódio/ carboximetilcelulose. Estudo comparativo em ratos. Acta Cir Bras. 2008 Jan/Feb;23(1):36-41.
8. Diogo FA, Lazarini BC, Vieira-Junior F, Silva GJ e Gomes HL. Avaliação das aderências pós-operatórias em ratos submetidos a peritoniostomia com tela de polipropileno associada à nitrofurazona. Arq Gastroenterol. 2004 Out-Dez;41(4):245-9.
9. Pacheco JF, Dias R, Silva MG, Tristão AR, De Luca LA. Prevenção de aderências pélvicas: Estudo experimental em ratas com diferentes modalidades terapêuticas. RBGO. 2003 Sep;25(5):359-64.
10. Araújo SEA, Caravatto PPDP, Chang AJBA, Campos FGCM, Sousa M. Impacto da Vídeocirurgia na Prevenção de Aderências. Rev bras Coloproct. 2006 Abr/Jun;26(2):208-16.

Recebido em: 05/06/2010
Aprovado em: 09/07/2010
Conflitos de interesse: nenhum
Fonte de financiamento: nenhum

Endereço para correspondência:
João Carlos Simões - Rua Nicolau J. Gravina, 65, Cascatinha - 82010-020 - Curitiba-PR - email: drjcs@uol.com.br



REV. MED. RES. VOL. 12 - Nº 3 E 4: 124 JUL / DEZ 2010

SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA EM CRIANÇAS

Idiopathic Nephrotic Syndrome in Children

Luis Alberto Batista Peres[1]

Rosangela Aparecida Botinha Assumpção[2]

Peres LAB, Assumpção RAB. Síndrome Nefrótica Idiopática em Crianças. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4) 124-129.

RESUMO

Objetivo: A síndrome nefrótica (SN) é uma comum glomerulopatia na infância caracterizada por proteinúria severa, hipoproteinemia, edema e hiperlipidemia. Em crianças, mais de 80% apresentam a doença de lesões mínimas, que é geralmente responsiva aos corticosteroides e têm excelente prognóstico. O objetivo foi avaliar a responsividade ao tratamento da SN idiopática em crianças. **Métodos:** Estudo retrospectivo de uma coorte de crianças admitidas em um Hospital Geral para tratamento de SN idiopática. Revisamos os registros de prontuários de 51 crianças tratadas no período de 2000 a 2008. Todas as 51 crianças foram inicialmente tratadas com prednisona oral. SN foi classificada de acordo com as seguintes definições: SN, presença de proteinuria > 40/mg/h/m2 acompanhada de albumina sérica < 2.5 g/dl e edema; SN corticodependente, ocorrência de duas ou mais recidivas após redução da dose da prednisona ou dentro de duas semanas da descontinuação da mesma; SN corticoresistente, falta de resposta após 14 semanas de terapia com prednisona e pulso de três dias de metilprednisolona; remissão, redução da proteinúria para valores < 4.0/mg/h/m2 com albumina > 3.0 g/dl. O protocolo de tratamento para o primeiro episódio de SN foi prednisona 60 mg/m2 durante seis semanas, seguida por 40mg/m2 em dias alternados, durante seis semanas. Recidivas foram tratadas até a normalização da proteinúria por três dias. Para os casos de SN corticoresistentes ou corticodependentes outras opções terapêuticas utilizadas foram: ciclofosfamida, chorambucil, azatioprina, ciclosporina ou micophenolate mofetil. **Resultados:** Foram tratadas 51 crianças com SN, com idade média de 4,7 anos (variando de 1 a 13 anos), sendo 68% do gênero masculino. Destes, 50,9% foram sensíveis aos corticosteroides, 21,5 corticoresistentes e 11,7% corticodependentes, sendo que os demais apresentaram respostas variáveis. Houve perda de seguimento em duas crianças. Azatioprina foi usada em um caso, ciclofosfamida em oito, ciclosporina em seis e micofenolato mofetil em dois. Atualmente, 50% estão em remissão, 49% sem prednisona e 51% corticodependentes e usando ciclofosfamida, ciclosporina ou micophenolate mofetil. Em quatro crianças houve evolução para doença renal crônica em estádio terminal. A biópsia renal foi realizada em 12 crianças e analisadas à microscopia óptica de luz. Lesões mínimas foram diagnosticadas em sete casos, glomerulonefrite proliferative mesangial em duas, glomeruloesclerose segmentar e focal em duas e glomerulonefrite difusa com formação de crescentes em uma. **Conclusão:** A SN na infância comumente é causada por lesões mínimas ou glomeruloesclerose focal, sendo um problema comum em ambulatórios de pediatria. Corticosteroides continuam sendo a primeira escolha terapêutica. Crianças corticodependentes oferecem dificuldades no seu manejo.

Descritores: Síndrome nefrótica; Crianças.

INTRODUÇÃO

A síndrome nefrótica (SN) cursa classicamente com proteinúria maior que 40 mg/m²/h, hipoalbuminemia menor que 2,5g/dL, edema e hiperlipidemia. É essencialmente uma doença pediátrica, sendo 15 vezes mais comum em crianças que em adultos. A incidência é de 2-7 casos em 100.000 crianças por ano[1] e a prevalência de 16 casos por 100.000 crianças[2]. Pode ser primária ou secundária a doenças sistêmicas, uso de drogas, in-

TRABALHO REALIZADO NA DISCIPLINA DE NEFROLOGIA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE

1 - Professor Adjunto da disciplina de Nefrologia da UNIOESTE.

2 - Estudante de pós-graduação – UNIOESTE.

fecções e neoplasias. A maioria das crianças apresenta uma forma idiopática, com padrão histológico de doença por lesões mínimas, glomeruloesclerose segmentar e focal ou proliferação mesangial. Lesões mínimas sensível à corticoterapia é a forma mais comum, mas recidivas ocorrem, em até 70% dos casos[3]. A maioria dos casos de lesões mínimas ocorre antes dos cinco anos de idade[4]. Crianças corticodependentes e corticoresistentes estão mais frequentemente relacionados aos outros tipos histológicos. A raça branca é mais responsiva à corticoterapia do que a raça negra[5].

Universalmente, a primeira droga de escolha é o corticoide. Outras opções terapêuticas nos casos resistentes ou dependentes de corticoide são a ciclofosfamida, azatioprina, clorambucil, ciclosporina, levamisole, micofenolato mofetil, tacrolimus, sirolimus, vincristina, imunoglobulina, inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores dos receptores da angiotensina[6,7,8,9,10,11,12].

MÉTODOS

Foram revisados os prontuários de todos os pacientes atendidos no Ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, no período de 1.º de março de 2000 a 31 de julho de 2008. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE, tendo o parecer favorável. Foram obtidos os seguintes dados: idade, raça, sexo, história familiar de nefropatia, proteinúria de 24 horas, creatinina e outros exames laboratoriais disponíveis, drogas utilizadas para o tratamento, resposta terapêutica de acordo com a evolução da proteinúria, exame histológico quando disponível. Todas as 51 crianças foram inicialmente tratadas com prednisona oral. SN foi classificada de acordo com as seguintes definições: SN, presença de proteinuria > 40/mg/h/m2 acompanhada de albumina sérica < 2.5 g/dl e edema; Síndrome nefrótica corticosensível (SNCS) foi considerada quando da negativação da proteinúria após dois meses de corticoterapia. SN corticodependente (SNCD), ocorrência de duas ou mais recidivas após redução da dose da prednisona ou dentro de duas semanas da descontinuação da mesma; SN corticoresistente (SNCR), falta de resposta após 14 semanas de terapia com prednisona e pulso de três dias de metilprednisolona; remissão total foi considerada quando houve redução da proteinúria para níveis inferiores a 150 mg/24 horas e remissão parcial quando a proteinúria se manteve entre 150 mg/24 horas e 40 mg/kg/24horas, recidiva foi considerada quando após normalização da proteinúria houve nova crise com proteinúria franca acima de 4 mg/kg/dia. Critério para indicação de biópsia renal foi corticoresistência ou corticodependência.

O protocolo de tratamento para o primeiro episódio de SN foi prednisona 60 mg/m2 durante seis semanas, seguida por 40mg/m2 em dias alternados, durante seis semanas, com descontinuação progressiva. Recidivas foram tratadas até a normalização da proteinúria por três dias. Para os casos de SN corticoresistentes ou corticodependentes outras opções terapêuticas utilizadas foram: ciclofosfamida, chorambucil, azatioprina, ciclosporina ou micophenolate mofetil.

Os dados foram armazenados em banco de dados do Microsoft Excel e foram analisados por meio das estatísticas descritivas: média aritmética, desvio padrão, valores mínimo e máximo e frequência bruta e percentual. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher conforme o tamanho da amostra.

RESULTADOS

Foram avaliados 51 pacientes com síndrome nefrótica com idade média de 4,7 + 2,9 anos (variando de 1 a 13 anos), sendo 68 % do gênero masculino. Quanto à raça, 84,4% eram da raça branca, 11,1% eram da raça negra, e 4,4% da raça amarela. Os pacientes tiveram tempo de seguimento médio de 49 + 7,8 meses. Dentre os 51 pacientes estudados, os mesmos foram classificados conforme a resposta ao corticoide, em corticosensíveis (50,9%), corticoresistentes (21,5%) corticodependentes (11,7%), sendo que em 11,7% deles ocorreram períodos variáveis de resposta. Quanto ao tratamento realizado, além do corticoide, um paciente fez uso de azatioprina, oito pacientes de ciclofosfamida, seis de ciclosporina e dois de micofenolato mofetil. A situação atual dos pacientes quanto à resposta terapêutica é: 50% em remissão, destes 49% sem prednisona e 51% com prednisona associada ou não à ciclofosfamida, ciclosporina ou micofenolato mofetil. O tempo médio de seguimento foi de 39,6 + 31,5 meses (variando de 3 a 108 meses). Houve perda de seguimento em duas

crianças. Em quatro crianças houve evolução para doença renal crônica em estádio terminal.

Dentre os 51 pacientes estudados, 12 foram submetidas à biópsia renal, que foi analisada à microscopia óptica de luz. A análise histológica revelou lesões mínimas em sete crianças, glomerulonefrite proliferativa mesangial em duas, glomeruloesclerose segmentar e focal em duas e glomerulonefrite crescentérica em uma.

Quando dividimos os pacientes quanto à idade em dois grupos: < 5 anos e > 5 anos, observamos melhor resposta no grupo < 5 anos. A tabela 1 apresenta estes dados.

TABELA 1 - RESPOSTA TERAPÊUTICA DAS CRIANÇAS DE ACORDO COM A IDADE DE APRESENTAÇÃO DOS SINTOMAS, UTILIZANDO CINCO ANOS COMO PONTO DE CORTE.

	< 5 anos	> 5 anos	p
N	30 (61,2%)	19 (38,8%)	
Sexo masculino	19 (63,3%)	13 (68,4%)	
Necessidade de imunossupressor	6 (20%)	10 (52,6%)	0,0284*1
Uso de ciclofosfamida	2 (6,6%)	6 (31,6%)	0,0427*2
Uso de ciclosporina	4 (13,3%)	2 (10,5%)	1,000
Uso de micofenolato mofetil	0 (0%)	2 (10,5%)	0,1454
Evolução para doença renal crônica	1 (3,3%)	3 (15,7%)	0,2848

*1: estatisticamente significativo (Teste do quiquadrado) *2: estatisticamente significativo (Teste Exato de Fisher)

DISCUSSÃO

A síndrome nefrótica (SN) idiopática é uma doença glomerular comum em crianças, que se caracteriza por proteinúria severa, hipoalbuminemia, edema, e hiperlipidemia[13]. Sendo a forma mais comum em crianças a doença por lesões mínimas (DLM), que corresponde a 80% dos casos e apresenta uma prevalência em meninos duas vezes maior do que em meninas[14]. São características desta forma de lesão a quase inexistência de hematúria macroscópica, a perda seletiva de albumina, a boa resposta a corticoides e o excelente prognóstico renal. É extremamente rara a progressão para insuficiência renal e 80% dos pacientes afetados evoluirão com remissão espontânea até o final da infância[13].

A resposta aos corticoides é altamente sugestiva de DLM, de forma que, à apresentação inicial, a biópsia renal não é realizada caso não haja fatores de risco sugerindo outras formas de SN. Todavia, alguns pacientes com glomerulosclerose segmentar e focal e glomerulopatia membranoproliferativa também apresentarão resposta ao corticoide[13].

Em nossa série, houve predomínio do sexo masculino e aproximadamente 50% responderam ao corticoide por tempo prolongado e 21,5% foram corticoresistentes. Aproximadamente 1/3 dos pacientes necessitaram de citotóxicos e metade da série está em uso de alguma droga após um tempo médio de seguimento de aproximadamente quatro anos. Estes dados mostram a dificuldade de manuseio destes casos.

Quando dividimos os pacientes de acordo com a idade, quando da apresentação inicial utilizando cinco anos como ponto de corte, observamos melhor resposta no grupo com idade inferior a cinco anos. Provavelmente esta diferença de resposta se explica pela maior incidência de lesões mínimas em crianças com menos de cinco anos[1,4].

