

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ

Janeiro/Junho 2015 - Vol. 73 - Nº 1

January/June 2015 - Vol. 73 - Nº 1

ARTIGO ORIGINAL

O IMPACTO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM CRIANÇAS – UMA ANÁLISE ATRAVÉS DE DESENHOS.

ARTROPLASTIA REVERSA DE OMBRO: AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO FINAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE VÔMITOS CÍCLICOS.

TRANSPLANTE CARDÍACO NO PARANÁ – A CIRURGIA. 30 ANOS DEPOIS. HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA NO PARANÁ - V.

ARTIGO DE REVISÃO

ANATOMIA APLICADA DA PONTA NASAL EM RINOPLASTIA.

RELATO DE CASO

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEUROSSÍFILIS EM PACIENTE ATENDIDO NO SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HC – UFPR.

HTLV-1 EM CURITIBA MANIFESTANDO BEXIGA NEUROGÊNICA COMO PRIMEIRO SINTOMA.

TUMOR CÍSTICO PARATESTICULAR NA INFÂNCIA.

RESEARCH ARTICLE

THE IMPACT OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN – AN ANALYSIS THROUGH DRAWINGS.

REVERSE TOTAL SHOULDER ARTHROPLASTY: PRE AND POST-OPERATIVE RADIOGRAPHIC ASSESSMENT.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND FINAL DIAGNOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENT WITH SUSPECT OF CYCLIC VOMITING SYNDROME.

HEART TRANSPLANTATION IN PARANA – THE SURGERY. 30 YEARS AFTER. HISTORY OF THE CARDIOLOGY IN THE PARANA STATE - V.

REVIEW ARTICLE

APPLIED ANATOMY OF THE NASAL TIP IN THE RHINOPLASTY.

CASE REPORT

ATYPICAL PRESENTATION OF NEUROSYPHILIS IN PATIENT TREATED AT THE NEUROLOGY SERVICE OF HC – UFPR.

HTLV-1 IN CURITIBA EXPRESSING NEUROGENIC BLADDER AS FIRST SYMPTON.

PARATESTICULAR CYSTIC TUMOR IN CHILDHOOD.

ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ - AMP
FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Sou Médico Referenciado.

Somente os médicos da Associação Médica do Paraná são referenciados para fazer parte do Sistema Nacional de Atendimento Médico – SINAM. Um sistema que já conta com mais de 600 mil usuários em todo o Paraná e que a cada dia incorpora mais e mais adeptos, numa demonstração clara de credibilidade e confiança que a instituição goza junto ao mercado.



Se você ainda não é, não perca mais tempo. Filie-se ainda hoje a AMP e descubra, além dessa, uma série de outras vantagens. Seja você também um médico

referenciado e descubra todas as vantagens de trabalhar para um sistema onde não existem intermediários entre você e o seu paciente.



Médico
Profissional
de valor

www.amp.org.br

Rua Candido Xavier, 575 - Curitiba - PR • Fone: (41) 3024-1415

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ
Órgão Oficial da Associação Médica do Paraná
Fundada em 1932, pelo Prof. Milton Macedo Munhoz

Editor Principal

João Carlos Gonçalves Baracho

Conselho Editorial

José Fernando Macedo
Rodrigo de A. Coelho Macedo
Gilberto Pascolat
Carlos Roberto Naufel Junior

Normalização Bibliográfica

Ana Maria Marques

Revisor

Gilberto Pascolat

Diagramação e arte final

Trillo Comunicação

Impressão

GRÁFICA CAPITAL

Indexada na Base de Dados LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ISSN - 0100-073X

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ
DIRETORIA - TRIÊNIO 2014/2017

Presidente

João Carlos Gonçalves Baracho

Vice-Presidente Curitiba

Nerlan Tadeu G. de Carvalho

Vice-Presidente - Norte

Antônio Caetano de Paula

Vice-Presidente - Noroeste

Leônidas Favero Neto

Vice-Presidente - Centro

Fernando Cesar Duda

Vice-Presidente - Sudoeste

Fabio Scarpa e Silva

Vice-Presidente - Sul

Gilmar Alves do Nascimento

Secretário Geral

José Fernando Macedo

1º Secretário

Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho

1º Tesoureiro

Gilberto Pascolat

2º Tesoureiro

Jurandir Marcondes Ribas Filho

Diretor de Patrimônio

Regina Celi P. Sérgio Piazzetta

Diretor Científico e Cultural

Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki

Diretor de Comunicação Social

Carlos Roberto Naufel Junior

Diretoria Social

Maria da Graça C. Ronchi

Diretor de Museu

Ehrenfried Othmar Wittig

Conselho Fiscal

Carlos Roberto de Oliveira Borges

Cláudio Lening Pereira da Cunha

Henrique de Lacerda Suplicy

José Antonio Maingue

Ronaldo da Rocha Loures Bueno

Kati Stylianos Patsis

Luis Antonio Munhoz da Cunha

Ney José Lins de Alencar

Nicolau Gregori Czezko

Valdir de Paula Furtado

Delegados junto a AMB

Cesar Alfredo P. Kubiak
(Curitiba)

Francisco P. de Barros Neto
(Ponta Grossa)

José Jacyr Leal Junior
(Curitiba)

Torao Takada
(Toledo)

Araré G. Cordeiro
(Araucária)

Fábio Adriano P. Sambatti
(Rolândia)

Jairo Sponholz de Araujo
(Curitiba)

Paulo Mauricio P. de Andrade
(Curitiba)

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO

A Revista Médica do Paraná aceita somente trabalhos que se enquadrem nas normas estabelecidas pelo Conselho Editorial. Serão aceitos artigos originais de pesquisa médica ou de investigação clínica desde que representem estatísticas próprias ou se refiram a novos métodos propedêuticos ou de técnica cirúrgica. Os trabalhos deverão ser encaminhados ao Conselho Editorial, com carta em anexo assegurando que são inéditos, isto é, não tenham sido anteriormente publicados em outro periódico, bem como autorizando sua publicação na Revista Médica do Paraná.

Toda matéria relacionada a investigação humana e a pesquisa animal deverá ter aprovação prévia da Comissão de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado, de acordo com as recomendações das Declarações de Helsinque (1964, 1975, 1981 e 1989), as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Todo artigo encaminhado a publicação na Revista Médica do Paraná deverá constar de

1. Título em português e inglês;
2. Nome completo do(s) autor(es);
3. Nome da instituição onde foi realizado o trabalho;
4. Nome, endereço, fone e endereço eletrônico do autor responsável;
5. Agradecimentos (quando pertinentes);
6. Resumo com até 150 palavras, escrito em parágrafo único, ressaltando objetivos, material e métodos, resultados e conclusões;
7. Abstract - tradução do resumo para a língua inglesa;
8. Descritores e Key words (no máximo 6), que, se possível, devem ser consultados no site: <http://decs.bvs.br/>
9. Introdução, literatura, material, método, resultados, discussão e conclusão;
10. Referências: Deverão ser apresentadas de acordo com o estilo de Vancouver, cujo texto completo pode ser consultado em: www.icmje.org. Deverão ser relacionadas em ordem alfabética do sobrenome do autor e numeradas. O título dos periódicos deverá ser referido de forma abreviada de acordo com List Journals Indexed in Index Medicus ou no site: www.nlm.nih.gov
11. Citações: Deverão vir acompanhadas do respectivo número correspondente na lista de referências bibliográficas.
12. Ilustrações, quadros e tabelas: As ilustrações receberão nome de figura e deverão ter legendas numeradas em algarismos arábicos, serem em preto e branco e de boa qualidade. O número de ilustrações não deverá ultrapassar ao espaço correspondente a 1/4 do tamanho do artigo. Os desenhos deverão ser apresentados em imagens digitalizadas, armazenadas em CDs, DVDs e Pen Drives. Os quadros e tabelas serão referenciados em algarismos arábicos. O redator, de comum acordo com os autores, poderá reduzir o número e o tamanho das ilustrações e quadros apresentados.
13. Símbolos e abreviaturas: Deverão ser seguidos dos respectivos nomes, por extenso, quando empregados pela primeira vez no texto.
14. Os textos originais deverão vir gravados em Cds, DVDs e Pen Drive no Editor de Texto Word.

ORIENTAÇÕES PARA AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

Regras para autoria: De 1 a 6 autores referenciam-se todos, separados por vírgula. Mais de 6, referenciam-se os 6 primeiros, seguidos da expressão latina “*et al*”.

Responsabilidade intelectual: (editores, organizadores, compiladores, etc.) Acrescente a denominação após o nome: Ex. Castelo Branco SE, editor
Marques Neto H, Oliveira Filho M, Chaves Junior SF, organizadores

Nomes espanhóis:

Fazer entrada pelo primeiro sobrenome. Ex. Garcia Fuentes, M

Autores Corporativos:

Organizacion Panamericana de la Salud.
Universidade Federal do Paraná. Departamento de Pediatria. Ministério da Saúde (BR). Centro de Documentação.

Entrada pelo título:

Vertebral fractures: how large is the silent epidemic?

Livro:

Feria A. Fagundes SMS, organizadores. O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde coletiva. Porto Alegre: Dacasa; 2002.

Capítulo de livro: (quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro): Maniglia .I.I. Anatomia e fisiologia da cavidade bucal e faringe. In: Coelho JCU. Aparelho digestivo: clínica e cirurgia. Rio de Janeiro: Medsi; 1990. p.77-9. Capítulo de livro: (quando o autor do capítulo é o mesmo do livro): Veronesi R. Doenças infecciosas 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Eritema infeccioso: p.32-4.

Artigos de periódicos:

Abrams FR. Patient advocate or secret agent? JAMA 1986;256: 1784-5.

Marcus Fl. Drug interaction with amiodarone. Am Heart J 1983;106(4) PT 21:924-30.

Mirra SS. Gearing M. Nash. F. Neuropathology assessment of Alzheimer's disease. Neurology 1997;49 Suppl 3:S14-S6.

Wise MS. Childhood narcolepsy. Neurology 1998;50(2 Suppl 1):S37-S42.

Tese, Dissertação, Monografia:

Busato CR. Prevalência de portadores de staphylococcus aureus multirresistentes em contatos domiciliares de profissionais de saúde, [dissertação] Curitiba(PR): Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná; 1997.

Congressos:

Marcondes E. Visão geral da adolescência. Anais do 21º Congresso Brasileiro de Pediatria; 1979 out 6-12: Brasília. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatra; 1979. p.267-75.

ENDEREÇO

Associação Médica do Paraná
Redação da Revista Médica do Paraná
Rua Cândido Xavier, 575
80.240-280 - Curitiba / Paraná
Fone: (41) 3024-1415
Fax: (41) 3242-4593
E-mail: secretaria@ucamp.org.br

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ

SUMÁRIO / CONTENTS

Nº	ARTIGO ORIGINAL	
1362	O IMPACTO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM CRIANÇAS – UMA ANÁLISE ATRAVÉS DE DESENHOS. THE IMPACT OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN–ANANALYSIS THROUGH DRAWINGS. Gilberto Pascolat, Aristides Schier da Cruz, Fernanda Areco Costa Ferreira Torres, Raphael Wagner Teixeira	07
1363	ARTROPLASTIA REVERSA DE OMBRO: AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA. REVERSE TOTAL SHOULDER ARTHROPLASTY: PRE AND POST-OPERATIVE RADIOGRAPHIC ASSESSMENT. Carlos Augusto Nunes Martini, Carlos Wigderowitz	15
1364	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO FINAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE VÔMITOS CÍCLICOS. CLINICAL CHARACTERISTICS AND FINAL DIAGNOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENT WITH SUSPECT OF CYCLIC VOMITING SYNDROME. Ana Paula Schuster, Aristides Schier da Cruz, Juliana Gabriele Molini	22
1365	TRANSPLANTE CARDÍACO NO PARANÁ – A CIRURGIA. 30 ANOS DEPOIS. HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA NO PARANÁ - V. HEART TRANSPLANTATION IN PARANA – THE SURGERY. 30 YEARS AFTER. HISTORY OF THE CARDIOLOGY IN THE PARANA STATE - V. Hélcio Giffhorn	27
	ARTIGO DE REVISÃO	
1366	ANATOMIA APLICADA DA PONTA NASAL EM RINOPLASTIA. APPLIED ANATOMY OF THE NASAL TIP IN THE RHINOPLASTY. Eduardo Nascimento Silva, Allinson Lidemberg Ribeiro, Giulia Carvalho dos Santos, João Henrique Maffisoni Roceto, Nicolas Brandalize Medeiros, Stella Kuchler, Vanessa Alana Pizato	29
	RELATO DE CASO	
1367	APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEUROSSÍFILIS EM PACIENTE ATENDIDO NO SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HC – UFPR ATYPICAL PRESENTATION OF NEUROSYPHILIS IN PATIENT TREATED AT THE NEUROLOGY SERVICE OF HC – UFPR. Gustavo Koiti Kondo, Carla Caroline Schramm, Conrado Régis Borges, Hélio Afonso Ghizoni Teive	34
1368	HTLV-1 EM CURITIBA MANIFESTANDO BEXIGA NEUROGÊNICA COMO PRIMEIRO SINTOMA. HTLV-1 IN CURITIBA EXPRESSING NEUROGENIC BLADDER AS FIRST SYMPTON. Carlos Cesar Conrado Caggiano, Fernanda Areco Costa Ferreira Torres, Raphael Wagner Teixeira	36
1369	TUMOR CÍSTICO PARATESTICULAR NA INFÂNCIA. PARATESTICULAR CYSTIC TUMOR IN CHILDHOOD. Francisco Carlos Yokoyama, Gilberto Pascolat, André Luis Fortes Alves, Flávia Natália Marques Kingerski, Thais Dias Côrtes	39

E DITORIAL

A atualização científica consiste na busca constante dos conceitos mais atuais relacionados à área de atuação de cada profissional. As tecnologias desenvolvidas renovam-se constantemente. Dispositivos, medicações, técnicas cirúrgicas, maneiras de abordar as enfermidades, tudo muda e muda muito rápido. Nós médicos, precisamos estar no ritmo dessas mudanças, caso nosso desejo seja oferecer o que há de melhor para nossos pacientes.

Hoje não se consegue atualização consistente sem participação em congressos de especialidades, sem leitura semanal (senão diária) de artigos e periódicos específicos, sem a realização de cursos de reciclagem, sem discussão de casos com grupos de especialistas da mesma área.

Tendo a educação médica continuada como uma de suas missões estatutárias, a Associação Médica do Paraná, através de sua Universidade Corporativa oportuniza, em parceria com as sociedades de especialidade e com as principais instituições de educação do estado, cursos, jornadas seminários e congressos para que o médico paranaense esteja sempre atualizado. E, como complemento a esse esforço, temos a edição semestral da Revista Médica do Paraná, reunindo a produção acadêmica de médicos e estudantes de nosso estado, numa publicação que torna-se obrigatória para o registro histórico da atividade científica de nossos profissionais e acadêmicos, bem como para a atualização de cada profissional através de sua leitura e discussão dos casos publicados.

A Revista Médica do Paraná está disponível para a publicação de artigos científicos de todos os médicos e acadêmicos do estado. Desfrute desta edição e não deixe de procurar nossa Universidade Corporativa para incluir seu artigo na próxima. Boa leitura:

Dr. José Fernando Macedo
Superintendente da Universidade Corporativa da AMP

O IMPACTO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM CRIANÇAS – UMA ANÁLISE ATRAVÉS DE DESENHOS.

THE IMPACT OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN – AN ANALYSIS THROUGH DRAWINGS.

Gilberto **PASCOLAT**¹, Aristides Schier **DA CRUZ**¹,
Fernanda Areco Costa Ferreira **TORRES**², Raphael Wagner **TEIXEIRA**².

Rev. Méd. Paraná/1362

Pascolat G, Da Cruz AS, Torres FACH, Teixeira RW. O impacto da constipação intestinal funcional em crianças – uma análise através de desenhos. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):7-14.

RESUMO - Objetivo: Avaliar o impacto da constipação funcional crônica na vida de crianças e verificar a utilização de desenhos na construção da relação médico-paciente. Metodologia: Trata-se de estudo qualitativo, com pacientes entre oito e doze anos com critérios de Roma III para constipação funcional. Pediu-se que fizessem um desenho de sua vida com a doença e outro de como seria sem. Aos responsáveis solicitou-se que respondessem o questionário PedsQL. Resultados: Entrevistaram-se oito crianças. As principais queixas foram incapacidade de brincar, encoprese e escape fecal. Identificou-se nos desenhos insegurança, tristeza, isolamento e introspecção. As respostas dos responsáveis convergiram com os desenhos em temas como tristeza e medo, mas divergiram em acompanhar outras crianças em brincadeiras, capacidade de fazer as mesmas coisas que outras crianças e realizar atividades físicas. Conclusão: A doença afeta a vida das crianças, sendo difícil avaliar esse prejuízo. O desenho ajuda a entender esse sofrimento, melhorando a relação médico-paciente.

DESCRITORES - Constipação Intestinal, Desenho Experimental, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

A constipação intestinal acomete 40% das crianças da escola básica.^{16,17} Entretanto, apenas para aquelas que não conseguem regressão com medidas comportamentais, o acompanhamento em ambulatórios de gastroenterologia pediátrica está indicado.^{13,16}

O início dessa desordem costuma ocorrer logo após o desmame.²⁰ A evolução pode se dar de forma contínua ou recorrente, sendo que a primeira consulta devido a essa queixa só ocorre, normalmente, muitos meses depois no início do quadro.¹⁶ O sexo feminino é o mais atingido.¹⁷ Em mais de 90% das crianças a constipação é de origem funcional.²⁰

A definição do que seria a constipação intestinal não é clara, sendo um fator limitante de estudos de incidência e prevalência.¹⁸ Pesquisas que tentaram focar causas biológicas da Constipação Intestinal Crônica Funcional (CICF) mostraram resultados

insatisfatórios.¹⁰ Atualmente, por outro lado, fatores psicossociais, como a depressão e a ansiedade, têm sido frequentemente associados a essa disfunção.⁴

Entre as principais complicações da CICF estão dor abdominal recorrente, vômitos, alterações urinárias (infecções e retenção), sangramento retal, escape fecal ou soiling e encoprese.^{16,19}

Os sintomas e frequentes consultas médicas afetam o cotidiano das crianças, principalmente no ambiente escolar.²⁴ Existem, então, vários questionamentos sobre qual seria o impacto na vida dessas crianças, sendo difícil para o profissional de saúde uma abordagem adequada para mensurar a piora na qualidade de vida dos pacientes pediátricos.²²

O uso de desenhos vem sendo utilizado como método de entrevista em crianças de diversas idades e tem se mostrado adequado.⁷ A criança emprega o desenho para demonstrar seus pensamentos, conhecimentos e interpretações sobre uma situação vivida ou imaginada.¹ Desta forma, ao desenhar, a

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

1 - Professor de Pediatria da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

2 - Acadêmico de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

criança revela “parte de si própria: como pensa, como sente e como vê”.¹⁵

O objetivo desse trabalho é avaliar o impacto da constipação intestinal funcional crônica na qualidade de vida de crianças de 8 a 12 anos, além de verificar a importância da utilização de desenhos na construção de uma melhor relação médico-paciente na consulta pediátrica.

MATERIAL

Foram utilizadas 16 folhas de papel sulfite tamanho A4 brancas, dois lápis pretos, duas borrachas, uma caixa de lápis de cor de 24 cores e uma de giz de cera com 15 cores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, em que foram entrevistadas crianças possuíam constipação crônica intestinal funcional, confirmada pelos critérios de Roma III. Os dados foram coletados no Ambulatório de Gastropediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Aprovado no comitê de ética da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba – PR, pelo número 608.746.

Foi solicitado a cada criança que representasse através de desenho o impacto da constipação e suas complicações na sua vida. E, em outra folha, como ela seria sem a doença. Além disso, para os responsáveis, foi aplicado o questionário PedsQL TM4.0, traduzido para o português, que aborda o impacto da doença no âmbito físico, emocional, social e escolar.

Os desenhos foram analisados levando em conta os estudos de Bédard (2000), que considera a posição do desenho, dimensões, traços, pressão e cores escolhidas e de Koppitz (1976), que analisa o desenho da figura humana. Foi também levada em conta a explicação da criança sobre o desenho e a interpretação dos autores. O questionário foi avaliado individualmente e em comparação com o desenho da criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas oito crianças com idade entre 8 e 12 anos, sendo três do sexo feminino e cinco do masculino.

KMPY, 8 anos, sexo masculino

1. Vida com a doença

FIGURA 1



Segundo o paciente:

Nesse desenho, a criança relatou que se sentia triste e que tinha como queixa principal a encoprese frequente. Ele disse que se sentia mal por todas as pessoas poderem usar o vaso sanitário e ele não.

Segundo Bédard:

Orientação espacial: o desenho feito no lado esquerdo da folha indica que os pensamentos da criança giram ao redor do passado.

Dimensões: o tamanho reduzido indica falta de confiança e introspecção.

Pressão: um traçado feito com pressão demasiadamente forte pode indicar agressividade.

Cor: o desenho de uma só cor indica que a criança deseja ser descoberta, compreendida.

Segundo Koppitz:

Figura minúscula: demonstra insegurança, afastamento e depressão.

Omissão do nariz: pode indicar reduzido interesse social, sentimento de imobilidade e desamparo, uma inabilidade de seguir em frente com autoconfiança.

2. Vida sem a doença

FIGURA 2



Segundo o paciente:

Ao contrário do outro desenho, nesse a criança desenha a si mesma com um sorriso e os braços para cima, como sinal de alegria. A criança consegue ver a real solução para o seu problema, ela sabe o que precisa ser feito.

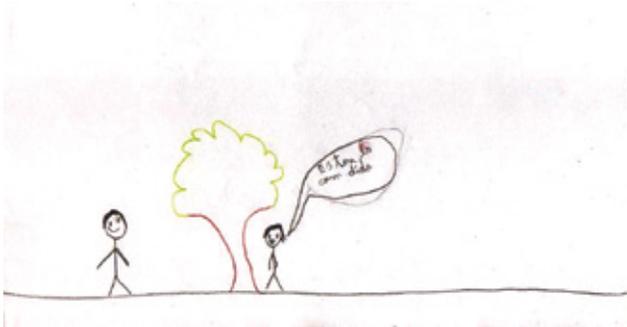
3. Respostas ao Questionário

As respostas da mãe e o desenho da criança convergem em pontos como a insegurança, medo e tristeza, o que a criança relatou e representou em seu desenho através das dimensões. Segundo o responsável, existem problemas de bullying sofridos pela criança, o que ela demonstra através da figura minúscula e omissão do nariz.

PLML, 8 anos, sexo masculino

1. Vida com a doença

FIGURA 3

Segundo o paciente

O paciente relatou que ao sentir vontade de evacuar enquanto brincava com outras crianças, ele se escondia e realizava retenção voluntária de fezes, prática comum da CICF.

Outro ponto interessante é que quando foi perguntado quem eram as pessoas do desenho, ele disse que ambas eram ele mesmo.

Segundo Bédard:

A árvore: é o elemento mais importante no desenho de uma criança. Uma árvore sem folhas e com poucos galhos pode indicar tristeza e falta de motivação.

Repetição de tema: indica certa vulnerabilidade ou angústia.

Segundo Koppitz:

Braços sem mãos: timidez, sentimento de inadequação ou culpa.

Omissão do nariz: timidez, falta de interesse social.