A indicação de biópsia renal deve ser reservada para os casos que não responderem ao tratamento inicial com corticoide ou cujas características clinicolaboratoriais sugerem glomerulonefrite membranoproliferativa, ou em pacientes com recidivas frequentes, antes de se iniciar o uso de drogas de segunda linha no tratamento de SN[13]. Dentre os 51 pacientes estudados nesta série, 12 foram submetidas à biópsia renal, que foi analisada à microscopia óptica de luz. A análise histológica revelou lesões mínimas em sete crianças, glomerulonefrite proliferativa mesangial em duas, glomeruloesclerose segmentar e focal em duas e glomerulonefrite crescentérica em uma. Estes dados mostram que mesmo pacientes com lesões mínimas podem apresentar baixa resposta à corticoterapia.

A alta incidência da DLM permitiu grande quantidade de estudos e a determinação dos tratamentos adequados. De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira para o tratamento das glomerulopatias primárias, a DLM deve ser inicialmente tratada com prednisona, na dose de 1mg/kg/dia, ou 60mg/m2/dia (máximo de 80mg/dia) por quatro a seis semanas, tendo posteriormente sua dose reduzida para 40mg/m2/dia, em dias alternados, por mais quatro a seis semanas. Nas recidivas, recomenda-se uso de prednisona por via oral nas doses originais até negativação da proteinúria, seguida

de redução de dose, por quatro semanas[13].

Infelizmente, pacientes com SNCS podem apresentar cinco ou mais recidivas. Alguns destes pacientes podem ser controlados com baixas doses de corticoides diariamente ou em dias alternados, mas muitos ainda continuam com recidivas quando da tentativa de descontinuação da droga. Com isso prefere-se usar drogas para um segundo curso de tratamento que reduzam o risco das recidivas como, ciclofosfamida, clorambucil, ciclosporina e levamisole, porém os efeitos adversos tornam-se aumentados em decorrência da maior toxicicidade das mesmas[15].

A SNCR tem a característica de responder pior ao tratamento mesmo com o uso de ciclofosfamida, ciclosporina, assim pode-se optar em fazer pulsoterapia com metilprednisolona e até por usar drogas mais recentes, como tacrolimus, sirolimus e micofenolato mofetil[16].

Recentemente foi publicado um estudo retrospectivo em 78 crianças com SNCR idiopática atendidas em 20 anos em oito centros diferentes. A idade média da apresentação clínica foi de 4,4 anos, sendo 1.4 vezes mais frequente no gênero masculino. Em 58% dos casos não houve resposta inicial ao corticoide, e em 42% mesmo após o seu uso prolongado. Ciclosporina foi utilizada em 37% e ciclosporina associada ao micofenolato mofetil em 23%. A sobrevida dos pacientes após15 anos foi de 97% e a sobrevida renal após 5, 10 e 15 anos foi de 75%, 58% e 53%, respectivamente. Idade de início da SN após os 10 anos de idade foi preditor independente de doença renal crônica em estádio terminal. Foram submetidos a transplante renal 20 crianças (26%), sendo que em 50% delas houve recidiva da SN após o transplante. Estes dados mostram a dificuldade de manejo da SNCR[17].

A ciclosporina A tem sido utilizada em crianças com SNCR ou SNCD com frequentes recidivas após utilização de corticoides e citotóxicos, como a ciclofosfamida ou clorambucil[18]. Uma metanálise de nove estudos randomizados e controlados envolvendo 225 crianças reporta que a ciclosporina é efetiva na SNCR[19]. Porém, os efeitos adversos limitam a utilização de doses altas por tempo prolongado. El-Husseini e colaboradores testaram a terapia com ciclosporina em baixas doses por tempo prolongado em 117 crianças com SN idiopática, no entanto, após a retirada da droga, as recidivas são comuns[20].

O micofenolato mofetil é outra droga que vem sendo utilizada em SNCR em crianças. Yi e colaboradores reportaram a experiência em 142 crianças randomizadas para micofenolato ou ciclofosfamida na forma de pulsos quinzenais. O grupo micofenolato mostrou remissão em 95,4% contra 81,8% no grupo ciclofosfamida, sendo a diferença estatisticamente siginificativa[21].

O tacrolimus vem sendo testado em crianças após tentativas de uso de outros imunossupressores. Sinha e colaboradores relataram sua experiência em 10 casos após o uso insatisfatório de ciclofosfamida e ciclosporina, mostrando benefício em algumas crianças, porém não observaram superioridade em relação à ciclosporina[22]. Em outro estudo[23] em 41 crianças com SNCR, randomizados para tacrolimus (n = 21) ou ciclosporina (n = 20), recidivas foram mais frequentes no grupo ciclosporina, bem como efeitos adversos cosméticos (hipertricose e hipertrofia gengival). Gulati e colaboradores trataram 22 crianças com SNCR utilizando tacrolimus e observaram melhor resposta, mesmo naquelas crianças que estavam em uso de ciclosporina[24].

Anticorpos monoclonais anti-interleucina-2 são propostas emergentes. Basiliximab foi usado com sucesso em dose única em uma criança com lesões mínimas resistente após utilização de pulsoterapia com corticoide e ciclofosfamida, ciclosporina e mizoribina por tempo prolongado[25].

O rituximab recentemente tem sido utilizado no tratamento da SNCD. Kamei e colaboradores26 utilizaram 375 mg/ m2 em 12 crianças e em todas foi possível descontinuar o corticoide após um tempo médio de 74 dias de tratamento. Porém, 75% das crianças apresentaram recidiva após um tempo médio de 129 dias de tratamento. Em sete casos foi utilizada uma segunda dose de rituximab devido à persistência de corticodependência.

CONCLUSÃO

Futuros estudos prospectivos, controlados e bem delineados serão necessários para avaliar o melhor esquema imunossupressor para os casos de SNCR ou SNCD. Diante do pequeno número de casos publicados, serão necessários estudos multicêntricos para almejar o poder estatístico necessário para a comparação dos esquemas terapêuticos.

ABSTRACT

Background: The nephrotic syndrome (NS) is a common glomerular disorder in childhood characterized by heavy proteinuria, hypoproteinemia, edema and hyperlipidemia. In pediatrics patients 80%, or more, have a form of disease, known as minimal change disease, witch is in most cases very responsible to steroids and have, usually, excellent prognosis. The objective was to estimate the responsivity to treatment in idiopathic nephrotic syndrome in children. **Methods:** The study was a retrospective coorte of children admitted in a general Hospital for treatment of idiopathic nephrotic syndrome. We reviewed medical records of 51 children treated with idiopathic nephrotic syndrome in a period between 2000 and 2008. All 51 children were initially treated by with oral prednisone. NS status was classified according to the following definitions: NS, presence of proteinuria > 40/mg/h/m2 accompanied by serum albumin < 2.5 g/dl and edema; steroid-dependent nephrotic syndrome, occurrence of two or more relapses after reducing the dose of prednisone or within 2 weeks of its discontinuation; steroid-resistant nephrotic, lack of treatment response after 14 weeks of steroid therapy and pulse of three days of methylprednisolone; remission, reduction of proteinuria to < 4.0/mg/h/m2 with albumin > 3.0 g/dl. A treatment protocols for the first episode of NS was prednisone 60 mg/m2 during 6 weeks followed by 40mg/m2 in alternate days during 6 weeks. Relapses were treated until disappearance of proteinuria for three days. For steroid-resistant or dependent-steroid nephrotic syndrome others options were: cyclophosphamide, chlorambucil, azathioprine, cyclosporine or mycophenolate mofetil. **Results:** A total of 51 children suffering from NS were treated, mean age of 4.7 years (1 to 13 years), 68% male. Of these, 50.9% were steroid-sensible, 21.5 steroid-resistant and 11.7% steroid-dependent, the remaining patients showed variable response. Of the initial 51 children, two were lost to follow-up. Azathioprine was used in one case, cyclophosphamide in eight, cyclosporine in six and mycophenolate mofetil in two. Actually 50% are in remission, 49% without prednisone e 51% steroid-dependent and using cyclophosphamide cyclosporine or mycophenolate mofetil. Four children developing end stage renal disease. Renal biopsy was done in 12 children. The specimens were studied under light microscopy. Minimal change disease was diagnosed in seven cases, mesangioproliferative glomerulonephritis in two, focal segmental glomerulonephritis in two and diffuse proliferative with crescent formation in one. **Conclusion:** Childhood NS is most commonly caused by two of idiopathic diseases: minimal-change nephrotic syndrome, focal segmental glomeruloesclerosis. The nephrotic syndrome is a common problem in pediatrics ambulatories and corticosteroid continue to be the first election therapy. Steroid dependent patients present difficulties in their management.

Keywords: Nephrotic syndrome; Children.

REFERÊNCIAS

1. Eddy AA, Symons JM. Nephrotic syndrome in childhood. Lancet. 2003 Aug 23;362(9384):629-39.
2. McEnery PT, Strife CF. Nephrotic syndrome in childhood. Management and treatment in patients with minimal change mesangial proliferation or focal glomerulosclerosis. Pediatr Clin North Am. 1982 Aug;29(4):875-94.
3. ISKDC. The primary nephritic syndrome in children: prediction of histopathology from clinical and laboratory characteristics at time of diagnosis. A report of the International Study of Kidney Disease in Children. Kidney Int 1978; 13:159-65.
4. Baqi N, Singh A, Balachandra S, Ahmad H, Nicastri A, Kytinski S, et al. The paucity of minimal change disease in adolescents with primary nephrotic syndrome. Pediatr Nephrol. 1998 Feb;12(2):105-7.
5. Ingulli E, Tejani A. Racial differences in the incidence and renal outcome of idiophatic focal segmental glomeruloesclerosis in children. Pediatr Nephrol. 1991 Jul;5(4):393-7.
6. Nozu K, Iijima K, Sakaeda T, Okumura K, Nakanishi K, Yosikawa N, et al. Cyclosporin A absorption profiles in children with nephrotic syndrome. Pediatr Nephrol. 2005 Jul;20(7):910-3.
7. Al-Saran K, Mirza K, Al-Ghanam G, Abdelkarim M. Experience with levamisole in frequently relapsing steroid-dependent nephrotic síndrome. Pediatr Nephrol. 2006 Feb;21(2):201-5.
8. Mendizábal S, Zamora I, Berbel O, Sanahura MJ, Fuentes J, Simon J. Mycophenolate mofetil in steroid/cyclosporine-dependent/resistant nephritic syndrome. Pediatr Nephrol. Jul;20(7):914-9.
9. Moudgil A, Bagga A, Jordan SC. Mycophenolate mofetil therapy in frequently relapsing steroid-dependent and steroid-resistant nephritic syndrome of childhood: current status and future directions. Pediatr Nephrol. 2005 Oct;20(10):1376-81.
10. Krishnan RG, Couthard MG, Moghal NE. Is there a role for vincristine in nephrotic syndrome? Pediatr Nephrol. 2006 Apr;21(4):597.
11. Kausman JY, Yin L, Jones CL, Johnstone L, Powell HR. Vincristine treatment in steroid-dependent nephritic syndrome. Pediatr Nephrol. 2005 Oct;20(10):1416-9.

12. Yi Z, Li Z, Wu XC, He QN, Dang XQ, He XJ. Effect of fosinopril in children with steroid-resistant idiopathic nephritic syndrome. Pediatr Nephrol. 2006 Jul;21(7):967-72.
13. Abeyagunawardena AS. Treatment of Steroid Sensitive Nephrotic Syndrome. Indian J. Pediatr. 2005 Sep;72(9):763-9.
14. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Tratamento das Glomerulopatias Primárias. J Bras Nefrol. 2005 jun;27(2):10-18.
15. Durkan AM, Hodson EM, Willis NS, Craig JC. Immunosupressive agents in childhood nephrotic syndrome: a meta analysis of randomized controlled trials. Kidney Int. 2001 May;59(5):1919-27.
16. Riyoso MC, Viero RM, Macedo CS, Bastos HD. Padrões Morfológicos de Lesão Glomerular e Correlação com Achados Clínicos Laboratoriais de 43 crianças com Síndrome Nefrótica. J Bras Patol Med Lab. 2004; 40(5): 333-341.
17. Mekahli D, Liutkus A, Ranchin B, Yu A, Bessenay L, Girardin E, Van Damme-Lombaerts R, et al. Long-term outcome of idiopathic steroid-resistant nephritic syndrome: a multicenter study. Pediatr Nephrol. 2009 Aug;24(8):1525-32.
18. Ehrich JH, Geerlings C, Zivicnjak M, Franke D, Geerlings H, Gellermann J. Steroid-resistant idiopathic childhood nephrosis: overdiagnosed and undertreated. Nephrol Dial Transplant. 2007 Aug;22(8):2183-93.
19. Habashy D, Hodson EM, Craig JC. Interventions for steroid-resistant nephrotic syndrome: a systematic review. Pediatr Nephrol. 2003 Sep;18(9):906-12.
20. El-Husseini A, El-Basuony F, Mahmoud I, Sheashaa H, Sabry A, Hassan R, et al. Long-term effects of cyclosporine in children with idiopathic nephrotic syndrome: a single-centre experience. Nephrol Dial Transplant. 2005 Nov;20(11):2433-8.
21. Yi ZW, Wu XC, Xu H, Zhou LJ, Wu YB, Feng SP, et al. A prospective multicenter clinical control trial on treatment of refractory nephrotic syndrome with Mycophenolate mofetil in children. Zhonqquo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2008 Oct;10(5):575-8.
22. Sinha MD, MacLeod R, Rigby E, Clark AG. Treatment of severe steroid-dependent nephrotic syndrome (SDNS) in children with tacrolimus. Nephrol Dial Transplant. 2006 Jul;21(7):1848-54.
23. Choudhry S, Bagga A, Hari P, Sharma S, Kalaivani M, Dinda A. Efficacy and safety of tacrolimus versus cyclosporine in children with steroid-resistant nephrotic syndrome: a randomized controlled trial. Am J Kidney Dis. 2009 May;53(5):760-9.
24. Gulati S, Prasad N, Sharma RK, Kumar A, Gupta A, Baburaj VP. Tacrolimus: a new therapy for steroid-resistant nephrotic syndrome in children. Nephrol Dial Transplant. 2008 Mar;23(3):910-3.
25. Park SS, Hahn WH, Kim SD, Cho BS. Remission of refractory minimal change nephrotic syndrome after basiliximab therapy. Pediatr Nephrol. 2009 Jul;24(7):1403-7.
26. Kamei K, Ito S, Nozu K, Fujinaga S, Nakayama M, Sako M, et al. Single dose of rituximab for refractory steroid-dependent nephrotic syndrome in children. Pediatric Nephrol. 2009 Jul;24(7):1321-8.