2. Vida sem a doença

FIGURA 4

Segundo o paciente:

Nesse desenho a criança está brincando com o primo. Agora, sem sua doença, ele não precisa mais se

esconder e ficar sozinho, pode sair de trás da árvore e se relacionar com outras crianças normalmente.

Segundo Bédard:

Árvore: mais alta e resistente, ele não se vê mais como uma pessoa vulnerável.

Casa: a porta reduzida e poucas janelas mostram introversão.

Sol: quando desenhado do lado direito representa a influência que o pai tem sobre a criança.

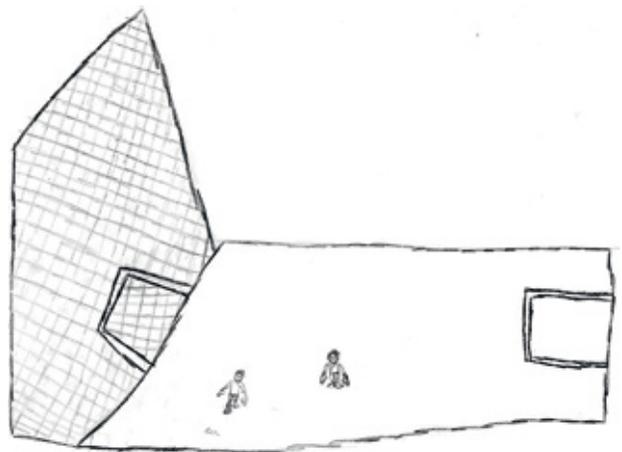
3. Respostas ao Questionário

A mãe e a criança convergem no que diz respeito ao sentimento de tristeza que a criança relatou em sua árvore. Entretanto, ao passo que a mãe disse que a criança nunca tem problemas em acompanhar outras crianças quando estão brincando, esse é o principal tema relatado no desenho do paciente.

EAR, 8 anos, sexo masculino

1. Vida com a doença

FIGURA 5

Segundo o paciente:

A criança relatou que não conseguia correr e jogar bola, o que gostava muito de fazer devido ao escape fecal.

Segundo Bédard:

Tamanho: desenho grande, pode indicar segurança ou o desejo de chamar atenção.

Pressão: um traçado feito com pressão forte indica certa agressividade

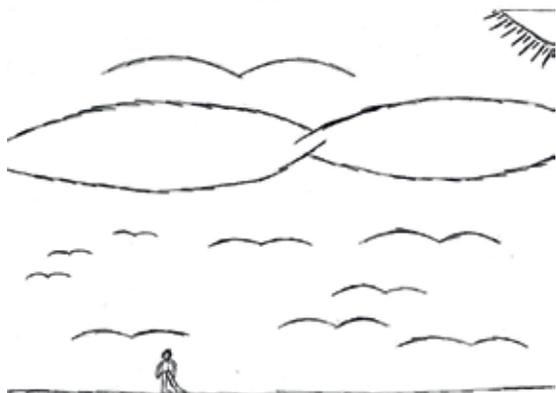
Cor: apenas uma cor foi utilizada, o que significa que a criança deseja ser descoberta, compreendida.

Segundo Koppitz:

Braços longos: agressividade aberta em relação ao ambiente.

2. Vida sem a doença

FIGURA 6



Segundo o paciente:

O paciente quis demonstrar sua liberdade, podendo correr, sem se preocupar com sua doença, que já não existe.

Segundo Bédard:

Nuvens: quando são claras significa que o momento é bom. Entretanto, o fato de desenhar nuvens indica que a criança sabe que existe um tempo ruim.

Pássaros: denotam curiosidade e alegria.

3. Respostas ao Questionário

As respostas da mãe divergem do que foi expresso no desenho pela criança. Isso porque a mãe respondeu que ele nunca tinha problemas em correr, praticar atividades esportivas, fazer coisas que outras crianças da mesma idade conseguem fazer e em acompanhar as outras crianças quando estão brincando. Essas são, justamente, as principais queixas do paciente. Apesar disso, tanto mãe quanto criança veem a tristeza como algo presente na vida do paciente.

HCMS, 8 anos, sexo feminino

1. Vida com a doença

FIGURA 7



Segundo a paciente:

Nesse desenho a criança demonstra insatisfação em não poder acompanhar outras crianças em suas brincadeiras devido a dores abdominais e fraqueza.

Segundo Bédard:

Posição: ela está desenhada no lado esquerdo do papel, o que representa o passado, o desejo de não querer crescer.

Sol: do lado esquerdo significa a influência da mãe na vida da criança. Os raios são bem pequenos, o que significa pouca influência. Essa criança morava com a avó, que foi quem também a levou na consulta.

Segundo Koppitz:

Figura minúscula: insegurança, afastamento e depressão.

Braços curtos: dificuldade da criança se abrir para o mundo e para os outros.

Ausência de mão: crianças tímidas, sentimento de inadequação ou culpa.

Omissão do nariz: timidez, afastamento e falta de agressividade.

2. Vida sem a doença

FIGURA 8



Segundo o paciente:

Nesse desenho, ao contrário do primeiro, a criança se sente feliz por poder brincar sempre com seus amigos.

Segundo Bédard:

Flores: quem desenha flores deseja agradar. Se o fizer de maneira repetitiva, demonstra que necessita de certa segurança. A menina que desenha flores deseja a atenção do pai, o que mais uma vez pode ser interpretado devido ao fato de a criança morar com a avó.

Segundo Koppitz:

Nesse desenho a criança representa a si mesma com mãos, o que demonstra que ela não possui mais nenhum sentimento de culpa ou inadequação.

3. Respostas ao Questionário

Tanto a avó, quanto a criança concordam em relação ao sentimento de tristeza frente à doença. Entretanto, elas expressam opiniões contrárias quanto à capacidade da doença de afetar as atividades diárias

e as relações da criança. Enquanto a avó respondeu que a criança não é incapaz de fazer coisas que outras crianças conseguem e nem tem problemas em acompanhar outras crianças enquanto elas estão brincando; a paciente relatou em seu desenho exatamente a impossibilidade de ir brincar com os colegas devido aos sintomas da doença.

GCS, 8 anos, sexo feminino

1. Vida com a doença

FIGURA 9



Segundo a paciente:

A criança aqui relata um problema comum: após o uso de laxantes, passa a ter diarreias e a ir muitas vezes ao banheiro. O que mais a incomoda são os efeitos colaterais do tratamento para sua doença.

Segundo Bédard:

Orientação espacial: o desenho centralizado mostra o presente. O uso atual de medicações.

Transparências: esse desenho mostra o interior de uma casa, em que se pode ver a criança e o banheiro, indicando que ela quer ser desmascarada, liberada de sua carga.

Ausência de cor: a criança deseja ser descoberta e compreendida.

Segundo Koppitz:

Braços curtos: dificuldade de se abrir pro mundo, tímida.

2. Vida sem a doença

FIGURA 10



Segundo a paciente:

Nesse desenho ela relata que está no ônibus, indo para a escola, não precisando mais faltar às aulas para ir ao médico. O que mais chama atenção é a presença de muitas cores, o que não aconteceu no primeiro desenho.

Segundo Bédard:

Sol: à esquerda indica a influência da mãe.

Nuvem: quando azuis indicam que a situação é boa. Mas a presença de nuvens, indica que a criança sabe que sua vida tem momentos bons, mas também momentos difíceis.

Arco-íris: crianças que os desenharam conheceram tormentas no passado e não querem voltar a vivê-las.

Árvore: ela é grande, o que significa que a criança é forte e saudável agora. O tronco grande indica uma grande força em superar os problemas. A folhagem abundante indica muita criatividade e projetos.

Animais: os pássaros indicam curiosidade e alegria e o desejo de fazer muitas coisas ao mesmo tempo. A borboleta é grande e a criança concentrou-se muito em seu desenho, o que significa que quer nos dizer algo através desse animal. Ela é o símbolo de transformação, da felicidade, beleza, inconstância e efemeridade da vida.

Veículos: a criança que desenha um ônibus quer fazer as coisas como as outras, que funciona melhor em grupo e que não gosta de sentir-se isolada.

3. Respostas ao Questionário

O responsável respondeu que a criança se sentia triste, o que pode ser comparado ao desejo que essa criança tem de ser liberta de sua carga, o que ela expressou através do seu desenho. Entretanto, o que mais melhoraria sua vida se ela não tivesse nenhum problema, seria que ela não precisaria mais faltar às aulas. Contudo, através do questionário, não foi dado pelo responsável, uma grande relevância a esse fato.

ABS, 11 anos, sexo feminino

1. Vida com a doença

FIGURA 11



Segundo a paciente:

A criança relatou-nos sua infelicidade em ter que ficar em casa devido à dor, enquanto todas suas amigas saem para brincar.

Segundo Bédard:

Cores: predominância do rosa, o que significa que a criança deseja ter contato apenas com coisas agradáveis e fáceis, indicando certa fraqueza e vulnerabilidade.

Segundo Koppitz:

Braços pendendo ao lado do corpo: dificuldade de ir em busca dos outros.

2. Vida sem a doença

FIGURA 12



Segundo a paciente:

Nesse desenho a paciente está feliz e pode ir brincar com as amigas.

Segundo Bedard:

Orientação espacial: a criança coloca a si mesma do lado direito, o que significa que ela está pensando no futuro e não se apega aos fatos passados.

Árvore: grande, forte, com tronco bastante grosso. Mostra que a criança tem força, está bem enraizada, estável.

3. Respostas ao Questionário

A mãe relatou que a criança quase nunca tem problemas em acompanhar as outras crianças quando estão brincando, mas isso parece ser o que mais incomoda a menina e foi o que ela relatou em seus desenhos.

WRAS, 12 anos, sexo masculino

1. Vida com a doença

FIGURA 13



Segundo o paciente:

A criança olha para o vaso sanitário decepcionada, relatou-nos que estava triste porque raramente conseguia evacuar no banheiro. Isso porque a frequência de evacuações é bastante baixa e, quando ocorre, é na roupa.

Segundo Bédard:

Orientação espacial: o desenho está bem centralizado, significa que esse é um problema que a criança está vivendo agora.

Transparência: a criança quer ser ajudada, liberada de sua carga, desmascarada.

Segundo Koppitz:

Braços pendendo ao lado do corpo: dificuldade de ir em busca dos outros.

2. Vida sem a doença

FIGURA 14



Segundo o paciente:

A criança falou que se sentiria muito feliz em conseguir usar o vaso sanitário como as outras pessoas. Ele vê que essa seria a solução pro seu problema.

Segundo Bédard:

Cores: nota-se o uso excessivo do cinza. Essa cor indica falta de segurança nas suas escolhas e uma tendência de remoer as frustrações passadas.

Maçaneta do lado esquerdo: significa uma criança que quer mudar, necessita ser estimulada e motivada.

Segundo Koppitz:

Os braços não estão mais ao longo do corpo, o que significa que aquela dificuldade de ir em busca dos outros não existe mais.

3. Respostas ao Questionário

O responsável respondeu que a criança estava frequentemente triste, assustada e preocupada, o que condiz com o que a criança desenhava. Isso porque, além do que a criança nos relatou, o desenho está centralizado, com a presença de transparências.

JDM, 12 anos, sexo masculino

1. Vida com a doença

FIGURA 15



Segundo o paciente:

A criança relatou que as idas ao hospital era o que mais a incomodava. Ele tinha que viajar, deixar sua casa, amigos e família para estar em um ambiente diferente e desagradável para uma criança.

Segundo Bédard:

Orientação espacial: a criança está do lado esquerdo da figura, indicando laços com o passado.

Dimensões: o desenho é grande, denotando o desejo de chamar atenção.

Transparência: desejo de ser desmascarada, liberada de sua carga.

Cor: nota-se a predominância do azul, o que significa harmonia e tranquilidade, mas também pode indicar introversão. O cinza também tem destaque e significa que ela está passando por um período de transição, com um pé no passado e outro no futuro; indica também insegurança e uma tendência a remoer excessivamente as frustrações passadas.