Recebido em: 07/06/2010
Aprovado em: 10/07/2010
Conflitos de interesse: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma
Endereço para correspondência:
Luis Alberto Batista Peres- R. São Paulo, 769- Ap 901- Centro- Cascavel-PR- CEP 85801-020 e-mail: peres@certto.com.br / Fax: 45 3327 3413

REV. MED. RES. VOL. 12 - Nº 3 E 4: 130 JUL / DEZ 2010

GOLIMUMABE: UM NOVO AGENTE ANTI-TNF

Golimumabe : a new anti TNF agent

Valderílio Feijó Azevedo[1]
Luis Gustavo Favretto[2]
Marcos de Almeida Santos Jr[3]

Azevedo VF, Favretto LG, Santos Jr. MA; Golimumabe: Um Novo Agente Anti-TNF. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4) 130-133.

RESUMO

O autor apresenta uma breve revisão sobre o papel dos principais agentes anti-TNF no tratamento da Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante e Artrite psoriásica. Os principais estudos e as evidencias de eficácia e segurança do golimumabe, um novo anticorpo monoclonal totalmente humanizado contra o TNF solúvel e da membrana celular, são apresentados.

Descritores: Espondilite Anquilosante; Artrite Reumatoide; Artrite Psoriásica, TNF-alfa; Anticorpos monoclonais; Golimumabe.

INTRODUÇÃO

O TNF-alfa tem papel importante na patogênese da artrite reumatoide, psoríase, artrite psoriásica, doença inflamatória intestinal e espondilite anquilosante. Esta citocina, secretada por macrófagos, células linfoides e endoteliais, adipócitos e fibroblastos, dentre outras células, atua em dois receptores de superfície TNF-R1, encontrado na maioria dos tecidos e TNF-R2, encontrado em células do sistema imune. O TNF-alfa é capaz de ativar diversas vias envolvidas no processo inflamatório e por isso tornou-se um alvo interessante para o tratamento dessas doenças autoimunes inflamatórias. A ação de um anticorpo anti-TNF pode bloquear a capacidade desta citocina para interagir com seus receptores celulares, impedindo a inflamação e a destruição da cartilagem articular[1]. Os inibidores do TNF-alfa foram introduzidos como terapia anti-inflamatória no final da década de 90.

Em novembro de 1998, o FDA aprovou o uso do etanercepte (uma proteína de fusão do receptor p75 do fator de necrose tumoral humano com o fragmento Fc produzida por tecnologia de DNA recombinante) para tratamento da artrite reumatoide. Um ano após, em novembro de 1999, o infliximabe, um anticorpo monoclonal quimérico contra o TNF, foi liberado para o tratamento da artrite reumatoide em associação com o metotrexato em pacientes que não tiveram boa resposta ao tratamento com metotrexato isolado. Em 2002, ocorreu o lançamento do adalimumabe, o primeiro anticorpo monoclonal anti-TNF humanizado, seguido em 2009 pelo quarto inibidor de TNF-alfa, o certolizumabe pegol[2, 3, 4].

Desses agentes, estão disponíveis no Brasil o etanercepte, infliximabe e adalimumabe.

GOLIMUMABE

O quinto agente anti-TNF liberado pelo FDA para tratamento da artrite reumatoide (AR), artrite psoriásica (AP) e espondilite anquilosante (EA) é o golimumabe, uma imunoglobulina humana monoclonal específica para TNF, que tem a capacidade de ligar-se tanto à forma solúvel quanto à forma transmembrana do TNF ativado, impedindo que o TNF se ligue aos seus receptores e, dessa forma, impeça sua atividade biológica [3, 4].

Os principais estudos de fase III, duplo-cegos e

TRABALHO REALIZADO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

1 - Professor de Reumatologia da UFPR e Membro da Comissão de Espondiloartrites da SBR.

2 - Médico Residente em Reumatologia do Hospital de Clínicas – UFPR.

3 - Estudante de Graduação Médica - UFPR.

randomizados relacionados ao golimumabe são o GO-FORWARD[5], GO-AFTER[6] e GO-BEFORE[7] em relação à artrite reumatoide, e o GO-RAISE[8] e GO-REVEAL[9], em relação à espondilite anquilosante e artrite psoriásica respectivamente. Ver tabela 1.

O GO-FORWARD[5] investigou a eficácia e segurança do golimumabe com ou sem metotrexato, em comparação com o metotrexato isoladamente. Este estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego incluiu pacientes adultos com AR e que utilizavam doses de metotrexato entre 15 e 25 mg por semana por pelo menos 4 semanas. Os autores do estudo concluíram que golimumabe adicionado à terapia com metotrexato foi superior ao metotrexato em monoterapia e que golimumabe em monoterapia não foi mais eficaz do que o metotrexato isolado.

O GO-BEFORE[7], que também é um estudo multicêntrico, duplo-cego, controlado por placebo, avaliou o golimumabe em pacientes com AR que foram não fizeram tratamento prévio com metotrexato. Os pacientes foram divididos em quatro grupos: golimumabe e placebo, metotrexate placebo, metotrexate associado à golimumabe 50mg e, por último, metotrexate associado à golimumabe 100mg. De forma semelhante ao GO-FORWARD, os autores concluíram que golimumabe com metotrexato é mais eficaz do que monoterapia com metotrexato em monoterapia, e que golimumabe isolado não é inferior ao metotrexato em monoterapia.

O estudo GO-AFTER[6] é provavelmente um dos principais estudos diferenciais do golimumabe em relação aos outros agentes anti-TNF. Nesse ensaio clínico a eficácia do golimumabe foi avaliada em pacientes com AR que já tinham tratamento prévio com outro agente anti-TNF. Dos 461 pacientes que entraram no estudo, 48,2% tinham usado anteriormente adalimumabe, 48,2% já haviam utilizado etanercepte, e 47,3% usaram infliximabe. 25% dos pacientes tinham usado 2 anti-TNF previamente e 9% tinham usado 3. A razão para interromper a terapia prévia com anti-TNF incluiu: a falta de eficácia, intolerância ou problemas de acesso ao medicamento. Os autores observaram uma boa resposta clínica com o uso do golimumabe, independente do agente previamente utilizado. Baseado nesses resultados, concluíram que golimumabe é seguro e eficaz para pacientes com AR ativa, apesar de terapia anti-TNF prévia. O golimumabe foi utilizado em injeções subcutâneas nos tres estudos conduzidos em portadores de AR, e recentemente demonstrou-se que o golimumabe administrado por via intravenosa associado ao MTX parece ter benefício na redução de longo prazo de sinais e sintomas de portadores de AR refratários ao uso do MTX isolado, embora neste estudo, o endpoint primário (ACR50) não tenha sido atingido nas 14 semanas iniciais[10].

Os estudos GO-RAISE[8] e GO-REVEAL[9] avaliaram a eficácia do golimumabe no tratamento da EA e da AP, e em ambos os estudos mostrou-se superior ao placebo.

Apesar de o golimumabe não possuir um mecanismo de ação diferenciado é o primeiro anti-TNF aprovado simultaneamente para tratamento de AR, AP e EA e alguns de seus benefícios já podem ser considerados:

- A medicação é administrada somente uma vez ao mês, promovendo um regime terapêutico mais conveniente[3, 11];

- Por ser um anticorpo monoclonal completamente humanizado, teoricamente, a produção de anticorpos contra ele próprio é menor. Esse dado ainda precisa ser validado por mais estudos de farmacovigilância[4];

- Baixa incidência de efeitos colaterais, sendo os mais comuns eventos menores como náuseas e reação local à injeção[3];

- Eficácia comprovada quando utilizado após a falha terapêutica de outro anti-TNF alfa [6].

CONCLUSÃO

Atualmente, não havendo uma clara diferença em termos de eficácia e segurança entre os cinco agentes anti-TNF aprovados e não havendo estudos comparativos entre eles, a opção por qualquer um permanecerá guiada de acordo com os custos, conveniência, e a escolha por parte de quem financia o tratamento[11].

TABELA 1 - ESTUDOS DE FASE II ENVOLVENDO O GOLIMUMABE.

Estudo	Data da publicação	Doença	Contexto	Nº de pacientes	Grupos
GO-RAISE	Novembro de 2008	Espondilite anquilosante	Pacientes com EA diagnosticada recentemente (menos de 3 meses), com resposta insatisfatória à terapia com AINE's e DMARD's	356	G50 G100 Placebo
GO-FORWARD	Dezembro de 2008	Artrite reumatoide	Pacientes com AR que já usaram metotrexato	444	MTX + placebo G50 + placebo G100 + placebo G100 + MTX
GO-AFTER	Julho de 2009	Artrite reumatoide	Pacientes com AR que já usaram outro agente anti-TNF	461	Placebo G50 G100
GO-BEFORE	Agosto de 2009	Artrite reumatoide	Pacientes com AR que nunca usaram metotrexato	637	MTX + placebo G100 + placebo G50 + MTX G100 + MTX
GO-REVEAL	Setembro de 2009	Artrite psoriásica	Pacientes com AP, com ou s em metotrexato concomitante	479	G50 G100 Placebo

G50 = golimumabe 50mg

G100 = golimumabe 100mg

MTX = metotrexato

AINE's = anti-inflamatórios não esteroidais

DMARD's = drogas modificadoras do curso da doença

ABSTRACT

The author presents a brief review on the role of anti-TNF agents in the treatment of rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. The main studies and the evidence of efficacy and safety of golimumab, a new fully humanized monoclonal antibody against TNF soluble and cell membrane, are presented.

Keywords: Ankylosing Spondylitis; Rheumatoid Arthritis; Psoriatic Arthritis, TNF-alfa; Monoclonal antibodies, Golimumab.

REFERÊNCIAS

1. Tracey D, Klareskog L, Sasso EH, Salfeld JG, Tak PP. Tumor necrosis factor antagonist mechanisms of action: a comprehensive review. Pharmacol Ther. 2008 Feb;117(2):244-79.
2. Sfikakis PP. The First Decade of Biologic TNF Antagonists in Clinical Practice: Lessons Learned, Unresolved Issues and Future Directions. Curr Dir Autoimmun. 2010;11:180-210.
3. Oldfield V, Plosker GL. Golimumabe: in the treatment of rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. BioDrugs. 2009;23(2):125-135.
4. McCluggage LK, Scholtz JM. Golimumabe: a tumor necrosis factor alpha inhibitor for the treatment of rheumatoid arthritis. Ann Pharmacother. 2010 Jan;44(1):135-44.
5. Keystone EC, Genovese MC, Klareskog L, Hsia EC, Hall ST, Miranda PC, et al. (2009). Golimumabe, a human antibody to tumour necrosis factor {alpha} given by monthly subcutaneous injections, in active rheumatoid arthritis despite methotrexate therapy: the GO-FORWARD Study. Ann Rheum Dis. 2009 Jun;68(6):789-96.
6. Smolen JS, Kay J, Doyle MK, Landewé R, Matteson EL, Wollenhaupt J, et al. Golimumabe in patients with active rheumatoid arthritis after treatment with tumour necrosis factor alpha inhibitors (GO-AFTER study): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III trial. Lancet 2009 Jul 18;374(9685):210-21.
7. Emery P, Fleischmann RM, Moreland LW, Hsia EC, Strusberg I, Durez P, et al. Golimumabe, a human anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody, injected subcutaneously every four

weeks in methotrexate-naive patients with active rheumatoid arthritis: twenty-four-week results of a phase III, multicenter, randomized, double-bli, placebo-controlled study of golimumab before methotrexate as first-line therapy for early-onset rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009 Aug;60(8):2272-83.