Sol: do lado esquerdo indica influência da mãe.

Porta: uma porta muito pequena significa que lhe agrada que façam perguntas sobre sua vida.

Janelas: um número grande de janelas indica curiosidade.

Maçaneta do lado esquerdo: a criança está ligada ao passado e busca obter maior confiança frente ao futuro.

Segundo Koppitz:

Cabeça minúscula: sentimento de inadequação intelectual.

2. Vida sem a doença

FIGURA 16



Segundo a paciente:

A criança pode estar em sua cidade, no seu bairro, com sua mãe.

Segundo Bédard:

Sol: ao centro significa independência.

Céu: a faixa azul representa proteção.

Nuvens: o tempo está bom, mas a criança tem conhecimento de que existem tempos ruins.

Flores: desejo de agradecer. Quando um menino desenha uma flor, quer chamar atenção da mãe.

Montanhas: representa a estabilidade que a criança tenta encontrar, metas ou sonhos aos quais se apegar. A casa sobre a montanha significa que a criança está vivendo, emocionada, uma determinada transformação, que tanto ela como seus familiares conseguirão harmonia a estabilidade após a resolução do problema.

3. Respostas ao Questionário

A mãe relatou que a criança está frequentemente assustada, o que combina com as cores escolhidas para esse desenho. Além disso, a mãe respondeu que a criança sofria com muitas dores, o que pode explicar as idas ao hospital representadas pela criança. Por outro lado, a mãe não deu tanta importância a essas consultas, e isso é o que mais incomoda o seu filho.

CONCLUSÃO

Através desse trabalho pudemos concluir que a constipação funcional crônica afeta de maneira significativa a qualidade de vida das crianças. Nesse caso, dois foram os pontos mais relatados pelas crianças em seus desenhos: a incapacidade de poder brincar devido aos sintomas da constipação e os próprios sintomas de encoprese e escape fecal.

A ajuda do responsável é de suma importância para a compreensão do impacto que a doença tem na vida do menor. Entretanto, nem sempre é essa a melhor opção para entender os sentimentos da criança.

É nessa hora que o desenho surge como ferramen-

ta importante para o médico. Ele melhora o entendimento do pediatra perante esse sofrimento e, com isso, faz com que o profissional seja capaz de oferecer o me-

lhor tratamento para cada caso. Pode-se dizer, então, que o uso do desenho na consulta pediátrica facilita e fortalece a relação médico-paciente.

Pascolat G, Da Cruz ASC, Torres FADF, Teixeira RW. The Impact of functional constipation in children—analysis through drawings. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2015;73(1):7-14.

ABSTRACT - Objective: To evaluate the impact of chronic functional constipation on children's life and to check the importance of using drawings as a construction in a doctor-patient relationship. Method: It is a qualitative study, made with patients aged between eight and twelve years old using the criteria of Roma III to functional constipation. It was asked to make one draw that represents their life with the disease and another representing how it would be without it. To parents it was asked to answer the PedsQL questionnaire. Results and Discussion: Eight children were interviewed. The most of the complaints were inability to play, encopresis and soiling. In the drawings were identified feelings like insecurity, sadness, loneliness and introspection. The answers given by parents converge with drawings on issues like sadness and fear, but differed in playing with other children, doing the same thing that other children can do and performing physical activities. Conclusion: The disease affects children's life and it is hard to evaluate this injury. The drawing helps to understand this suffering, improving doctor-patient relationship.

KEYWORDS - Constipation, Research Design, Quality of Life.

REFERÊNCIAS

- Barbosa-lima MC, Carvalho AMP. O desenho infantil como instrumento de avaliação da construção do conhecimento físico. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 2008, 7 (2): 337-48.
 - Bédard N. Como Interpretar os Desenhos das Crianças. *ISIS*; 2000.
 - Cariola TC, Silva AS. Estudo dos indicadores emocionais de Koppitz no desenho da figura humana, realizado por crianças com problemas dermatológicos. *Pediatria Moderna*, 1989, 24 (2): 56-7.
 - Cassileth BR, Drossman DA. Psychosocial Factors in Gastrointestinal Illness. *Psychother Psychosom*, 1993, 59: 131-43.
 - Castro EK, Moreno-Jiménez B. Indicadores Emocionais no Desenho da Figura Humana de Crianças Transplantadas de Órgãos. *Psicolref e crit*, 2012, 33 (1): 64-72.
 - Como Interpretar os Desenhos das Crianças. Disponível em: <<http://br.guiainfantil.com/desenho-infantil/210-como-interpretar-os-desenhos-das-criancas.html>> Acessado em nov./2013
 - Fávero MH, Salim CMR. A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados. *Psic teor epesq*, 1995, 11 (3):181-91.
 - Fiamenghi Jr GA, Melani RH, Carvalho SG. Transtorno de Apego Reativo em Crianças Institucionalizadas. *Psicologia Argumento*, 2012, 30 (70): 431-9.
 - Freitas PG. O desenho da figura humana e o desenho da pessoa doente na avaliação psicológica de crianças hospitalizadas, [dissertação] São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2008.
 - Kerr-Corrêa F, Tarelho LG, Crepaldi AL, Camiza LD, Villanassi R. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2000, 27 (5): 257-71.
 - Koppitz EM. El debrejo de la figura humana in los niños: Evolución Psicológica. Buenos Aires-Argentina: Guadalupe; 1976.
 - Lindberg G, Hamid S, Malfertheiner P, Thonsen O, Fernandez LB, Garisch J, et al. Constipation: a global perspective. *World Gastroenterology Organization Practice Guidelines*, 2010.
 - Loening-Baucke V. Chronic Constipation in Children. *Gastroenterology*, 1993, 105: 1557-64.
 - Lopes AC, Victoria CR. Ingestão de fibra alimentar e tempo de trânsito colônico em pacientes com constipação funcional. *Arq Gastroenterol*, 2008, 45 (1): 58-63.
 - Lowenfeld V, Brittain WL. Desenvolvimento da Capacidade Criadora. São Paulo: Mestre Jou; 1977.
 - Maffei HVL, Moreira FL, Kissimoto M, Chaves SMF, El Faro A, Aleixo AM. História clínica e alimentar de crianças atendidas em ambulatório de gastroenterologia pediátrica (GEP) com constipação intestinal crônica funcional (CICF) e suas possíveis complicações. *J Pediatr*, 1994, 70 (5): 280-6.
 - Maffei HVL, Moreira FL, Oliveira Jr WM, Sanini V. Prevalência de constipação intestinal em escolares do ciclo básico. *J Pediatr*, 1997, 73 (5): 340-4.
 - Morais MB, Maffei HVL. Constipação intestinal. *J Pediatr*, 2000, 76 (supl 2): 147-56.
 - Morais MB, Vítolo MR, Aguirre ANC, Medeiros EHGR, Antoneli EMAR, Fagundes-Neto U. Teor de fibra alimentar e de outros nutrientes na dieta de crianças com e sem constipação intestinal crônica funcional. *Arq Gastroenterol*, 1996, 33 (2): 93-101.
 - Motta MEFA, Silva GAP. Constipação intestinal crônica funcional na infância: diagnóstico e prevalência em uma comunidade de baixa renda. *J Pediatr*, 1998, 3 (1): 451-4.
 - Müller-lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and Misconceptions About Chronic Constipation. *Am J Gastroenterol*, 2005, 100: 232-42.
 - Outsubo APN, Becker E. Crianças com doenças crônicas falam sobre doença: uma pesquisa exploratória, [dissertação], São Paulo (SP), Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.
 - The PedsQL – Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Disponível em: <<http://pedsql.org/index.html>> Acessado em nov./2013
 - Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2002, 10 (4): 552-60.
 - Zaslavsky C. Constipação intestinal crônica na infância: considerações clínicas. *Revista da AMRIGS*, 1986, 30 (1): 11-4.
-

ARTROPLASTIA REVERSA DE OMBRO: AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA.

REVERSE TOTAL SHOULDER ARTHROPLASTY: PRE AND POST-OPERATIVE RADIOGRAPHIC ASSESSMENT.

Carlos Augusto Nunes **MARTINI**¹, Carlos **WIGDEROWITZ**².

Rev. Méd. Paraná/1363

Martini CAN, Wigderowitz C. Artroplastia reversa de ombro: avaliação radiográfica pré e pós-operatória. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):15-21.

RESUMO - Objetivos: Avaliar diversos parâmetros de radiografias pré e pós-operatórias de pacientes submetidos a artroplastia reversa de ombro, bem como desenvolver um método para determinar a influência desta cirurgia no centro de rotação da articulação glenoumeral. Metodologia: Análise retrospectiva do histórico médico de 22 pacientes, submetidos a artroplastia reversa de ombro. A coleta de dados incluiu sexo, idade, tempo de seguimento, lateralidade, indicação da cirurgia e achados radiológicos como notch escapular, linhas radiolucidas e o centro de rotação no pré e pós operatório. Resultados: Notch escapular foi encontrado em 3 pacientes. A presença de linhas radiolucidas no entorno do componente glenoide foi observada em 3 pacientes. Foi possível observar que o implante é eficaz no que se propõe, medializar e inferiorizar o centro de rotação. Conclusão: A principal implicação deste estudo foi o desenvolvimento de uma metodologia fácil para avaliar o centro de rotação da articulação glenoumeral no pré e pós-operatório.

DESCRITORES - Artroplastia, Ombro, Artropatias, Bainha Rotadora, Próteses e Implantes.

INTRODUÇÃO

Artroplastias de ombro têm oferecido alívio da dor e melhora na qualidade de vida dos pacientes há muitos anos. O primeiro procedimento foi realizado em 1893, pelo cirurgião francês Jules Emile Péan, para tratar um paciente com artrite. Esse tipo de implante é uma alternativa em casos onde há limitação da amplitude de movimento e dor no ombro devido a artrite severa, infecção ou trauma.^{1,2}

A artroplastia reversa de ombro começou a ser desenvolvida no início da década de 70, com o objetivo de tratar pacientes portadores de artropatia do manguito rotador (AMR), situação em que próteses anatômicas não alcançam bons resultados. Este modelo de prótese é denominado reverso pois apresenta uma esfera prostética (glenosfera) que é posicionada na cavidade glenoide, e um componente umeral de formato côncavo, de modo que inverte a conformação anatômica da articulação glenoumeral.^{1,3}

Durante a última década as aplicações deste tipo de implante se expandiram para além do tratamento da AMR. O modelo reverso de prótese de ombro passou a ser usado para tratar patologias tais como reparo de artroplastias totais e hemiartroplastias que falharam, artrite reumatóide em pacientes com ruptura de manguito rotador irreparável, fraturas complexas de úmero proximal, tumores de úmero proximal e falha no reparo de rupturas maciças do manguito rotador.³⁻⁹

O objetivo deste trabalho foi investigar radiografias pré e pós-operatórias de pacientes submetidos à artroplastia reversa de ombro e desenvolver um método para determinar a influência desta cirurgia no centro de rotação (CR) da articulação glenoumeral, visto que o procedimento visa medializar e inferiorizar o centro de rotação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo consiste em uma análise retrospec-

Trabalho realizado no Department of Orthopaedics and Trauma Surgery, Ninewells Hospital, University of Dundee, Scotland, United Kingdom.

1 - Faculdade Evangélica do Paraná.

2 - University of Dundee (United Kingdom).

tiva do histórico médico de 22 pacientes, admitidos para realização de artroplastia reversa de ombro no Ninewells Hospital, Dundee, Escócia, entre 2011 e 2014. Foram incluídos no estudo todos os pacientes submetidos ao modelo de prótese Vaios JRI e que tinham avaliação radiográfica pré e pós-operatória disponível para avaliação.

A coleta de dados incluiu informações demográficas como idade no momento da cirurgia e sexo, além de tempo de seguimento, lateralidade, indicação da cirurgia e achados radiológicos como *notch* escapular, linhas radiolucidas e o CR no pré e pós-operatório.