8. Inman RD, Davis JC Jr, Heijde D, Diekman L, Sieper J, Kim SI, et al. Efficacy and safety of golimumabe in patients with ankylosing spondylitis: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial. Arthritis Rheum. 2008 Nov;58(11):3402-12.
9. Xu Z, Vu T, Lee H, Hu C, Ling J, Yan H, et al. Population pharmacokinetics of golimumabe, an anti-tumor necrosis factor-alpha human monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis. J Clin Pharmacol. 2009 Sep;49(9):1056-70.
10. Kremer J, Ritchlin C, Mendelsohn A, Baker D, Kim L, Xu Z, Han J, Taylor P. Golimumab, a new human anti-tumor necrosis factor alpha antibody, administered intravenously in patients with active rheumatoid arthritis: Forty-eight-week efficacy and safety results of a phase III randomized, double-blind, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 2010 Apr;62(4):917-28.
11. Pappas DA, Bathon JM, Hanicq D, Yasothan U, Kirkpatrick P. Golimumabe. Nat Rev Drug Discov. 2009 Sep;8(9):695-6.

Recebido em: 04/04/2010
Aprovado em: 03/10/2010
Conflitos de interesse: O Dr Valderílio Feijó Azevedo declara que faz parte do Advisory Board do Infliximabe e do Golimumabe no Brasil. Os demais autores não apresentam conflitos de interesse.
Fonte de financiamento: Nenhuma.
Endereço para correspondência:
Rua Lamenha Lins 1110 ap 11a - Rebouças - Curitiba – PR
CEP 80250-020 - e-mail: valderilio@hotmail.com

CONTEÚDOS PERDIDOS DURANTE GREVE DOS RESIDENTES DEVEM SER REPOSTOS ATÉ 31 DE JANEIRO DE 2011

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) decidiu, por unanimidade, que a reposição de conteúdos perdidos durante a greve dos médicos residentes não pode ultrapassar 31 de janeiro de 2011. A recuperação será facultativa, aplicada apenas para conteúdos essenciais à formação. A medida, proposta pela ANMR, foi aprovada pela plenária da CNRM na reunião de 29 de outubro, durante o 48° Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Goiânia.

Ficou definido também que não podem ser utilizados com esse objetivo férias e dias de descanso, bem como plantões extras ou qualquer medida que implique atividade acima da carga horária máxima de 60 horas semanais. A CNRM encaminhou o ofício-circular n.º 25/2010 às COREMES e Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) com o teor da decisão.

A recuperação, caso seja adotada, deve ser focada na avaliação sobre a necessidade do conteúdo perdido e não para reposição da carga horária. A COREME define como será o procedimento em comum acordo com os residentes. “Evitamos, assim, abusos sobre uma categoria cuja exigência de trabalho e estudo já é muito grande”, avaliou o ex-presidente da ANMR, Nivio Moreira. “Podemos comemorar mais uma vitória do movimento”, resumiu o presidente eleito da associação nacional, Victor Lima.

Cumpre-se assim a mesma decisão dos acordos de greve anteriores em relação aos dias parados. A comitiva da ANMR que participou da votação sobre o tema contou, além da diretoria atual e a eleita, com representantes de Minas Gerais, do Rio Grande do Sul, do Rio de Janeiro e de Santa Catarina.

No ofício assinado pela secretária-executiva da CNRM, Maria do Patrocínio Tenório Nunes, e pela coordenadora-geral de residências em saúde, Jeanne Marlene Michel, é ressaltado que, “de forma grave e repetitiva, médicos residentes e membros das Comissão Nacional denunciaram que a imensa maioria dos Programas de Residência no Brasil infringe a Lei 6932/81, ferindo os limites semanais de horas trabalhadas”.

Na conclusão do documento, é destacado que “o tempo é de reconstrução das relações entre todos; de reflexão sobre a importância de cada um de nós na manutenção da Residência como padrão de inserção de jovens médicos na profissão e na formação de especialistas que o Brasil precisa; de lembrança dos ideais que nos mantêm ligados a esse processo de aprendizagem”.

REV. MED. RES. VOL. 12 - Nº 3 E 4: 134 JUL / DEZ 2010

ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS: INSTRUMENTOS DE PRESERVAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA

Ortothanasia and paliative care: preservation instrument of human dignity

Carlos Vital Tavares Correa Lima*

Lima CVTC; Ortotanásia e Cuidados Paliativos: Instrumentos de Preservação da Dignidade Humana. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4) 134-136.

RESUMO

Nos tempos atuais, nos quais os avanços da tecnologia e da Medicina permitem o que antes era inimaginável, assistimos a possibilidade de prolongar de maneira indefinida o processo de morte, à custa de transformação do direito a vida em dever de sofrimento. O processo de ortotanásia significa a morte no momento certo. Nem apressada, como no caso da eutanásia e nem prolongada, como no caso da distanásia. Na voz de quem recebe atenção, vem a confirmação de que os políticos e o Conselho Federal de Medicina adotaram a via certa ao confirmar e apoiar a ortotanásia e o cuidado paliativo como instrumentos de preservação da dignidade da vida humana.

Descritores: Cuidados Paliativos.

INTRODUÇÃO

Há diferentes maneiras de abordar sujeito tão delicado quanto este: a ortotanásia. Poderíamos nos alongar em extensos arrazoados teóricos, nos ancorar na visão legalista do problema ou optar por trazer esta discussão para o campo das relações cotidianas e mostrar como tal abordagem pode mudar a realidade de centros de saúde. Não vamos privilegiar nenhuma das três, mas, dentro de nossas limitações, abordar diferentes aspectos de cada uma.

Antes de tudo, é preciso estabelecer um parâmetro fundamental para qualquer discussão sobre o assunto: o bem da vida e a dignidade humana, ambos protegidos pela ordem estatal, são patrimônios e valores supremos. Sem isso é inviável entender a dimensão exata da ortotanásia e sua estreita relação com o uso dos cuidados paliativos como ferramenta de humanização do atendimento e de respeito ao indivíduo.

Nos tempos atuais, nos quais os avanços da tecnologia e da Medicina permitem o que antes era inimaginável, assistimos a possibilidade de prolongar de maneira indefinida o processo de morte, à custa de transformação do direito a vida em dever de sofrimento. Ora, a descontinuidade dessas condutas, com o objetivo de evitar o sofrimento sem razão de ser, não deve ser interpretada como crime.

ORTOTANÁSIA

O processo de ortotanásia significa a morte no momento certo. Nem apressada, como no caso da eutanásia, e nem prolongada, como no caso da distanásia. Seu advento evita prolongamentos irracionais e cruéis da existência do paciente, poupando-o e a sua família de todo o desgaste que essa situação envolve. Mesmo entre as religiões não há sentimento antagônico à ortotanásia. A Igreja Católica, inclusive, tem se manifestado favoravelmente, como foi observado em três bulas papais.

Na encíclica Evangelium Vitae, de 1995, o papa João Paulo II opõe-se ao "excesso terapêutico", afirmando ainda que a renúncia a "meios extraordinários ou desproporcionados" para prolongar a vida não equivale ao suicídio ou à eutanásia. Para ele, essa renúncia exprimiria "a aceitação da condição humana defronte à morte". Em questão está o entendimento de que o direito de viver a própria vida e o direito de morrer a própria morte, o primeiro e último dos direitos potestativos (aqueles que independem de terceiros para serem exercidos), devem ser observados à luz da vontade do paciente em fase terminal. Foi o que fez o homem Karol Wotjyla ao recusar sua internação e permanecer em casa, aguardando sua passagem em paz e com dignidade.

No Brasil, a discussão sobre a retirada da ortotanásia do rol das ilicitudes penais tem sido acompanhada atentamente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio de sua Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos. O grupo — composto por especialistas com profundo envolvimento nas questões

** Médico clínico geral. 1° Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), com a responsabilidade de coordenar o setor de Comissões e Câmaras Técnicas.*

bioéticas — tem contribuído de forma positiva para o aperfeiçoamento de propostas em tramitação no Congresso Nacional que abordam o tema.

Atualmente, chama atenção na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei n° 6.715/2009, ao qual foram apensados outros três. O texto trata da legalidade da abstenção do uso de meios extremos no tratamento de doença incurável e irreversível. A percepção entre diferentes lideranças partidárias é de que o tema amadureceu ao ponto de ser aprovado em breve. O PL insere um artigo no Código Penal para estabelecer que não é crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários. No entanto, exige que esta opção seja autorizada pelo próprio paciente ou, em caso de impossibilidade, por familiar próximo (cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão).

No Senado, o projeto já foi aprovado e agora depende desta nova e decisiva votação para entrar em vigor. Essa vitória no Congresso deverá colocar ponto final em controvérsia surgida no âmbito da Justiça por conta da Resolução do CFM n° 1.805. Em 2007, a 14.ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal emitiu liminar que suspende a eficácia da resolução, a pedido do Ministério Público Federal (MPF).

O texto do Conselho previa que na fase terminal é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. A Resolução também determina que o médico garanta os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral.

Efetivamente, este tema ultrapassa o saber teórico, as discussões legais e atinge a prática. Todos os dias utilizamos noções do que é justo e do que não é; do que é bem e do que é mal, A fundamentação das escolhas com base em concepções é o exercício bioético, considerado o principal alicerce da ética na convivência humana. Assim, em meio a um universo de técnicas de mecanização da vida, a preservação da dignidade humana no processo de morte por doença, constitui um imenso desafio.

Neste campo, na Medicina, despontam o direito à vida e o direito à dignidade. O caminho que nos leva ao encontro dessa dignidade é o da união da fé, da lei e da razão. Porém, não menos imprescindível é a convicção de que a vontade que se subordina à lei é a mesma que a prescreve e a interpreta. Portanto, não há espaço na lei, na norma ou em suas interpretações para contrariedades à dignidade da natureza humana.

NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Notamos que os espaços nos quais este debate se impõe são múltiplos, sendo que avanço importante foi alcançado, em 13 de abril de 2010, com a entrada em vigor do novo Código de Ética Médica. Em seu artigo 41, ele determina que: “Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”. O mesmo artigo proíbe o profissional da Medicina de abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido dele ou de seu representante.

É bom ressaltar que tal parâmetro normativo do exercício da Medicina não determina a prática da ortotanásia, mas oferece orientação clara aos profissionais sobre a prescrição de cuidados paliativos, uma opção terapêutica que estende conforto e atenção especiais aos pacientes com quadros graves e de difícil prognóstico. Inclusive, há vários relatos do impacto benéfico do documento, que fortalece a humanização do atendimento em toda a rede de assistência (pública e privada).

Na visão de profissionais que lidam com essa possibilidade em seus consultórios e salas de emergência, a definição incluída no Código de Ética Médica oferece contraposição pertinente e oportuna à formação tradicional do médico, marcada pela luta quase obstinada contra a doença e a morte, Com o escopo oferecido, o médico assume outra posição: o de agente libertador, aquele que conhece as estratégias de combate e detém as armas para destruir o mal, sem, no entanto, submeter o paciente aos excessos terapêuticos.

CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são uma resposta disponível aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva. Refletem a tentativa de prevenir o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível às pessoas doentes e a seus familiares. Neste contexto, o Código de Ética Médica assegura ao profis-

sional a possibilidade de abstenção de procedimentos abusivos e incompatíveis com a dignidade humana, de forma a reverenciar a autonomia da vontade do paciente.

Na voz de quem recebe atenção, vem a confirmação de que os políticos e o Conselho Federal de Medicina adotaram a via certa ao confirmar e apoiar a ortotanásia e o cuidado paliativo como instrumentos de preservação da dignidade da vida humana. A visão integral da assistência oferecida nas unidades onde existe a possibilidade de um trabalho que impeça a exposição do paciente terminal ao que é desproporcional leva à aceitação da morte e à valorização da vida.

Neste espaço, são gerados reencontros, reconciliações, reflexões e ações determinantes para a realização do indivíduo como ser humano. Processos aos quais, ele — em sua fase terminal — antes estaria privado. No depoimento dos familiares, as palavras respeito e afeto aparecem de forma recorrente dentro de uma estrutura cujos pilares são o tratamento individualizado dos problemas com base no diálogo e na autonomia.

Muito mais poderia ser dito sobre este tema. No entanto, diante de tamanha complexidade, esperamos ter contribuído para sua reflexão. Apenas queremos ressaltar mais uma vez que neste momento singular pelo qual passa o país, no qual as transformações econômicas e sociais têm apontado a possibilidade de um momento ímpar na nossa história, precisamos estar atentos e comprometidos com mudanças que vão além da vida e da morte. O que está em jogo não é uma simples lei, mas o direito individual e intransferível à dignidade.

ABSTRACT

Nowadays, with the amazing development of technology taking us where we could not possibly imagine, we may count with the possibility of extending, in an indefinitive way, death process, transforming the right of life due to suffering. The ortothanasia means to die at the right moment. Neither too early, as in the case of euthanasia, nor too prolonged, as in the case of disthanasia. Within the voice of those who received attention comes the confirmation that the politicians and the Federal Council of Medicine adopted the right way to confirm and support the ortothanasia and the paliative care as instruments of preserving the dignity of human life.

Keywords: Paliative care.

REFERÊNCIAS

1. Becker E. A negação da morte: Uma abordagem psicológica sobre a finitude humana. 3.ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
2. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. Mundo Saúde. 2003;27(1):15-32.

Recebido em: 04/09/2010
Aprovado em: 06/10/2010
Conflitos de interesse: Nenhum
Fonte de financiamento: Nenhuma
Endereço para correspondência:
Carlos Vital Lima - SGAS 915, Lote 72 - Brasília-DF - CEP 70390-150

RESIDENTES PODEM TER REAJUSTE ADICIONAL EM 2012

O Grupo Interministerial de Trabalho, formado por representantes do governo e da Associação Nacional dos Médicos Residentes, propôs às entidades pagadoras a concessão de um reajuste de 16,7% na bolsa-auxílio dos pós-graduandos, dividido em duas vezes, sendo a primeira parcela a ser paga em 2012. A iniciativa, somada aos 22% obtidos pela ANMR durante a greve — e garantidos para janeiro de 2011 —, consta na ata da primeira reunião do GIT, ocorrida em outubro na sala de reuniões da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde – DHR/CGRS – em Brasília.

"Resta agora esperar pela análise dos impactos econômicos, mas este acordo prévio entre as partes indica um bom caminho, com o provável alcance de nossa pedida inicial de reposição de 38,7%, em menos de três anos", avaliou o presidente da ANMR, Nivio Moreira Jr. Na próxima reunião do grupo, marcada para dezembro, os ministérios, Santas Casas, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde devem apresentar suas posições. "Quanto às demais reivindicações da categoria, as discussões continuam e os avanços devem começar a aparecer no ano que vem", avisa Victor Lima, presidente eleito da ANMR.

VOL. 12 - Nº 3 E 4: 137 JUL / DEZ 2010
REV. MED. RES.

DOENÇA DE PAGET EXTRAMAMÁRIA: RELATO DE CASO

Extramammary Paget's Desease: Case report

Elísio Meirelles de Miranda[1]
Carlos Roberto Amorim[2]
Nícolas Biagione Tibúrzio[3]
Mirayr Ferreira Júnior[4]
Jean César Paresoto Rodrigues[5]

Miranda EM, Amorim CR, Tibúrzio NB, Ferreira Jr. M, Rodrigues JCP. Doença de Paget Extramamária: Relato de Caso. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4): 137-138.

RESUMO

A doença de Paget extramamária é rara e em alguns casos se associa a um câncer. Existe uma estreita correlação entre carcinoma anorretal quando a doença é perianal. O objetivo deste trabalho foi o de relatar um caso de doença de Paget extramamária na região perianal em uma mulher branca de 91 anos que apresentava uma lesão de 10 cm de extensão, eritematosa, pruriginosa e sangrante. Os exames de estadiamento clínicos foram normais, sem evidência de metástases. O estudo anatomopatológico da lesão revelou aspecto compatível com doença de Paget extramamária.

Descritores: Doença de Paget Extramamária; Prurido; Anatomiapatológica; Perianal.

INTRODUÇÃO

Em 1874, Sir James Paget descreveu uma doença mamária cuja histopatologia muito particular foi individualizada dois anos depois por Butlin. Esta imagem histológica era tão característica que Cracker, em1889, ao encontrá-la em uma lesão de bolsa escrotal, não hesitou em classificá-la como Paget Extramamário"[3].

A doença de Paget Extramamária constitui-se numa doença rara. Existe uma estreita correlação com carcinoma anorretal quando a doença é perianal[4].

A doença se desenvolve mais frequentemente em mulheres e envolve predominantemente em áreas contendo glândulas apócrinas, especialmente vulva, escroto e áreas perianais. As lesões desenvolvem-se como áreas escamosas eritematosas, pruriginosas e em crostas.

Tem como diagnóstico diferencial o Adenocarcinoma da epiderme, a doença de Bowen e o Melanocarcinoma superficial[1].

O objetivo do trabalho é relatar o caso em mulher idosa, 91 anos, apresentando lesão de aproximadamente 10 cm de diâmetro, localizada em região perianal que surgiu há cerca um ano, eritematosa, pruriginosa e com pequeno sangramento.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, de 91 anos, apresentava uma lesão de aproximadamente 10 cm de diâmetro, hiperpigmentada e pruriginosa (fig. 1), lesão esta que aumentou de tamanho e que evoluiu com mínimo sangramento.

Realizamos RNM de pelve, TC de abdômen e tórax, como forma de estadiamento e não foram encontradas evidências de metástase.

Foram realizadas biópsias da lesão que revelaram Papilomatose, acantose, hiperceratose e produção au-

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO, POUSO ALEGRE (MG).

1 - Professor adjunto da disciplina de Coloproctologia da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS). Coordenador do programa de Residência Médica em Coloproctologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL)- Pouso Alegre-MG.

2 - Professor substituto da disciplina de Coloproctologia da UNIVÁS.

3 - Médico do serviço de Coloproctologia do HCSL.

4 - Médico Residente do serviço de Coloproctologia do HCSL.

5 - Médico Especializando do serviço de Coloproctologia do HCSL.

mentada de muco e núcleos pleomórficos, alterações compatíveis com doença de Paget Extramamária.

A conduta foi excisão ampliada da lesão (fig.2) sem a necessidade de enxertia de pele. A paciente evoluiu muito bem com total cicatrização por segunda intenção em aproximadamente 60 dias.

FIGURA 1 - Aspecto da lesão perinal compatível com Doença de Paget Extramamária.

DISCUSSÃO

Em relação ao diagnóstico diferencial deve-se insistir sobre a dificuldade da distinção com o Melanocarcinoma superficial, dificuldade já presente no Paget mamário e mais acentuada no Paget extramamário. O diagnóstico diferencial com a doença de Bowen é em teoria fácil, pois as células neoplásicas são sempre isoladas num epitélio cheio de anomalias[6].

Figura 2- Lesão após ressecção.

Há uma maior tendência das células de Paget de se acumularem na área basal e é clássica a presença de mucopolissacáride nas células de Paget, detectadas pelo PAS ou Alcian-Blue[2].

A abordagem cirúrgica precoce, juntamente com a análise anatomopatológica da lesão, são fatores determinantes para a condução segura e positiva dos casos de doença de Paget Extramamária.

ABSTRACT

The Extramammary Paget desease is rare and in some cases it can be found associated to anexal cancer. A narrow correlation with anorrectal carcinoma exists when the illness is perianal. The objective of this work is to report a case of extramammary Paget desease in perianal region in white woman of 91 years, that presented an injury of 10 cm of diameter, erythematous, itching and little bleeding. The staging tests were normal, without evidences of metastasis. The anatomo pathologic tests of the injury disclosed compatible aspect with of Extramammary Paget disease.

Keywords: Extramammary Paget's disease; Itching; Anatomo pathologic; Perianal.

REFERÊNCIAS

1. Mehta NJ,Torno R, Sorra T. Extramammary Paget's disease. South Med J. 2000 Jul;93(7):713-5.
2. Nakajima GS, Santos RT, Alves VAF, Habr-Gama A. Carcinoma de ânus: aspectos epidemiológicos, histológicos, imuno-histológicos e por hibridação in situ. Arq Bras Cirurg Digest. 2001 Jul/set;14:133-38.
3. Cruz GMG. Tumores Malignos no Ânus e Canal Anal. In: Cruz GMG. Coloproctologia: Propedêutica Nosológica. Rio de Janeiro: Revinter;2000. p.1187- 1196.
4. Trindade ES, Polcheira PA, Basílio DB, Rocha ZV, Rocha Jr JL, Primo GRP. Doença de Paget invasiva da vulva e região perianal: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;4(26):329-335.
5. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005 Mar/Abr;2(71):224-27.
6 DeVita Jr VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Cancer: Principles & Practice of Oncology. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins;2008. p.1478.

Recebido em: 05/07/2010
Aprovado em: 09/092010
Conflitos de interesse: Nenhum
Fonte de financiamento: Nenhuma.
Endereço para correspondência:
Mirayr Ferreira Júnior - Rua Luiz Junqueira de Carvalho, 265 ap. 302 Bairro: Medicina. CEP:37550-000 Pouso Alegre (MG). mirayr@yahoo.com.br

VOL. 12 - Nº 3 E 4: 139 JUL / DEZ 2010
REV. MED. RES.

SARCOMA RETROPERITONEAL PLEOMÓRFICO DE ALTO GRAU INDIFERENCIADO – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

High-Grade Retroperitoneal Sarcoma Pleomorphic Undifferentiated – Case Report and Literature Review

Nicolas S. Lazaretti [1]
Renata Bruna Garcia dos Santos Gatelli [2]
Charles Nilton Gatelli [1]
Luis Alberto Schlittler [1]
Rodrigo Ughini Villaroel [1]

Lazaretti NS, Gatelli RBGS, Gatelli CN, Schliter LA, Villaroel RU; Sarcoma Retroperitoneal Pleomórfico de Alto Grau Indiferenciado - Relato de Caso e Revisão de Literatura. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4): 139-140.

RESUMO

Relatamos o caso de um paciente com sarcoma retroperitoneal de alto grau indiferenciado, um raro tumor originado da célula mesenquimal primitiva, podendo surgir em qualquer local onde há tecido conjuntivo. Paciente masculino, com 52 anos de idade, apresentando extensa massa em retroperitôneo à tomografia computadorizada. A biópsia verificou a presença de neoplasia de células redondas, sendo realizado estudo imuno-histoquímico que revelou sarcoma pleomórfico de alto grau indiferenciado. Os sarcomas de partes moles são tumores raros e de grande interesse porque, apesar de sua raridade, são localmente agressivos com potencial variado de metástases e, embora a taxa de mortalidade global chegue aos 50%, uma proporção significativa de pacientes consegue ser curada com uma seleção cuidadosa de estratégias de tratamento, com modalidades únicas ou combinadas. A raridade dos sarcomas retroperitoniais combinado com a grande variedade de subtipos histológicos, tem dificultado nosso entendimento sobre esses tumores e impedido o desenvolvimento de terapias efetivas.

Descritores: Sarcoma; Indiferenciado; Retroperitôneo.

INTRODUÇÃO

Os tumores de tecidos moles (TTMs) são definidos como proliferações mesenquimais com origem no tecido não-epitelial extraesquelético do corpo, com exclusão das vísceras, dos revestimentos do cérebro e do sistema linforreticular. São classificados de acordo com o tecido que recapitulam (músculo, gordura, tecido fibroso, vasos e nervos).

Os sarcomas de partes moles (SPM) são tumores raros, compreendem 1% das doenças malignas no homem e 0,6% nas mulheres. São originários do tecido mesenquimal e conectivo. Acometem grupo etário entre 50 e 60 anos. Eles podem surgir em qualquer localização, mas aproximadamente 50% ocorrem nas extremidades, principalmente as inferiores; 10% na cabeça e no pescoço; e 40% no tronco e retroperitônio.

Na maioria dos pacientes com sarcoma de partes moles não é identificado nenhum agente etiológico específico. Há, porém, várias associações reconhecidas entre fatores ambientais e o desenvolvimento de sarcoma. Entre esses fatores estão o linfedema crônico após mastectomia radical, que pode originar o linfangiossarcoma ou síndrome de Stewart-Treves. Pacientes com elefantíase dos membros inferiores ou aqueles portadores de linfedema congênito estão sob maior risco. Irradiação prévia – em geral 3 a 15 anos após o tratamento radioterápico de câncer de mama, colo de útero, testículo e linfomas. Radioterapia prévia aumenta em 8 a 50 vezes o risco de desenvolver sarcomas. Doenças genéticas – pacientes com neurofibromatose tipo I (doença de Von-Reckinglausen) podem desenvol-

O TRABALHO FOI REALIZADO NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO (RS) .

1 - Médicos Oncologistas do Hospital da Cidade de Passo Fundo.

2 - Estudante de Medicina da Universidade de Passo Fundo.

ver neurofibrossarcomas ou Schwanomas malignos. O risco é de 10% durante a vida do indivíduo. Os SPM também são mais frequentes nos pacientes portadores da síndrome de Li-Fraumeni.

A apresentação clínica dos pacientes com SPM é altamente variável. Esse fato reflete a heterogeneidade anatômica dessas lesões. Normalmente só há sintomas quando esses tumores crescem a ponto de pressionar diretamente estruturas neurovasculares, causando dor, dormência ou aumento de volume. Os pacientes com sarcomas intra-abdominais ou retroperitoneais costumam apresentar dor abdominal vaga e pouco específica ou com uma massa palpável. Esses tumores também podem causar os sintomas de náusea, vômitos, distensão abdominal ou saciedade precoce.

A avaliação diagnóstica dos pacientes com suspeita de SPM envolve a biópsia adequada e exames de imagem do tumor primário, junto com uma avaliação completa para o estadiamento[1].

RELATO DO CASO

O.N., 52 anos, masculino, procedente de Salto do Jacuí (RS). Paciente relata dor e aumento de volume abdominal, perda de peso, febre, vômitos e sudorese noturna há três meses. Ao exame físico, presença de grande massa abdominal em região umbilical e flanco direito, edema de membros inferiores e icterícia.
Realizou tomografia computadorizada de tórax e abdômen. Nada foi encontrado no tórax. Na região abdominal, verificou-se a presença de extensa lesão tumoral justa hepática (Fig. 1).