Dos 22 pacientes incluídos no estudo, 8 eram do sexo masculino e 14 do sexo feminino, com uma média de idade de 72,6 anos, variando entre 54 e 91 anos. O tempo médio de seguimento foi de 18 meses.

Radiografias anteroposteriores pré e pós-operatórias foram analisadas por um único examinador. A análise incluiu a última radiografia antes da cirurgia e todas as subsequentes, sendo que para efeitos de medição de CR pós-operatório foi considerada a primeira radiografia após o procedimento. Nas radiografias pré-operatórias foi observado a presença e o grau de artropatia do manguito rotador, a existência ou não de fratura umeral e a presença de qualquer outro achado que justificasse o tratamento cirúrgico como implantes prévios que falharam.

A classificação de Hamada et. al. foi utilizada para determinar o grau de artropatia do manguito rotador. Esta classificação é composta por 5 níveis, que definem a severidade da ruptura do manguito rotador ao longo do tempo. Grau 1 se dá quando o espaço acrômio-umeral é mantido ($\geq 6\text{mm}$). Grau 2 é o mesmo que o grau 1, mas com diminuição do espaço ($\leq 5\text{mm}$). Grau 3 consiste em um estreitamento do grau 2, mais acetabularização do acrômio. Grau 4 consiste de todos os componentes do grau 3, mais estreitamento da articulação glenoumeral (é dividido em 4A, estreitamento da articulação glenoumeral sem acetabularização e 4B, com acetabularização). Grau 5 se refere ao colapso da cabeça do úmero.

As radiografias pós-operatórias foram avaliadas quanto a presença de *notch* escapular, *stress shielding* umeral e falhas no implante. Linhas radiolucidas periprotéticas foram avaliadas em ambos os componentes do implante, glenoide e umeral. Para o componente glenoide, foi seguida a classificação proposta por Bogle, que divide as linhas em grupos de acordo com a largura ($\leq 2\text{mm}$ ou $> 2\text{mm}$). A presença de linhas radiolucidas no entorno da haste umeral foi avaliada quanto a presença ou ausência.⁶

O *notch* escapular foi avaliado seguindo a classificação de Sirveaux, sendo 0: sem a presença de *notch*, 1: *notch* pequeno (limitado ao colo da escápula), 2: erosão até o parafuso inferior, 3: erosão além do parafuso inferior, 4: erosão até o pilar central e radiolucência abaixo da base da prótese.⁷

Estabelecer uma comparação entre CR da articu-

lação glenoumeral nativa e o CR da prótese reversa foi também um dos objetivos desta análise. De acordo com Alobabi, que comparou o CR da articulação glenoumeral com o CR da prótese de ombro anatômica, é possível determinar esta medida em um raio-x de ombro (AP verdadeiro), desenhando um círculo no entorno da cabeça do úmero passando por três pontos de referência ósseos: o ponto mais lateral da cabeça do úmero, a faceta superior do tubérculo maior (inserção do supraespinhoso) e um ponto no lado medial da cabeça umeral, bem onde este encontra a parte inferior da superfície articular da escápula. O centro desse círculo pode ser definido como sendo o centro de rotação da articulação glenoumeral.⁸

FIGURA 1 – RADIOGRAFIA AP DO ÚMERO DIREITO.



Fonte: Elaborada pelo Autor

FIGURA 2 – ÚMERO DIREITO COM OS PONTOS DE REFERÊNCIA DO CENTRO DE ROTAÇÃO.



Fonte: Elaborada pelo Autor

Tendo em vista o fato de que a prótese VAIOS JRI usa uma glenosfera concêntrica de 42mm, que tem a forma de meia esfera, o centro geométrico desta esfera hipotética corresponde ao CR do ombro prostético. De forma a determinar o CR da prótese reversa de ombro, um círculo compatível com a curvatura da glenosfera, contendo uma marca no centro, foi posicionado no raio-x AP.

FIGURA 3 – RADIOGRAFIA AP DA ARTROPLASTIA REVERSA DE OMBRO.



Fonte: Elaborada pelo Autor

FIGURA 4 – ARTROPLASTIA REVERSA DE OMBRO COM MARCAÇÕES DO CENTRO DE ROTAÇÃO.



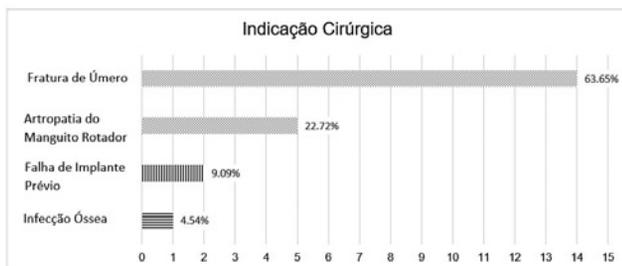
Fonte: Elaborada pelo Autor

Os centros de rotação pré e pós-operatórias foram então comparadas usando as medidas da distância entre o CR e referências no acrômio. O ponto mais lateral do acrômio; para determinar a lateralização ou medialização; bem como entre o CR e o ponto mais caudal do acrômio; para determinar o deslocamento no eixo vertical.

RESULTADOS

De maneira a facilitar a interpretação e possibilitar uma melhor análise dos resultados, os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a idade, ≤ 70 anos e >70 anos. Todos os pacientes tiveram apenas um ombro operado, 12 do lado direito e 10 do lado esquerdo.

FIGURA 5 – GRÁFICO: INDICAÇÃO CIRÚRGICA.



Fonte: Elaborada pelo Autor

As indicações cirúrgicas nessa coorte foram: Fratura de úmero (14); artropatia do manguito rotador (5); falha de implante prévio (2) e infecção óssea (1).

FIGURA 6 – FRATURA SEVERA DE CABEÇA DO ÚMERO.



Fonte: Elaborada pelo Autor

FIGURA 7 – ARTROPATIA DO MANGUITO ROTADOR COM ACETABULARIZAÇÃO DO ACRÔMIO (HAMADA 3).



Fonte: Elaborada pelo Autor

FIGURA 8 – FALHA DE IMPLANTE PRÉVIO (RESURFACING).



Fonte: Elaborada pelo Autor

FIGURA 9 – FIXAÇÃO CIRÚRGICA QUE EVOLUIU PARA INFECÇÃO ÓSSEA.



Fonte: Elaborada pelo Autor

O tempo de seguimento radiológico foi obtido considerando-se a diferença entre a data da última radiografia e a data da cirurgia. A média do tempo de seguimento foi de 18 meses (1-64).

Dos 22 conjuntos de radiografias analisados, apenas 5 eram adequados para classificação pelo sistema de Hamada, visto que a aplicação deste é para casos onde há artropatia do manguito rotador e é necessário que haja um úmero íntegro.

Os achados encontrados: um paciente era portador de artropatia do grau 1 de Hamada (feminino, 78), dois pacientes grau 2 (masculinos, 67, 91), um grau 3 (masculino, 66), e o caso mais severo, grau 4B (masculino, 75).

Algum grau de *notch* escapular foi encontrado em 3 pacientes, dos quais um grau 1 e dois grau 2. Este achado foi significativamente maior no grupo ≤ 70 anos ($p=0,04$).

A presença de linhas radiolúcidas no entorno dos parafusos e base do componente glenoide foi identificada em três casos, em todos os casos elas possuíam $>2\text{mm}$ de largura, mas não havia risco de frouxidão da prótese, pois eram linhas únicas e em apenas uma região da fixação da prótese. Aplicado o teste chi-quadrado para comparar os grupos de idade, não houve significância estatística ($p=0,65$).⁶

Apenas uma radiografia revelou a presença de linhas radiolúcidas no entorno do componente umeral. É importante considerar que neste caso, o paciente havia sido submetido a uma cerclagem devido a falha em um procedimento anterior, portanto a integridade da diáfise umeral já não estava completamente preservada. Não houve significância estatística entre os dois grupos de idade ($p=0,26$).

A falha de componentes da prótese foi observada em apenas um caso, que consistiu de uma luxação precoce, um dia após a cirurgia. O paciente era masculino, 70 anos, operado devido a uma fratura complexa de úmero proximal.

Stress shielding, que consiste em reabsorção óssea devido ao stress provocado na interface osso-prótese,

foi encontrado em apenas um caso, uma mulher de 58 anos, operada devido a fratura de úmero. Nesse caso, o tempo de seguimento era de 16 meses, o que pactua com o fato de que a incidência de *stress shielding* aumenta ao longo do tempo. Não havia sinais de *notch* escapular ou presença de linhas radiolúcidas.

O centro de rotação foi comparado no pré e pós-operatório por meio da análise dos eixos horizontal e vertical, sendo o eixo vertical a distância entre o CR e o ponto mais inferior do acrômio; o eixo horizontal a distância entre o CR e o ponto mais lateral do acrômio. As medidas foram aferidas em milímetros.

Esta comparação só foi possível entre os 5 pacientes que foram submetidos a artroplastia reversa de ombro devido a artropatia do manguito rotador, visto que de maneira a estabelecer o centro de rotação da articulação glenoumeral, a cabeça do úmero precisa estar em seu sítio anatômico e sem fraturas, o que não era o caso nos pacientes com falha de implantes prévios, infecção óssea e fraturas complexas de úmero proximal.

TABELA 1 – EIXO VERTICAL DO CENTRO DE ROTAÇÃO

Eixo Vertical	Média (mm)	Desvio Padrão	p
Pré-operatório	29,17	4,58	0,09
Pós-operatório	38,34	8,03	

Fonte: Elaborada pelo Autor

A tabela 1 aponta para um aumento na distância entre o centro de rotação e a parte inferior do acrômio no pós-operatório. Esse achado indica uma tendência da prótese reversa a provocar um deslocamento inferior no CR, no entanto, não houve significância estatística.

TABELA 2 – EIXO HORIZONTAL DO CENTRO DE ROTAÇÃO

Eixo Horizontal	Média (mm)	Desvio Padrão	p
Pré-operatório	11,24	3,43	0,06
Pós-operatório	26,96	11,49	

Fonte: Elaborada pelo Autor

Pode-se observar que após a cirurgia houve um aumento da distância entre o centro de rotação e o aspecto mais lateral do acrômio, indicando que o CR foi deslocado medialmente. Este achado é desejável na artroplastia reversa de ombro, uma vez que aumenta o braço de alavanca do deltóide. Embora não tenha havido significância estatística ($p=0,06$), acreditamos que uma população maior apresente estes mesmos resultados.

A análise seguinte constituiu-se da comparação do centro de rotação no pós-operatório entre as diferentes indicações de cirurgia, agrupando-as em “fratura de úmero” e “outras”.

TABELA 3 – COMPARAÇÃO DO CR PÓS-OPERATÓRIO DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DA CIRURGIA

CR Pós-operatório	Indicação da Cirurgia	N	Média	Desvio Padrão	P
Vertical	Fratura de úmero	14	33,70	4,44	0,99
	Outras	8	33,73	9,38	
Horizontal	Fratura de úmero	14	33,51	5,29	0,37
	Outras	8	30,34	11,25	

Fonte: Elaborada pelo Autor

Os resultados da análise demonstraram que não existe diferença significativa na posição do centro de rotação pós-operatório entre pacientes operados devido a fratura de úmero e pacientes operados sob outras circunstâncias.

DISCUSSÃO

Com o aumento da popularidade e a expansão do uso da prótese reversa de ombro para outras finalidades que não somente a artropatia do manguito rotador, este tipo de implante vem sendo usado em pacientes cada vez mais jovens, visto que este *design* oferece vantagens sobre outros tipos de implante, como aumento do braço de alavanca do deltoide, especialmente quando há ruptura do manguito rotador.

Neste estudo, 10 pacientes, representando 45% do total, tinham 70 anos ou menos no momento da cirurgia. Este achado suporta a idéia de que mesmo havendo algum receio sobre a vida útil de articulações protéticas, esse tipo de tratamento vem sendo adotado em pacientes relativamente jovens, especialmente para a resolução de casos graves como fraturas complexas de úmero.