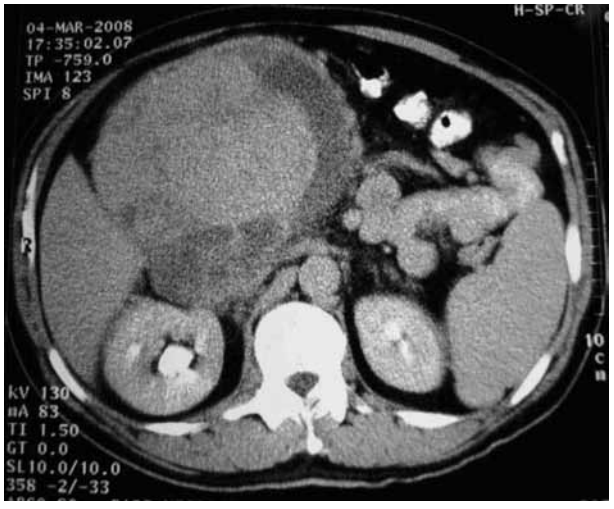


Figura 1 - Extensa lesão tumoral justa hepática.

O paciente foi submetido à laparotomia, apresentando lesão em retroperitônio de aspecto nodular, encapsulado, com 40 cm de extensão. Foi realizado ressecção de segunda e terceira porções do duodeno, pancreatectomia parcial, enterectomia com reconstrução em Y de Roux.

Resultado da anatomia patológica: Neoplasia de células redondas (Figs. 2 e 3).

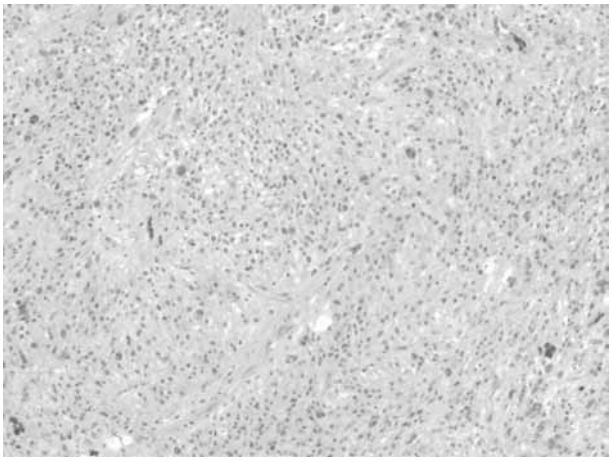


FIGURA 2 - Lâmina microscópica evidenciando pleomorfismo nuclear e células fusiformes (HEx25).

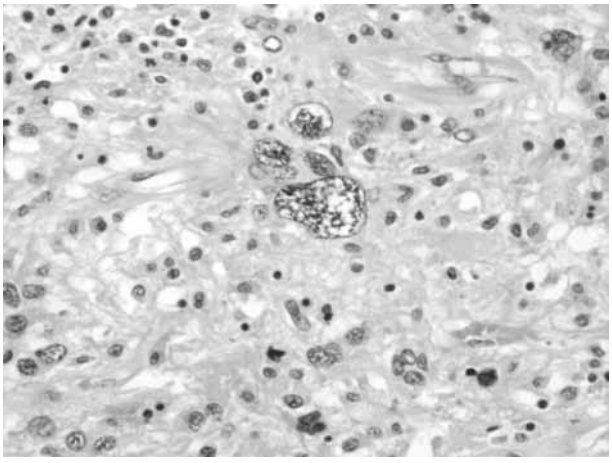


FIGURA 3 - Lâmina microscópica evidenciando pleomorfismo nuclear e cromatina granular(HE x100).

Estudo imuno-histoquímico revelou sarcoma pleomórfico de alto grau, indiferenciado.

DISCUSSÃO

Sarcomas retroperitoniais são raros, representando apenas 1% a 2% de todos os tumores malignos sólidos. Apenas 10 a 20% dos sarcomas são retroperitoniais, e sua incidência é 0.3% a 0,4% por 100.000 na população[2].

O pico de incidência é na quinta década de vida, no entanto, eles podem ocorrer em qualquer faixa etária. Esses tumores originam-se de células mesenquimais, com localização, usualmente, em músculo, gordura e tecido conectivo. Há um curso clínico bastante variável, dependendo do subtipo histológico e do grau de diferenciação.

A raridade dos sarcomas retroperitoniais combinado com a grande variedade de subtipos histológicos, tem dificultado nosso entendimento sobre esses tumores e impedido o desenvolvimento de terapias efetivas[3].

Os mais comuns subtipos histológicos encontrados em sarcomas de retroperitôneo são: lipossarcoma (41%), leiomiossarcoma (28%), Fibrohistiocitoma maligno (7%), fibrossarcoma (6%) e tumor maligno de nervo periférico (3%)[4].

Até uma década atrás, os chamados pleomórfico e fibrohistiocitoma maligno (MFH) eram os subtipos mais frequentemente diagnosticados, representando aproximadamente 40% dos tumores mesenquimais malignos em adultos. No entanto, a última classificação da Organização Mundial de Saúde considera tumores de tecido mole MFH um sinônimo para sarcoma pleomórfico indiferenciado[5].

Historicamente, o termo MFH foi introduzido na literatura médica em 1963 pelo Ozzello, O'Brien e Stout, com base na aquisição de propriedades fagocitárias observada em fibroblastos cultivados[5]. Sarcoma indiferenciado pleomórfico (anteriormente conhecido como histiocitoma fibroso maligno) foi estabelecido como uma entidade na OMS de classificação de tumores de tecido mole desde 2002. Antes desta, a expressão "Histiocitoma fibroso maligno" vinha sendo um termo coletivo para tumores malignos de tecidos moles que não tinham componentes distintos[6].

A biópsia do tumor primário é essencial para a maioria dos pacientes que se apresentam com massas primárias em partes moles. O diagnóstico histológico dos SPM é muitas vezes difícil, pois eles representam um grupo de neoplasias sem homogeneidade histológica, com amplo espectro de aspectos histológicos arquiteturais e citológicos. Os métodos imunohistoquímicos são necessários para o diagnóstico. A desmina é o marcador imuno-histoquímico universal para os sarcomas. A tomografia computadorizada é o melhor método na avaliação dos sarcomas retroperitoneais. O PET-CT é útil no diagnóstico diferencial de lesões benignas e malignas e entre sarcomas de baixo e alto grau, na avaliação de resposta à quimioterapia e na detecção de metástases[7].

O principal fator prognóstico e determinante de estadiamento e terapêutica é o grau histológico de malignidade. Este é definido através do grau de diferenciação celular, número de mitoses e quantidade de necrose. Outros parâmetros podem ser utilizados na avaliação do grau de malignidade como a taxa de proliferação celular que é avaliada através da citometria de fluxo ou através de técnicas imuno-histoquímicas como o Ki-67. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os sarcomas são divididos em tumores de alto grau (Grau II e III) e baixo grau (Grau I). Os tumores de alto grau apresentam maior potencial metastático, que varia de 30% a 50%, enquanto nos tumores de baixo grau o risco de metástase pode chegar a 10%[7].

Os sarcomas do retroperitôneo correspondem a 15% dos sarcomas e se caracterizam por elevada recorrência local e maior tendência à metastatização como decorrentes das elevadas dimensões ao diagnóstico e pela complexidade estrutural do retroperitôneo que dificulta a obtenção de margens adequadas. Radioterapia tem papel limitado, pois a dose efetiva para o tratamento adequado do tumor excede o limite de tolerância de muitos órgãos e estruturas abdominais. O tratamento padrão é a ressecção completa da lesão, que é possível em 62% a 86% dos casos. A recorrência local varia de 37% a 82%. Metástases a distância ocorrem em até 32% dos casos. A radioterapia adjuvante melhora o controle local. Pode-se utilizar a radioterapia intraoperatória, que otimiza melhor a dose de radiação na região interpretada como suspeita para ter doença tumoral microscópica à medida que são afastadas as vísceras do campo de irradiação[7].

O mais importante fator de sucesso a longo prazo no tratamento do tumor primário é a ressecção cirúrgica completa. Os SPM apresentam uma pseudocápsula que permite que as células neoplásicas permeiem e infiltrem os tecidos normais próximos à lesão. É importante planejar a ressecção tridimensional com margens amplas para evitar a recidiva local, que é sabidamente desfavorável na evolução[7].

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração de toda a equipe de oncologia do Hospital da Cidade de Passo Fundo e também a cooperação do nosso paciente. Fizeram todos os esforços necessários, muitas vezes em prazos curtíssimos ou de imediato, tendo sido vitais para a complementação desta tarefa.

ABSTRACT

We report the case of a patient with high-grade sarcoma retroperitoneal undifferentiated, a rare tumor originated from the primitive mesenchymal cell, which may arise in any place where there is connective tissue. Patient with 52 years of age, showing extensive retroperitoneal mass in the CT scan. At biopsy it was identified the presence of a round cell tumor, and it was performed an immunohistochemical study showing the high-grade sarcoma pleomorphic undifferentiated. The soft-tissue sarcomas are rare tumors and of great interest because, in spite of its rarity, they are locally aggressive with the potential of metastasis and varied, although the overall mortality rate reaches 50%, a significant proportion of patients can be cured with a careful selection of strategies as treatment, with single or combined modalities. The rarity of retroperitoneal sarcomas combined with the wide variety of histological subtypes, have hampered our understanding of these tumors and prevented the development of effective therapies.

Keywords: Sarcoma; Undifferentiated; Retroperitoneum.

REFERÊNCIAS

1. Francis IR, Cohan RH, Varma DG, Sondak VK. Retroperitoneal sarcomas. Cancer Imaging. 2005 Aug 23;5(1):89-94.
2. Skubitz KM, Pambuccian S, Manivel JC, Skubitz AP. Identification of heterogeneity among soft tissue sarcomas by gene expression profiles from different tumors. J Transl Med. 2008 May 6;6:23.
3. Windham TC, Pisters PW. Retroperitoneal Sarcomas. Cancer Control. 2005 Jan-Feb;12(1):36-43.
4. Dei Tos AP. Classification of pleomorphic sarcomas: where are we now? Histopathology. 2006 Jan;48(1):51-62.
5. Fletcher CD. The evolving classification of soft tissue tumours: an update based on the new WHO classification. Histopathology. 2006 Jan;48(1):3-12.
6. Campos ECR. Simões JC. Sarcoma de partes moles. In: Simões JC. Câncer Estadiamento e Tratamento. 1. ed. São Paulo: Lemar;2008. p. 526–538.
7. Pisters PWT, O'Sullivan B. Sarcomas de partes moles. In: UICC Manual de Oncologia Clínica. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. p. 654-655.

Recebido em: 07/09/2010
Aprovado em: 10/10/2010
Conflitos de interesse: Nenhum
Fonte de financiamento: Nenhuma.
Endereço para correspondência:
Rodrigo Ughini Villaroel - R. Uruguai 2001 811B – Passo Fundo/RS – Brasil - CEP: 99010112 - Telefone: (54) 3311-2578 - E-mail: ughini@hotmail.com

FIM DO SOBREAVISO DOS RESIDENTES

O plantão de sobreaviso para médicos residentes está proibido em todo o país. O Conselho Federal de Medicina (CFM) é a favor da determinação e participou das discussões no âmbito da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), firmando posição contrária a essa rotineira distorção. De acordo com a Resolução nº 4 da CNRM, "o plantão presencial do médico residente sob supervisão de preceptor capacitado é a única modalidade de plantão reconhecida". São consideradas irregulares outras modalidades de plantão, incluindo os de sobreaviso (a distância) – acompanhados ou não por preceptores.

Para o CFM, a residência médica constitui modalidade de ensino caracterizada por treinamento em serviço, sob a orientação de profissionais médicos. Fica caracterizada a exploração de mão de obra do médico residente na medida em que, na maioria absoluta das vezes, é o residente, sem supervisão, que atende os pacientes durante os plantões de sobreaviso.

"O processo de atuação do residente em um hospital tem a ver com ensino e aprendizagem. Já o papel médico tem a ver com assistência. O residente também presta assistência, mas está voltado para a aquisição do conhecimento em serviço, sob supervisão de um preceptor", explica o conselheiro Mauro Ribeiro, representante do CFM na CNRM e autor de um parecer antagônico à prática, aprovado pela CNRM, que originou a Resolução nº 4 da Comissão Nacional de Residência Médica – encontrável à página 843 do Diário Oficial da União do dia 14 de julho de 2010.

VOL. 12 - Nº 3 E 4: 143 JUL / DEZ 2010
REV. MED. RES.

GEMELARES TERATÓPAGOS DICÉFALOS: RELATO DE CASO

Teratophagus Dicephalous Twins: case report

Marcos Antonio da Silva Cristovam[1]
Adriana Chassot Bresolin[2]
Fábio Negretti[3]
Carlos Alberto Kenji Nakashima[4]
Ana Paula Cavalari Faller[4]
Caroline de Almeida[4]

Cristovam MAS, Bresolin AC, Negretti F, Nakashima CAK, Faller APC, Almeida C; Gemelares Teratópagos Dicéfalos: Relato de Caso. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4): 143-146.

RESUMO

Gemelares teratópagos são muito raros e o diagnóstico precoce através da ultrassonografia obstétrica pode facilitar o seguimento gestacional e o trabalho parto. A maioria dos gêmeos conjugados são natimortos ou morrem pouco tempo após o nascimento. Apresentamos um caso de gemelares teratópagos, de 34 semanas, com várias anomalias estruturais, discutindo suas características externas e os achados anatomopatológicos à necropsia.

DESCRITORES: Gemelares; Gêmeos unidos; Teratópagos; Dicéfalos.

INTRODUÇÃO

A gemelaridade conjugada incompleta trata-se de uma malformação congênita e resulta de uma divisão incompleta do eixo embrionário entre o 13.º e 15.º dias depois da fertilização. Esse fato é único entre os gêmeos monocoriônicos e monoamnióticos[1]. Na América Latina, a incidência de gêmeos conjugados é reportada em torno de 1: 50.000 a 1: 100.000 nascimentos, sendo que destes, um a cada 100 ou 200 mil nascem vivos [2-3]. Eles são classificados de acordo com os tipos anatômicos da divisão incompleta: terata catadidyma, terata anadidyma e terata ancatadidyma[1]. Os dicéfalos do tipo teratópagos catadídimos como deste caso são extremamente raros, sendo caracterizados pela presença de duas cabeças e um corpo (do grego terás = monstro; pagos = unidos; cata = para baixo).

O diagnóstico é realizado pela ultrassonografia durante o pré-natal.

Aproximadamente 70% dos gemelares conjugados são do sexo feminino; 35% dos gêmeos sobrevivem, mas morrem, geralmente, em 24 horas ou são natimortos devido às inúmeras anormalidades anatômicas[4]. Na ausência de malformações cardíacas, pulmonares e intestinais, os gêmeos conjugados dicephalus podem alcançar a idade adulta.

RELATO DO CASO

Mãe: L.C.S.C., brasileira, casada, 20 anos, gesta II, para: I, aborto: 0, sangue O positivo, IgG reagente para toxoplasmose, sorologias para: rubéola, hepatite B, HIV e VDRL, todas não reagentes. Negava uso de qualquer substância psicoativa. No dia 11 de abril de 2007 foi realizado um ecodopplercardiograma que evidenciou a presença de átrio único, valva átrio-ventricular única e comunicação interventricular. A valva pulmonar não foi identificada.

Recém-nascido de L.C.S.C., nascido de parto cesariana em 13/04/09, por descolamento prematuro de placenta e diagnóstico ultrassonográfico de gêmeos teratópagos, masculino, idade gestacional: 34 semanas, peso ao nascimento: 3.595g, Apgar: 4/6. Respondeu à reanimação com oxigênio inalatório, acesso venoso, infusão de drogas vasoativas, evoluindo com hipotermia e má-perfusão periférica, óbito ocorreu com 55 minutos de vida. Necropsia foi autorizada pela família. (Figura 1)

TRABALHO REALIZADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE (CASCAVEL-PR) E LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA IBOP (CASCAVEL-PR).

1 - Professor Assistente do Internato Médico de Pediatria do curso de Medicina da UNIOESTE.
2 - Professora Auxiliar do Internato Médico de Pediatria do curso de Medicina da UNIOESTE.
3 - Professor Assistente da disciplina de Anatomia Patológica do curso de Medicina da UNIOESTE.
4 - Acadêmicos de Medicina da UNIOESTE; coleta de dados; elaboração do artigo e revisão de literatura.

FIGURA 1 - Apresenta neonatos com duas cabeças, dois braços e duas pernas bem formados. Além disso, nota-se um alargamento látero-lateral da porção torácica, com a presença de pectus escavatum.

Ao exame físico: os neonatos eram malformados, apresentavam-se cianóticos e edemaciados. Possuíam duas cabeças e duas colunas cervicais. Tinham dois membros superiores e dois membros inferiores. Havia alargamento látero-lateral da porção torácica, com a presença de pectus escavatum; um abdome e um ânus. O dorso apresentava mielocele. Genitália do sexo masculino, com bolsa testicular única, sem a presença dos testículos e um pênis. (Figuras 2 e 3)

FIGURA 2 - Raios X: apresenta duas colunas vertebrais que se unem em região sacral, divisão incompleta das costelas posteriormente, esterno único e fusão complexa das medulas espinhais em região de cauda equina.

FIGURA 3 - Apresenta duas massas ventriculares e um átrio com quatro aurículas envolvidos por pericárdio único e quatro pulmões, dos quais dois hipoplásicos.

DISCUSSÃO

A gestação monozigótica ocorre de modo aleatório como resultado de um atraso na divisão embrionária, a qual origina a placenta monocoriônica. Gêmeos monoamnióticos são encontrados em cerca de 1% de todas as gestações gemelares ou em 5% dos gêmeos monocoriônicos[5-6].

Quanto à etiologia, dentre os fatores associados à formação de teratópagos, destaca-se a influência genética, história de tireoideopatia, tratamento para infertilidade, uso de esteroides sexuais no início da gestação e o ambiente externo[7]. Na análise dos dados obstétricos do caso apresentado, nenhum destes fatores etiológicos foi encontrado. Estes dados são compatíveis com a literatura que mostra que em mais de 40% dos casos não se encontra a etiologia.

Embriologicamente, quatro dias após a fertilização, o trofoblasto diferencia-se. Se uma divisão ocorre antes desse tempo, os gêmeos monozigóticos serão implantados como blastocistos separados, cada um com seu córion e âmnio. Oito dias após a fertilização, o âmnio diferencia-se. Se a divisão ocorrer entre o 4.º e 8º. dias, os gêmeos irão compartilhar o mesmo córion, mas terão âmnios diferentes. Se a divisão ocorrer depois do 8.º dia e antes do 13.º dia, os gêmeos dividirão o mesmo córion e o mesmo âmnio[3]. Esta é uma condição muito rara e acontece em 1 a 2% dos casos de gêmeos monozigóticos[8-11].

O disco embrionário começa a diferenciar-se no 13.º dia. Se a divisão ocorrer após esse dia, então os gêmeos vão compartilhar partes do corpo, além do âmnio e córion.

Quando o disco embrionário não se divide completamente, ou discos embrionários adjacentes se fundem, pode se formar vários tipos de gêmeos monozigóticos conjugados que recebem nomes de acordo com a região pela qual estão unidos. Alguns gêmeos conjugados podem ser separados cirurgicamente com sucesso; entretanto, as relações anatômicas na maioria dos gêmeos conjugados não permitem a separação cirúrgica e manutenção da viabilidade[9].

Há relatos raríssimos na literatura de casos semelhantes a este que chegaram à velhice como o caso dos irmãos Tocci na Itália, que chegaram aos 62 anos.

A ocorrência de gemelares teratópagos é evento raro e se deve à divisão incompleta no disco embrionário posteriormente ao estádio morular. O estudo pré-natal é essencial para a definição da fusão anatômica e de outras anormalidades associadas, visando ao adequado planejamento cirúrgico e à avaliação do prognóstico fetal. O diagnóstico da anomalia é facilmente obtido através do exame ultrassonográfico e confirmado pela ressonância magnética[10]. Apenas 25 % dos casos são passíveis de correção cirúrgica, uma vez que grande parte dos fetos evolui espontaneamente para óbito, ou não sobrevivem às primeiras vinte e quatro horas[1]. O feto deste caso sobreviveu aproximadamente 55 minutos, sendo submetido às manobras de reanimação cardiopulmonar sem êxito.

A cesariana é recomendada no terceiro trimestre por causa da incidência elevada de distócia e maior risco de morbidade materna.

CONCLUSÃO

Reportamos um caso raro de gemerales teratópagos dicéfalos que sobreviveu aproximadamente 55 minutos, sendo submetido às manobras de reanimação cardiopulmonar sem sucesso. Os gemelares nasceram de uma mãe de 20 anos e sem comorbidades prévias. Salientamos a importância do exame pré-natal para a definição de anormalidades associadas, objetivando ao planejamento cirúrgico e à avaliação do prognóstico fetal. Entretanto, uma grande parte dos fetos evolui espontaneamente para óbito ou não sobrevivem às primeiras vinte e quatro horas.

ABSTRACT

Teratophagus twins are very rare and early diagnosis by obstetric ultrasound may facilitate follow-up pregnancy and delivery work. Most twins conjugates are stillborn or die shortly after birth. We present a case of twins teratophagus, 34 weeks, with various structural abnormalities, discussing their external characteristics and pathological findings at autopsy.

Keywords: Twins; Conjoined; Teratophagus; Dicephalous.

REFERÊNCIAS

1. Beiguelman B. O estudo de gêmeos. Ribeirão Preto: SBG; 2008.
2. Castilla EE, López-Camelo JS. The surveillance of birth defects in South America: The search for time clusters. Epidemics. Advances in Mutagenesis Research. 1990;2:191-210.
3. Finberg HJ. Ultrasound Evaluation. In: Multiple Gestation. Callen"s Ultrasonography. Obstetrics and Gynecology. 3. ed. Harcourt Publishers; 1994. p.121-124.
4. Edmons LD, Layde PM. Conjoined twins in the United States 1970-1977. Teratology. 1982 Jun;25(3):301-8.
5. Hanson JW. Letter: Incidence of conjoined twinning. Lancet. 1975 Dec 20;2(7947):1257.
6. Tessen JA, Zlatnik FJ. Monoamniotic twins: a retrospective controlled study. Obstet Gynecol. 1991 Jun;77(6):832-4.
7. International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. International Centre for Birth Defects. Guidelines for the development of national programmes for monitoring birth defects. Geneva; World Health Organization; 1993.
8. Romero R, Pilu G, Jeanty P, et al. Prenatal diagnosis of congenital anomalies. Norwalk: Appleton & Lange; 1988. p. 405-9.
9. Moore KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
10. Levi CS, Lyons EA, Martel MJ, Dashefsky SM, Holt SC. Sonography in the diagnosis and management of Multifetal Pregnancy. In: Rumack"s Diagnostic Ultrasound: St. Louis, Mosby-Year Book Inc. 1997;Chapter 35: 1062-1065.
11. Mauad FF, Molinari MB, Ferreira AC. Gemelaridade Imperfeita. In: Mauad FF, Morais EN. Medicina Materna e Perinatal. Revinter; 2000. p.391-394.

Recebido em: 02/09/2010
Aprovado em: 03/10/2010
Conflitos de interesse: Nenhum
Fonte de financiamento: Nenhuma.

Endereço para correspondência:
Marcos Antonio da Silva Cristovam - Rua: João de Matos, 1145, bloco B, apto. 09, Coqueiral, Cascavel-PR, CEP 85807-530 - Telefone: 45-9974-2386 - 45-3902-1888 Fax: 45-3326-3752

REVISTA DO RESIDENTE MODERNIZADA COM VERSÃO ELETRÔNICA

A Revista do Médico Residente alinha-se à tendência universal de utilização da informação cientifica de publicação seriada, passando do convencional modelo impresso para o eletrônico. A revista nascida no âmbito da Residência Médica do Hospital Evangélico de Curitiba e Faculdade Evangélica, sob inspiração do Prof. Dr. João Carlos Simões, ganhou credibilidade internacional e foi incorporada há poucos anos como publicação oficial do Conselho Regional de Medicina do Paraná por seu perfil de propagação da discussão científica e do conhecimento e de compromisso com a pesquisa.

Assim, em seu 12.º ano com periodicidade trimestral, a RMR encerra a sua circulação em versão impressa, mas já com projeto em curso para migrar para a integralmente eletrônica no primeiro trimestre de 2011, com nova identificação no ISSN (do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia) e perspectiva de iminente ingresso na SciELO – Scientific Electronic Library Online (http://www.scielo.br), a biblioteca virtual de revistas científicas brasileiras em formato eletrônico. Esta biblioteca opera com a Metodologia SciELO, que é produto do Projeto para o Desenvolvimento de uma Metodologia para a Preparação, Armazenamento, Disseminação e Avaliação de Publicações Científicas em Formato Eletrônico, que teve a sua primeira fase no final dos anos 1990. Tal projeto é o resultado de uma parceria entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e editores de revistas científicas, que, durante o seu desenvolvimento, recebeu o nome de Biblioteca Científica Eletrônica On-line, cuja sigla SciELO corresponde à sua versão em inglês. O interesse central da Bireme era o desenvolvimento de uma metodologia para publicação eletrônica, cuja aplicação pudesse complementar a metodologia de registro bibliográfico e indexação utilizada na produção descentralizada da base de dados bibliográficos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Esta modernização vai muito além dos benefícios decorrentes da tendência de extinção do papel, da economia de custos, da atenção ao meio ambiente, das limitações impostas pelo projeto editorial impresso, da guarda e manuseio, da pesquisa restritiva etc. Tem sua sustentação, sobretudo, nos facilitadores que o novo sistema permite, de passar de uma citação bibliográfica para um abstrat ou um texto completo de um artigo ou, até mesmo, interagir com o autor. Ou ainda, permitir que os artigos tenham a necessária atualização, obviamente com registros de dados consignados. Além da disseminação em maior escala da informação científica tradicional, a publicação abre a possibilidade para enriquecimento de conteúdo, com apresentações multimídia, incluindo sistemas de coordenadas tridimensionais para modelos, filmes, arquivos sonoros ou ilustrações a cores sem custo extra. Sem contar as possibilidades de links para outras partes do trabalho ou outros trabalhos.