As indicações cirúrgicas observadas neste estudo foram compatíveis com as principais indicações relatadas na literatura: Artropatia do manguito rotador, fratura de úmero proximal, revisão de artroplastia e infecção.¹ Entretanto, a principal indicação para artroplastia reversa de ombro, não foi a mais incidente nesta série, correspondendo a apenas 23% dos casos. A principal indicação encontrada foi a fratura de úmero proximal, com 14 casos (64%).

Estima-se que cerca de 2% da população acima de 80 anos sofra de artropatia do manguito rotador.⁴ A classificação de Hamada foi criada em 1990 para determinar radiograficamente o grau de severidade e evolução desses casos ao longo dos anos. Nossos achados revelaram que apenas um paciente com artropatia do manguito rotador tinha mais de 80 anos, um masculino, 91 anos, grau 2 de Hamada.⁹

De acordo com Scarlat, *notch* escapular é a achado mais comum relacionado a artroplastia reversa de ombro. Ele pode ser muito precoce, como demonstrado por Boileau, onde em uma série de 45 pacientes,

53% apresentou algum grau de *notch* em seis meses. A prótese usada no pacientes deste estudo é do modelo Vaios JRI, com uma glenóide de 42mm, uma angulação do colo de 150º e uma profundidade desenhada de modo a manter a estabilidade enquanto elimina o desgaste no colo da escápula, de modo a evitar *notch* e diminuir o risco de frouxidão da prótese. A fixação do componente glenóide se dá por meio de 4 parafusos corticais periféricos e 1 parafuso trava no centro.¹⁰

O *notch* escapular foi encontrado em 3 dos 22 pacientes deste estudo, dois grau 1 e um grau 2, com 6, 60 e 39 meses de seguimento respectivamente. Comparado à prótese Delta III, avaliada no estudo desenvolvido por Kalouche et. al. (2009), o modelo Vaios JRI apresentou uma importante redução na incidência de *notch*, sendo 68% no estudo de Kalouche e 13,6% neste estudo.

Segundo Boileau, a presença de linhas radiolucidas ao redor do componente glenóide pode estar relacionada a frouxidão do implante, dor recorrente e perda gradual da elevação ativa do membro. Um componente glenóide pode ser considerado sob risco de frouxidão se apresentar linhas radiolucidas de 2mm ou mais em todas as regiões de fixação da prótese (base superior, base inferior, pilar central, parafusos) ou se houver evidência de deslocamento.⁶

Nosso estudo revelou a presença de linhas radiolucidas ao redor do componente glenóide em 3 dos 22 casos. Em todos eles a linha tinha mais de 2mm, mas era única, o que significa que, segundo Bogle, o componente glenóide não estava sob risco de frouxidão. O tempo de seguimento médio desses pacientes onde a presença de linhas radiolucidas foi observada é de 42 meses, o que suporta a idéia de que a incidência desses achados aumenta ao longo da história natural do implante.

Apenas um implante demonstrou a presença de linhas radiolucidas no entorno do componente umeral. Uma paciente do sexo feminino, 54 anos, submetida a artroplastia devido a fratura proximal de úmero. O fato de que o úmero foi fraturado, pode ter sido um fator predisponente para o aparecimento deste achado.

A falha de componentes protéticos foi observada em um caso, onde o paciente masculino, 70 anos, apresentou uma luxação anterior do componente umeral, 1 dia após a cirurgia. Em seu estudo, Wiater encontrou 1 caso de luxação, com 2 semanas de pós-operatório, em um grupo de pacientes submetido a uma prótese do tipo Grammont (centro de rotação localizado na glenóide).¹¹

Em seu estudo, Wiater encontrou 5 casos de *stress shielding* dentre os 64 analisados. De acordo com ele, podia-se notar reabsorção óssea lateralmente, na junção metadiáfiseal. Em nossa coorte, apenas um caso de *stress shielding* umeral foi observado, o paciente não trazia outros achados como *notch* escapular ou linhas radiolucidas no entorno do componente umeral.

Com base na metodologia desenvolvida para ava-

liar o centro de rotação da articulação glenoumeral no pré e pós-operatório, pudemos determinar se a artroplastia reversa de ombro é eficaz em medializar e inferiorizar o centro de rotação em diferentes tipos de aplicação (artropatia do manguito rotador, fratura de úmero, falha de implantes prévios e infecção óssea).

Foi observado que após a artroplastia o CR foi deslocado em média 9,17mm para baixo ($p=0,09$). Isso contribui para um maior tensionamento do deltóide, facilita a elevação do membro e reduz as chances de choque do úmero com o acrômio.

No eixo horizontal, uma medialização média de 15,75mm foi encontrada, indicando que o implante obteve êxito em medializar o centro de rotação, reduzindo assim o stress na articulação glenoumeral ($p=0,06$). O ponto negativo da medialização é o fato de que isso altera o contorno natural do ombro, podendo gerar um incômodo estético ao paciente.

Foi levantada a hipótese de que diferentes indicações cirúrgicas poderiam determinar alterações na posição do centro de rotação pós-operatório. De maneira a executar os testes estatísticos, foram criados dois grupos, fratura de úmero ($n=14$) e outras ($n=8$). A comparação demonstrou que não há diferença significativa

tanto no eixo vertical ($p=0,99$) quanto no horizontal ($p=0,37$).

As limitações deste estudo incluíram o fato de que o centro de rotação pré-operatório não pôde ser determinado em todos os pacientes devido ao fato de que apenas 5 deles tinham a cabeça do úmero com sua anatomia preservada. Avaliar próteses de diferentes fabricantes e modelos por meio deste método pode ser uma maneira de contribuir para a melhora e o desenvolvimento de novos designs prostéticos.

CONCLUSÃO

A análise das radiografias revelou que a artroplastia reversa de ombro é eficaz na medialização e inferiorização do centro de rotação (CR) da articulação glenoumeral, de modo a proporcionar um braço de alavanca mais eficiente para a elevação do membro e restaurar a tensão do deltóide. Uma metodologia fácil para avaliar o CR pré e pós-operatório foi desenvolvida. A replicação desta pode contribuir para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de novos modelos de prótese.

Martini CAN, Wigderowitz C. Reverse total shoulder arthroplasty: pre and post-operative radiographic assessment. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2015;73(1):15-21.

ABSTRACT - Objectives: To assess pre and post-operative radiographies of patients that have been submitted to reverse total shoulder arthroplasty, and to develop a method to evaluate the influence of the reverse total shoulder arthroplasty (RTSA) in the humeral centre of rotation. Methods: A retrospective analysis of medical records from 22 patients submitted to RTSA. Data collection included demographics, surgery indication and radiological findings such as the presence of scapular notching, radiolucent lines and the pre and post-operative centre of rotation. Results: Scapular notching was found on 3 patients. The presence of radiolucent lines (RLL's) around the glenoid component was observed in 3 different patients. Only 1 case of RLL's around the humeral component was found. It observed that the RTSA successfully medializes the COR. Conclusions: Implications of this study include the fact that an easy-to-perform methodology to assess the pre and post-operative COR of the shoulder joint was developed.

KEYWORDS - Shoulder Arthroplasty, Shoulder, Rotator Cuff, Prosthesis, Centre of Rotation.

REFERÊNCIAS

1. Flatow EL, Harrison AK. A history of reverse total shoulder arthroplasty. *Clinical orthopaedics and related research*. 2011;469(9):2432-9.
 2. Boileau P, Sinnerton RJ, Chuinard C, Walch G. Arthroplasty of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 2006;88-B(88-B):562-75.
 3. Nam D. Reverse Total Shoulder Arthroplasty: Current Concepts, Results, and Component Wear Analysis. *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)*. 2010;92(Supplement_2):23.
 4. Smith CD, Guyver P, D. BT. Indications for reverse shoulder replacement. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 2012;94(B):577-83.
 5. Clark JC, Ritchie J, Song FS, Kissenberth MJ, Tolan SJ, Hart ND, et al. Complication rates, dislocation, pain, and postoperative range of motion after reverse shoulder arthroplasty in patients with and without repair of the subscapularis. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al]*. 2012;21(1):36-41.
 6. Bogle A, Budge M, Richman A, Miller RJ, Wiater JM, Voloshin I. Radiographic results of fully uncemented trabecular metal reverse shoulder system at 1 and 2 years' follow-up. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al]*. 2013;22(4):e20-5.
 7. Levigne C, Garret J, Boileau P, Alami G, Favard L, Walch G. Scapular notching in reverse shoulder arthroplasty: is it important to avoid it and how? *Clinical orthopaedics and related research*. 2011;469(9):2512-20.
 8. Alolabi B, Youderian AR, Napolitano L, Szerlip BW, Evans PJ, Nowinski RJ, et al. Radiographic assessment of prosthetic humeral head size after anatomic shoulder arthroplasty. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al]*. 2014;23(11):1740-6.
 9. Hamada K, Yamanaka K, Uchiyama Y, Mikasa T, Mikasa M. A radiographic classification of massive rotator cuff tear arthritis. *Clinical orthopaedics and related research*. 2011;469(9):2452-60.
 10. Scarlat MM. Complications with reverse total shoulder arthroplasty and recent evolutions. *International orthopaedics*. 2013;37(5):843-51.
 11. Wiater JM, Moravek JE, Jr., Budge MD, Koueiter DM, Marcantonio D, Wiater BP. Clinical and radiographic results of cementless reverse total shoulder arthroplasty: a comparative study with 2 to 5 years of follow-up. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al]*. 2014;23(8):1208-14.
-

12. Walker M, Brooks J, Willis M, Frankle M. How reverse shoulder arthroplasty works. *Clinical orthopaedics and related research*. 2011;469(9):2440-51.
13. Smithers CJ, Young AA, Walch G. Reverse shoulder arthroplasty. *Current reviews in musculoskeletal medicine*. 2011;4(4):183-90.
14. Muh SJ, Streit JJ, Wanner JP, Lenarz CJ, Shishani Y, Rowland DY, et al. Early follow-up of reverse total shoulder arthroplasty in patients sixty years of age or younger. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 2013;95(20):1877-83.
15. Iannotti JP, McCarron J, Raymond CJ, Ricchetti ET, Abboud JA, Brems JJ, et al. Agreement study of radiographic classification of rotator cuff tear arthropathy. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al]*. 2010;19(8):1243-9.
16. Mahmood A, Malal JJG, Waseem M. Reverse Shoulder Arthroplasty – A Literature Review. *The Open Orthopaedics Journal*. 2013;7(3):366-72.
17. Naveed MA, Kitson J, Bunker TD. The Delta III reverse shoulder replacement for cuff tear arthropathy. 2010;93(B):57-61.
18. Wallace WA, V. K, Fairbairn KJ, Johnson G. A Radiographic Analysis of 127 Uncemented Reverse Shoulder Arthroplasties from 2000 to 2011. 2012. In: 13th EFORT Annual Congress [Internet]. Berlin, Germany.
19. Thomas JP. Preoperative Planning and Postoperative Imaging in Shoulder Arthroplasty. *Seminars in musculoskeletal radiology*. 2014;18(4):448-62.
20. Sanchez-Sotelo J, Wright TW, O'Driscoll SW, Cofield RH, Rowland CM. Radiographic assessment of uncemented humeral components in total shoulder arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*. 2001;16(2):180-7.
21. Kempton LB, Balasubramaniam M, Ankerson E, Wiater JM. A radiographic analysis of the effects of glenosphere position on scapular notching following reverse total shoulder arthroplasty. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al]*. 2011;20(6):968-74.
22. Wiater JM, Fischer SJ. Shoulder Joint Replacement 2011 [cited 2015 February 11, 2015]. Available from: <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00094>.
23. Kalouche I, Sevivas N, Wahegaonker A, Sauzieres P, Katz D, Valenti P. Reverse shoulder arthroplasty: Does reduced medialisation improve radiological and clinical results? *Acta Orthopædica Belgica*. 2009;75(2)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO FINAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE VÔMITOS CÍCLICOS.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND FINAL DIAGNOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENT WITH SUSPECT OF CYCLIC VOMITING SYNDROME.