É bom lembrar que, incluindo todas as áreas, até a metade dos anos 1990 tínhamos pouco mais de 300 revistas na web. Em 1997, apenas algumas revistas científicas publicavam textos completos, com ilustrações, nas páginas da internet. Substancial transformação ocorreu a partir de então, com a entrada na rede mundial dos grandes editores científicos tradicionais. Até o início de 1999, a Reed-Elsevier já tinha mais de 1.200 revistas on-line; a Springer tinha 360 e a Academic Press, 174. Pouco mais de 10 anos depois, é raro encontrar-se uma boa revista sem sua versão eletrônica. Esta revolução deu novo perfil às bibliotecas, pois os usuários têm acesso privilegiado à informação diretamente de editoras e serviços eletrônicos.

A RMR tem a sua versão eletrônica hospedada no site do Conselho de Medicina. Contudo, no formato pdf, mantém ferramentas muito conservadoras para uso, sendo a pesquisa de títulos e índice remissivo uma das maiores dificuldades. Com o emprego de todos os recursos proporcionados pelas versões mais atualizadas pelos meios eletrônicos, a nova Revista do Médico Residente do CRM-PR se apresenta como um dos mais importantes projetos de incentivo à pesquisa e propagação da educação médica do Conselho. Estaremos receptivos a críticas, propostas e sugestões que tragam melhor conteúdo, informação e interação com a classe médica, em especial os profissionais envolvidos em docência e pesquisa e os residentes.

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

CLÍNICA HEIDELBERG
Rua Padre Agostinho, 687, Bigorrilho
80435-050 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3320-4900 Fax: (41) 3320-4949
E-mail: heidelberg@onda.com.br
Home Page: clinicaheidelberg.com.br
Coordenador da COREME:Dr. Roberto Ratzke
Representante dos médicos residentes: DrªMariana Favaro

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: Não informado

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
Home Page: www.corpoclinicohbj.med.br
Coordenador da COREME: Dr. Carlos Henrique Ferreira Camargo
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI
Rua Pedro Collere, 890, Vila Isabel,
80320-320 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3013-9267 Fax: (41) 3244-7093
E-mail: fundacao@fundacaofcostantini.org.br
Home Page: www.fundacaofcostantini.org.br
Coordenador da COREME: Dr. José Rocha Faria Neto
Representante dos médicos residentes: Dr. Maurício Venâncio Sperandio

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 Skinovsky
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@ufprbr
Coordenador da COREME: Dr. Angelo Luiz Tesser
Representante dos médicos residentes: Dr. Luisa Moreira Höpker

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO
Av. República Argentina, 4650, Novo Mundo
81050-001 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3018-8115 Fax: (41) 3018-8115
E-mail: hospitalnovomundo@softone.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Ricardo Sprenger Falavinha
Representante dos médicos residentes: Dr. Guilherme Campos Barroso

HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA
Rua Senador Souza Naves, 648-A - Centro
86010-160 - Londrina – PR
Telefone: (43) 3375-9500 Fax: (43) 3322-0433
E-mail: hoftalon@hoftalon.com.br
Home Page: www.hoftalon.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Nobuaqui Hasegawa
Representante dos médicos residentes: Dr. Ivan Luis Idalgo Oliveira

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN
Rua Itaquatiaras, 769 – Santo Onofre
85806-300 - Cascavel - PR
Fone: (45) 2101-7000 Fax: (45) 2101-7004
E-mail: hospitaldocancer@uopeccan.org.br
Home Page: www.uopeccan.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Luis César Bredt
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Fernando Luiz Motter

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. Gustavo Justo Schulz
Representante dos médicos residentes: Dr. 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: Dr. Alan Nolla

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA
Rua Guilherme Pugsley, 1705, Água Verde
80620-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3017-2200 Fax: (41) 3017-2160
Email: residencia@hmsantabrigida.com.br
Home Page: hmsantabrigida.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Cláudio Wiens
Representante dos médicos residentes: Drª Maurea do Rosário

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: Drª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Representante dos médicos residentes: Dr. Murilo de Almeida Luz

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA
Av. Bandeirantes, 618, Jardim Ipiranga, 91
86015-900 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3378-1800 Fax: (43) 3324-2161
E-mail: concien@sercomtel.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Abel Esteves Soares
Representante dos médicos residentes: Não informado

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

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: licitacaohjf@uol.com.br
Home Page: www.hospitaljoaodefreitas.org
Coordenador da COREME: Dr. Roberto Frederico Koch
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Victor Hugo Feitosa

HOSPITAL SANTA RITA
Praça Sete de Setembro, 285
87015-290 - Maringá - PR
Telefones: (44) 3220-6285 Fax (44) 3220-6209
E-mail: residencia@hsr.org.br
Home Page: www.hsr.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Alvo Orlando Vizzotto Júnior
Representante dos médicos residentes: Drª Angelica Giuliangelli

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-6501 Fax: (41) 3240-6500
E-mail: secretaria.geral@hnsg.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Cesar Andriguetto
Representante dos médicos residentes: Dr. 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: Não informado

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
Home Page: www.dmd.uem.br
Coordenador da COREME: Dr. Mauro Porcu
Representante dos médicos residentes: Diego Ricardo Colferai

HOSPITAL SÃO VICENTE
Av. Vicente Machado, 401, Centro
80420-010 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3111-3175 Fax (41) 3111-3019
E-mail: medicos@funef.com.br
Home Page: www.funef.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Geraldo Alberto Sebben
Representante dos médicos residentes: Dr. Luis Eduardo Durães Barboza

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: Dr. Fernando Martins Piratelo

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ
Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre
85804-260 - Cascavel - PR
Telefone: (45) 3221-5277 Fax: (45) 3326-3752
E-mail: residenciaunioeste@yahoo.com.br
Home Page: www.unioeste.br/huop
Coordenador da COREME: Dr. Allan Cezar Faria Araujo
Representante dos médicos residentes: Drª Renata Telli Bortolaz

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA
Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorrilho
80730-400 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-5486 Fax: (41) 3335-7172
E-mail: coremehuec@hotmail.com
Coordenador da COREME: Dr. Flamarion dos Santos Batista
Representante dos médicos residentes: Não informado

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PR
Avenida Robert Koch, 60
86038-350 - Londrina - PR
Telefone/Fax: (43) 3371-2278
E-mail: residenciahu@uel.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcos Cesar Barros de Almeida Camargo
Representante dos médicos residentes: Dr. Fernando Pravato Munhoz

INSTITUTO DO CÂNCER DE LONDRINA
Rua Lucilla Ballalai, 212, Jardim Petrópolis
86015-520 - Londrina - PR
Telefones: (43) 3379-2600 Fax: (43) 3379-2696
E-mail: diretoriaclinicaicl@yahoo.com.br
www.icl-cancer.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Cássio José de Abreu
Representante dos médicos residentes: Não informado

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: Dr. Erasmo Barros da Silva Júnior

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA
Praça Rui Barbosa, 694, Centro
80010-030 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3320-3558 Fax: (41) 3227-1071
E-mail: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcos Günther
Representante dos médicos residentes: Não informado

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: Dr. 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
Home Page: www.scmpg.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Rafael P. Rocha
Representante dos médicos residentes: Dr. Dieyson Martins de Melo Costa

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

GABRIEL QUADROS VOCÊ NÃO CONHECEU, MAS O SEU FILHO COM CERTEZA
You don't know Gabriel Quadros but your son certainly

Ehrenfried Othmar Wittig[1]

Wittig EO. Raridade Bibligráfica. Rev. Med. Res. 2010; 12(3 e 4):3ª capa

GABRIEL QUADROS VOCÊ NÃO CONHECEU, MAS O SEU FILHO COM CERTEZA

Gabriel Nogueira Quadros nasceu e estudou em Curitiba. Graduou-se como médico na Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná em 1926. Também formou-se como Engenheiro Agrônomo.

Após graduar-se como médico, foi clinicar em Mato Grosso do Sul. Casou com a Sra. Leonor da Silva, filha de um farmacêutico. Dessa união tiveram dois filhos em Campo Grande: o primeiro chamou-se Jânio da Silva Quadros e Dirce Maria, posteriormente. Desta cidade e com passagem por algumas outras no estado de São Paulo, veio residir em Curitiba na rua 13 de Maio.

Aqui Jânio Quadros completou seu estudo primário no Grupo Escolar Conselheiro Zacarias e parte do secundário no Colégio Internato Paranaense, na rua Bispo Dom José, no Batel.

Em Curitiba o Dr. Gabriel trabalhou como médico:

- Auxiliar do Serviço Médico da Estrada de Ferro São Paulo – Rio Grande;
- Assistente Médico da Cerâmica Pinhais;
- Ex-interno da Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba;
- Médico da S. B. Companhia Cervejaria Atlântica S.A.

Tinha consultório no Matadouro Velho nº 30. Após alguns anos em Curitiba, o Dr. Gabriel, no período da revolução de trinta, trabalhou politicamente contra o partido da Aliança Liberal, recebendo como represália a perda de seus empregos públicos no Paraná, o que tornou sua situação financeira difícil, obrigando transferir-se para a cidade de São Paulo em 1930. Inicialmente abriu a "Farmácia do Povo".

Jânio casou em 1942 com a Sra. Eloá do Vale de São Paulo. Terminou seus estudos e formou-se em Direito na USP. Tornou-se pai de Dirce "Tutu" Quadros que foi deputada federal por São Paulo. Em carreira meteórica Jânio em 31/01/1961 tornou-se Presidente da República do Brasil.

Dr. Gabriel era um homem temperamental, difícil e autoritário, colocando-se em conflito pessoais. Elegeu-se Vereador e Deputado Federal por São Paulo e faleceu assassinado no exercício do mandato em 18/05/1957.

Descritores – História da Medicina, Museu de Medicina, médico, receita manipulada, Gabriel Quadros, vereador, deputado federal, Curitiba, Jânio Quadros, Presidente do Brasil.

Keywords – History of Medicine, Medicine Museum, physician, Gabriel Quadros, councilman, congressman, Curitiba, Jânio Quadros, Brasil President, manipulate prescription.

Receita: doação do Prof. Dr. Julio E. Moreira
Data provável: 1928/1929

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

1 - Diretor do "Museu de História da Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE

Volume 12 Nº 3 E 4 JUL/DEZ 2010

CONTEÚDO / CONTENT

Sumário

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTIONS **107**

EDITORIAL / EDITORIAL

ANÁLISE CRÍTICA DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO PARANÁ

Critical Analysis of Medical Residency in Parana

João Carlos Simões **108**

RESIDÊNCIA MÉDICA: ONTEM, HOJE E AMANHÃ

Medical Residency: Yesterday, Today and Tomorrow

Alcino Lázaro da Silva **109**

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE FIBROMIALGIA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Comparison Study of Primary and Secondary Fibromyalgia.

Carla Tamy Fukuda, Gustavo Henrique Takarada, Thelma L. Skare **111**

APLICAÇÃO TÓPICA DE GLICOCORTICOIDES E AVALIAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTRAPERITONEAIS EM RATOS

Topical Aplication of Glicocorticoids and Evaluation Over Intraperitoneal Adherenses in Rats

João Carlos Simões, Felipe Schuster Battaglin, Daniel Nishiura Enzo Outi..... **118**

SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA EM CRIANÇAS

Idiopathic Nephrotic Syndrome in Children

Luis Alberto Batista Peres, Rosangela Aparecida Botinha Assumpção..... **124**

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

GOLIMUMABE: UM NOVO AGENTE ANTI-TNF

Golimumabe: a New Anti TNF Agent

Valderílio Feijó Azevedo, Luis Gustavo Favretto, Marcos de Almeida Santos Jr **130**

ARTIGO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE

ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS: INSTRUMENTOS DE PRESERVAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA

Ortothanasia and Paliative Care: Preservation Instrument of Human Dignity

Carlos Vital Tavares Correa Lima **134**

RELATO DE CASO / CASE REPORT

DOENÇA DE PAGET EXTRAMAMÁRIA: RELATO DE CASO

Extramammary Paget's Disease: Case Report

Elísio Meirelles de Miranda, Carlos Roberto Amorim, Nícolas Biagione Tibúrzio, Mirayr Ferreira Júnior, Jean César Paresoto Rodrigues..... **137**

SARCOMA RETROPERITONEAL PLEOMÓRFICO DE ALTO GRAU INDIFERENCIADO – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

High-Grade Retroperitoneal Sarcoma Pleomorphic Undifferentiated – Case Report and Literature Review

Nicolas S. Lazaretti, Renata Bruna Garcia dos Santos Gatelli, Charles Nilton Gatelli, Luis Alberto Schlittler, Rodrigo Ughini Villaroel..... **139**

GEMELARES TERATÓPAGOS DICÉFALOS: RELATO DE CASO

Teratophagus Dicephalous Twins: Case Report

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Adriana Chassot Bresolin, Fábio Negretti, Carlos Alberto Kenji Nakashima, Ana Paula Cavalari Faller, Caroline de Almeida **143**

CERMEPAR - COREMES DO PARANÁ / CERMEPAR / COREMES OF PARANA

Instituições com Residência Médica no Paraná - Sistema CNRM/MEC **147**

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA / MEDICINE HISTORY MUSEUM

History Museum of Medicine

Ehrenfried Othmar Wittig ..... **3ª Capa**

Endereço para devolução
Rua Victório Viezzer 84
80810-340 Curitiba - PR

CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

CERMEPAR
Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná

AMERERPAR
ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES DO PARANÁ

Disponível no site
www.crmpr.org.br