Ana Paula **SCHUSTER**¹, Aristides Schier **DA CRUZ**², Juliana Gabriele **MOLINI**¹.

Rev. Méd. Paraná/1364

Schuster AP, Da Cruz AS, Molini JG. Características clínicas e diagnóstico final em crianças e adolescentes com suspeita de síndrome de vômitos cíclicos. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):22-26.

RESUMO - A síndrome de vômitos cíclicos (SVC) é caracterizada por episódios recorrentes de náusea, vômitos incontroláveis, dor abdominal e prostração. Durando horas à dias, com intervalos de semanas ou meses assintomáticos entre as crises. Acomete principalmente crianças e adolescentes. O objetivo foi analisar as características clínicas, diagnóstico final e evolução de crianças e adolescentes com suspeita de SVC atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba entre os anos de 2010 a 2014. Foram avaliados 68 pacientes, com idade mediana do início das crises de 3,5 anos e da primeira consulta ao gastroenterologista de 9 anos. O atendimento emergencial ocorreu em 69% dos casos e a desidratação em mais da metade. É necessário aprimorar o atendimento emergencial e a precocidade do diagnóstico visto que há em média um atraso de 5 anos entre o início dos sintomas e a visita ao especialista e um desconhecimento da doença por parte dos médicos e da população.

DESCRITORES - Síndrome dos Vômitos Cíclicos, Vômitos, Cefaleia, Náusea.

INTRODUÇÃO

Síndrome de vômitos cíclicos (SVC) é a ocorrência de episódios recorrentes de náusea, vômitos incontroláveis, dor abdominal, prostração, com duração de horas ou dias e intervalo de semanas ou meses assintomáticos entre as crises ^(1,2,3). Acomete principalmente crianças e adolescentes ⁽⁴⁾. Promove grande sofrimento e risco metabólico, geralmente com necessidade de suporte hospitalar. ⁽⁵⁾

Atualmente é classificada como uma dismotilidade gastrointestinal funcional, de acordo com os Critérios de Roma III ⁽⁶⁾. A frequência dos episódios é bastante variável, mas tendem a iniciar na mesma hora, geralmente de manhã ou durante a noite ⁽²⁾. Atualmente considera-se que a SVC possui a mesma fisiopatogenia da enxaqueca, e por isto há associação freqüente com outros sintomas: palidez, fotofobia, fonofobia, salivação, dor abdominal, cefaléia, taquicardia, hipertensão, febre, diarreia, manchas na pele, leucocitose, distúrbios emocionais ^(2,7,8). Do mesmo modo que na enxaqueca, em cerca de 80%

dos pacientes é possível identificar um fator desencadeante para as crises. ⁽¹⁰⁾

Os critérios de Roma III para diagnosticar o paciente como portador da SVC exigem dois ou mais episódios de vômitos paroxísticos estereotipados e/ou náusea intensa, com retorno ao estado de saúde normal, livre de sintomas, durante semanas ou meses ^(11,12). Como critérios de apoio tem-se a história mórbida pessoal ou histórico familiar de cefaléia do tipo enxaqueca. ⁽³⁾

Suas características recorrentes e com ataques agressivos de náuseas, vômitos e os demais sintomas causam morbidade substancial e falta às atividades escolares ⁽⁸⁾. Apesar de o reconhecimento diagnóstico ser bastante simples apenas com a observância dos Critérios de Roma III, baseada em histórico clínico, é necessária uma investigação minuciosa, pois uma parcela considerável de pacientes com histórico semelhante acabam sendo surpreendidos com diagnósticos de doenças orgânicas graves, situações em que é descartado o diagnóstico de SVC ⁽²⁾.

O objetivo desta pesquisa foi analisar as ca-

racterísticas clínicas e diagnóstico final de crianças e adolescentes com suspeita de SVC atendidos em um ambulatório de gastroenterologia pediátrica. Foi também avaliado o nível de conhecimento dos familiares sobre a SVC.

MATERIAIS E MÉTODO

O estudo realizado por avaliação dos prontuários de crianças e adolescentes com suspeita de SVC atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba nos anos 2010 a 2014. A avaliação dos prontuários para atender os abjetivos desta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente do Paraná.

Os pacientes com suspeita de SVC neste ambulatório são sempre submetidos a exames complementares para investigação de causas orgânicas: conforme a necessidade em cada caso são realizados exames laboratoriais de fezes, de urina, de sangue (hematológico, bioquímico, metabólico, inflamatório, imunológico), ultrassonografia abdominal, seriografia de esôfago, estômago e duodeno, seriografia de intestino delgado, endoscopia digestiva alta, tomografia computadorizada cerebral, entre outros.

Os resultados são apresentados na forma de número e proporção para as variáveis categóricas e mediana e intervalo interquartil (IIQ percentil 25– percentil 75) para as variáveis quantitativas. Para a comparação do grupo de pacientes portadores de cefaleia com o grupo de pacientes sem cefaleia foram utilizados o teste de Mann-Whitney para as variáveis quantitativas e o teste do *qui-quadrado de Pearson* ou teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. A análise foi realizada em modo bicaudal e as diferenças consideradas significativas quando $p \leq 0,05$. Para realizar o estudo estatístico foi utilizado o programa Bioestat 5.0.

RESULTADOS

Foram atendidas 68 crianças e adolescentes com suspeita de SVC no período de estudo. A tabela 1 apresenta as características gerais e das crises dos 68 pacientes. Houve predomínio de meninas (59%), e a idade mediana do início das crises foi 3,5 anos (IIQ – 1 e 6 anos). A idade mediana na primeira consulta foi 9 anos (IIQ – 7 e 11 anos). A frequência mediana de 17 crises por ano (IIQ – 7 e 45). Em 47 pacientes (69%) não havia horário predominante para início das crises. Em 47 pacientes (69%) havia necessidade periódica de ser atendido na emergência e em 38 (56%) necessitavam hidratação venosa.

O número de vômitos por crise foi inferior a 5 em 15 pacientes (22%) e superior a 5 episódios por crise em 53 casos (78%). A duração mediana das crises foi 12 horas (IIQ – 4 e 72 horas).

A tabela 2 apresenta a prevalência de fatores

desencadeantes, transtornos neuropsiquiátricos, história familiar de enxaqueca, estado antropométrico, diagnóstico final de SVC e o número total de consultas no ambulatório.

Em 30 pacientes (44%) algum fator desencadeante de crises foi encontrado, entre os quais: desencadeantes relativos aos alimentos e refeições (15 casos); fatores psicológicos e emocionais (10 casos: ansiedade, contrariedade, briga na família, doença ou morte de familiar); infecção e tosse (3 casos); odor desagradável (1 caso); atividade física (1 caso).

Em 12 pacientes (18%) havia história familiar de enxaqueca. Transtorno neuropsiquiátrico estava presente em 10 pacientes (15%), entre os quais microcefalia, síndrome neuro-genética com hidrocefalia, parestesia de extremidades, transtorno de hiperatividade e *deficit* de atenção, depressão, transtorno bipolar, transtorno desafiador-opositor, distímia, luto.

O diagnóstico final em 56 pacientes (82%) foi síndrome de vômitos cíclicos (SVC). Os 12 pacientes restantes tiveram outros diagnósticos: 10 casos de outras desordens funcionais (vômitos habituais em 5, enxaqueca abdominal em 3, dor abdominal funcional em 1, e enxaqueca comum em 1); apenas dois pacientes com diagnóstico de doença orgânica (alergia à proteína do leite de vaca; brida cirúrgica).

Comparação entre pacientes com cefaleia e sem cefaleia

As tabelas 1 e 2 expõem as características analisadas nos 40 pacientes sem cefaleia e nos 28 pacientes com cefaleia. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em nenhuma das variáveis analisadas. Apesar da grande diferença na proporção de sexo feminino, frequência das crises por ano e ocorrência de tontura, o nível de significância não chegou a ser atingindo ($p=0,057$ a $p=0,076$).

Os pais ou responsáveis de 65 pacientes (96%) desconheciam a existência da SVC e nunca tinham sido informados sobre a existência desta condição. Apenas 3 pacientes vieram já com hipótese diagnóstica de SVC, encaminhados pela emergência ou enfermagem de pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS E CARACTERÍSTICAS DAS CRISES NO TOTAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE VÔMITOS CÍCLICOS E NOS GRUPOS COM E SEM CEFALEIA DURANTE AS CRISES

	Total n = 68	Sem Cefaleia n = 40	Com Cefaleia n = 28
Sexo feminino – n (%)	40 (58,8%)	20 (50%)	20 (71,4%)
Idade na primeira consulta	9	8,5	9
Med (IIQ:P25-P75)*	(7-11)	(6-11)	(7-10,75)

Idade de início dos sintoma Med (IIQ:P25-P75)	3,5 (1-6)	3 (1-6)	4 (1,25 – 6)
Frequência de crises por ano Med (IIQ:P25-P75)	17 (6,75-45)	12 (4-45)	24 (12-45)
Procura por emergência – n (%)	47 (69,1%)	29 (72,5%)	18 (64,3%)
Sem outros sintomas – n (%)	20 (29,4%)	20 (50%)	0 (0%)
Febre – n (%)	16 (23,5%)	10 (25%)	6 (21,4%)
Cefaleia – n (%)	28 (41,2%)	0 (0%)	28 (100%)
Tontura – n (%)	8 (11,8%)	2 (5%)	6 (21,4%)
Diarreia – n (%)	17 (25%)	12 (30%)	5 (17,9%)
Desidratação – n (%)	38 (55,9%)	25 (62,5%)	13 (46,4%)
Número de vômitos/crise – n (%)			
2 a 4 – n (%)	15 (22,1%)	10 (25%)	5 (17,9%)
5 ou mais – n (%)	53 (77,9%)	30 (75%)	23 (82,1%)
Duração da crise em horas Med (IIQ:P25-P75)	24 (13-72)	24 (13-72)	24 (14-48)

Fonte: o autor, 2015

*Med (IIQ-P25-P75): mediana (intervalo interquartil: percentil 25-percentil 75)

TABELA 2 DADOS RELEVANTES DE HISTÓRICO CLÍNICO, ESTADO ANTROPOMÉTRICO, DIAGNÓSTICO FINAL DE SÍNDROME DE VÔMITOS CÍCLICOS E EVOLUÇÃO CLÍNICA DO TOTAL DE PACIENTES E DOS GRUPOS COM E SEM CEFALeia DURANTE ASCRISSES.

	Total n = 68	Sem Cefaleia n = 40	Com Cefaleia n = 28
Presença de fator desencadeante – n (%)	30 (44,1%)	19 (47,5%)	11 (39,3%)
Presença de transtornos neuropsiquiátricos – n (%)	10 (14,7%)	4 (10%)	6 (21,4%)
Presença de histórico familiar de enxaqueca – n (%)	12 (17,6%)	6 (15%)	6 (21,4%)
Diagnóstico final de SVC# – n (%)	56 (82,4%)	32 (80%)	24 (85,7%)
Evolução			
Remissão – n (%)	20 (29,4%)	15 (37,5%)	5 (17,9%)
Persistência – n (%)	14 (20,6%)	6 (15%)	8 (28,6%)
Desconhecida – n (%)	34 (50%)	19 (47,5%)	15 (53,6%)
Número de consultas Med (IIQ:P25-P75)*	2,5 (2-5)	2,5 (1,25-4,75)	2,5 (2-5,75)

Fonte: o autor, 2015

*SVC –síndrome de vômitoscíclicos

**Med(IIQ:P25-P75): mediana (intervalo interquartil: percentil 25-percentil 75)

DISCUSSÃO

Embora a SVC possa ocorrer em várias idades, a idade média do começo dos sintomas está entre 5,2-6,9 anos segundo Li e Balint, discrepante da mediana encontrada no serviço que foi de 3,5 anos.

A mediana da duração das crises encontrada no ambulatório foi de 12 horas contrastando com a literatura em que, segundo Kenny, a duração frequente de um episódio é de 1 a 4 dias, chegando a mais de 14 dias em casos extremos. Ainda segundo Kenny, as crises ocorrem geralmente entre 1-70 vezes por ano, já no ambulatório estudado a frequência de crises por ano foi predominante na faixa entre 6,75 – 45 vezes.

De acordo com Lindley e Andrews as crises costumam ter uma periodicidade e frequência de ocorrência em 75% dos casos, sendo mais comum a noite e nas primeiras horas da manhã. Esses dados não condizem com os encontrados no ambulatório, em que 69% dos pacientes tinham início das crises em horários imprevisíveis e em apenas 25% dos pacientes as crises ocorriam sempre durante a madrugada ou de manhã ao acordar.

O número de pacientes que apresentaram fator desencadeante das crises (44,1%) foi menor do que os encontrados por Lindley e Andrews (80%). Segundo esse mesmo estudo os fatores desencadeantes mais encontrados foram presença de infecção (40%) e estresse psicológico (35%) comparados respectivamente com 2,9% e 16,2% encontrados no ambulatório em Curitiba. Quanto ao estresse psicológico, os dados do ambulatório e aproximaram mais dos encontrados por Lee que em uma amostra de 11 indivíduos crianças em que 22% sofriam desse mal.

Dos indivíduos atendidos no ambulatório 38 (56%) necessitavam de reidratação endovenosa, esse dado foi muito semelhante ao encontrado por Keyne em sua amostra (62%). Os dados ainda são semelhantes quando se trata dos sintomas dos pacientes: a cefaleia estava presente em 27– 41% dos indivíduos, a diarreia em 24 – 30%, tontura em 24% e a febre em 23% e no levantamento realizado no ambulatório 41% dos indivíduos apresentavam cefaleia, diarreia 25%, tontura 12% e febre 24%.

Comparando os dados obtidos dos prontuários no ambulatório em subgrupos com suspeita de SVC e com o sintoma cefaleia e com suspeita de SVC sem cefaleia; analisando as características clínicas e individuais não houve diferença significativa entre os grupos. Entretanto existem estudos que relacionam características da doença e características individuais dos pacientes com esse sintoma. Um desses estudos foi realizado por Wengert *et al.*, que demonstrou que a idade de início das crises foi menor no subgrupo com cefaleia ($p=0,001$).

Segundo Yang existe uma forte associação entre SVC e enxaqueca, sugerindo que a fisiopatologia pode ser a mesma, pois, além de apresentarem similaridades de sintomas têm evolução e resposta positiva ao uso de medicamentos anti-enxaqueca, além disso, a relação

entre história familiar de cefaleia SVC é de 39-81%, entretanto, no ambulatório foi encontrada uma relação de 17,6%.

O diagnóstico final de SVC confirmado no ambulatório (82,4%) foi muito semelhante ao encontrado na literatura (88%). Os distúrbios gastrointestinais foram parecidos concomitantemente na literatura 5% comparado com 5,9% do ambulatório encontrado por Yang.

Uma reconhecida limitação deste estudo foi o fato de que vários pacientes, pelo menos 25% deles, não retornaram após a solicitação dos exames complementares, ou não chegaram a realizar todos os exames. O abandono do ambulatório após apenas uma ou duas consultas (ocorrido em 25% dos pacientes), é um reflexo de dois fenômenos prováveis: 1) grande dificuldade burocrática e logística para que os pacientes do SUS tenham seguimento ambulatorial com especialistas atualmente no Brasil; 2) várias famílias perdem o interesse em continuar o acompanhamento ambulatorial, ou porque em alguns casos a SVC cursa com crises bastante esporádicas, ou porque entraram em remissão. Por todos estes motivos a evolução clínica permaneceu desconhecida em 50% dos pacientes. Dos pacientes que tiveram evolução conhecida, 60% entraram em remissão da doença. Outra limitação foi o tamanho amostral pequeno dos subgrupos com e sem cefaleia, o que pode resultar em erro *beta* na análise estatística.

Há uma necessidade de mais estudos prospectivos de coorte e ensaios clínicos randomizados para ajudara otimizar as estratégias de gestão corrente e para ajudar a desenvolver novas intervenções médicas.

CONCLUSÃO

Foi possível observar que os pacientes acometidos pela síndrome de vômitos cíclicos demoram cerca de 5 anos desde o início dos sintomas até o atendimento por um especialista. As crises geralmente ocorrem várias vezes ao ano, são debilitantes, com prostração, incapacidade de realizar as atividades diárias com modificação na rotina da família. Mais da metade dos pacientes foram socorridos na emergência para reidratação ou medicação.

Em alguns pacientes, ocorriam fatores desencadeantes, sendo os mais frequentes os fatores emocionais e alimentares. Entre os sintomas associados à síndrome, a cefaleia foi o mais prevalente, porém quando comparadas as características dos subgrupos com cefaleia e o subgrupo sem cefaleia, as diferenças não foram significativas. Quanto ao desenvolvimento da doença, quase um terço dos pacientes atendidos entraram em remissão durante o acompanhamento e menos de 20% tiveram como diagnóstico final outra causa que não a SVC.

Com essas características analisadas, é possível perceber a extrema importância dos conhecimentos dos médicos, em particular nas emergências, visto que, a procura direta nos prontos-socorros é recorrente. É preciso que esses profissionais sejam capacitados e alertados quanto a epidemiologia e as características clínicas da SVC, sejam instruídos a manejar as crises e quando necessário encaminhar para o especialista.

Schuster AP, Da Cruz AS, Molini JG. Clinical characteristics and final diagnosis in children and adolescent with suspect of cyclic vomiting syndrome. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):22-26.

ABSTRACT - The cyclic vomiting syndrome (CVS) is characterized by recurrent episodes of nausea, uncontrollable vomiting, abdominal pain and prostration. Lasting hours to days, and weeks or months asymptomatic intervals between attacks. It mainly affects children and adolescents. The objective was to analyze the clinical, final diagnosis and evolution of children and adolescents with suspected SVC treated at pediatric gastroenterology clinic of the Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, between 2010 to 2014. We evaluated 68 patients, which median age of onset of seizures of 3.5 years and the first medical appointment with a gastroenterologist was 9 years. The emergency response was seen in 69% of cases and dehydration by more than half. It needs better training of professionals to improve emergency care and early diagnosis as there is on average a delay of five years between the onset of symptoms and the visit to the specialist and an ignorance of the disease by physicians and the public.

KEYWORDS - Cyclic Vomiting Syndrome, Vomiting, Migraine, Nausea.

REFERÊNCIAS

1. Bu L., BALINT J.P. Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a brain-gut disorder. *Adv Pediatr.* Ohio, 2000;(47) 117-60.
 2. Buk, L; Williams S. Cyclic vomiting syndrome clinical features and comorbidities. *Contemporary Pediatrics*, 2012 set; (29): 34-46.
 3. Weng W.C., Lin Y.P., Ni Y.H., Lee W.T. Cyclic Vomiting Syndrome and Migraine in Children. *J. Formos Med Assoc.* (110): 382-387.
 4. Fleisher D.R. Management of cyclic vomiting syndrome. *Journal Pediatric gastroenterology nutrition.* Columbia. 1995 dez.; (21): 52-6.
 5. Lindley K.J., Andrews P.L. Pathogenesis and Treatment of Cyclical Vomiting. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* Londres. 2005 set; (41): 57-38.
 6. Drossman A.D. The Functional Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, Chapel Hill 2006 abr.; (130): 1377-1386.
 7. Evans R.W.; Whyte C. Cyclic vomiting syndrome and abdominal migraine adults and children. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*
-

- 2013 jun.; (53): 984-993.
8. Fleisher D.R, Gornowicz B., Adams K., Burch R., Feldman E.J. Cyclic Vomiting Syndrome in 41 adults: the illness, the patients, and problems of management. *BMC med.* 2005, dez.; (3):20.
 9. Pércopo S. N. R. G. Síndrome dos vômitos cíclicos. *Boletim Informativo da SOPERJ.* Rio de Janeiro. 2012 set.; (4).
 10. Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D., Guiraldes E., Hyams J.S., Staiano A., Walker L.S. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology.* 2006 abr.; (130): 1527-1537.
 11. Yang H. Recent concepts on cyclic vomiting syndrome in children. *Journal of neurogastroenterology and motility.* Seoul. 2010 abr; (16):139-47.
 12. Leichtner A.M. et al. NASPGHAN Guidelines for Training in Pediatric Gastroenterology. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2013 jan; (56): 38- 28.
 13. Pareek N.; Fleisher D.R.; Abell, T. Cyclic vomiting syndrome: what a gastroenterologist needs to know. *Am J. Gastroenterology.* Mississipi. 2007 dez; (102): 2832-40.
 14. Tan M.L.N., Liwanag M.J., Quak S.H. Cyclical vomiting syndrome: Recognition, assessment and management. *World Journal Clinic Pediatric.* Singapore. 2014 ago.;(8): 54-58.
 15. Tarbell S., BU, L. Psychiatric symptoms in children and adolescents with cyclic vomiting syndrome and their parents. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2007 dez; (48): 259-66.
 16. Kenny P. Síndrome de vômitos cíclicos: un enigma pediátrico vigente. *Arch. argent. pediatr.* Buenos Aires. 2000; (98) 34-40.
-

TRANSPLANTE CARDÍACO NO PARANÁ – A CIRURGIA. 30 ANOS DEPOIS. HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA NO PARANÁ - V.

HEART TRANSPLANTATION IN PARANA – THE SURGERY. 30 YEARS AFTER. HISTORY OF THE CARDIOLOGY IN THE PARANA STATE - V.

Hélcio GIFFHORN¹.

Rev. Méd. Paraná/1365

Giffhorn H. Transplante Cardíaco no Paraná – A Cirurgia. 30 anos depois. História da Cardiologia no Paraná - V. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):27-28.

RESUMO - O transplante cardíaco desenvolveu-se lentamente e tomou grande impulso com a utilização da ciclosporina como agente imunossupressor. Nos anos 1980, os trabalhos promissores com Shumway utilizando a ciclosporina possibilitaram um novo impulso na cirurgia. No estado do Paraná, Dr.Danton R.R.Loures foi o pioneiro e abriu espaço para que outros centros pudessem se desenvolver e realizar o transplante cardíaco.

DESCRIPTORIOS - Transplante Cardíaco, Cirurgia Cardíaca.

INTRODUÇÃO

O transplante cardíaco iniciou, a nível experimental, com os trabalhos de Demikhov, em 1946, em posição heterotópica. O desenvolvimento da circulação extra-corpórea (CEC) através dos trabalhos de John Gibbon, permitiu o início do desenvolvimento do transplante em posição ortotópica.

Neptune, em 1953, desenvolveu o transplante ortotópico coração-pulmão utilizando a hipotermia profunda e a parada circulatória em períodos de até 30 minutos, sem a CEC. Nos trabalhos de Shumway e Lower a partir da década de 1960, na *Stanford University*, ocorreu o desenvolvimento do transplante ortotópico em cães. Em 3 de dezembro de 1967, Christian Barnard realizou o primeiro transplante cardíaco a nível clínico. Em São Paulo, 1968, Zerbini realizou o 17º transplante de coração no mundo.^{1,2,3}

O desenvolvimento da rejeição aguda e crônica e a pouca sobrevida no pós-operatório tardio, tornou a cirurgia indicada somente em casos selecionados. A partir do desenvolvimento da ciclosporina A em 1976, a sobrevida foi aumentada de modo significativo e houve um novo impulso à realização dos transplantes.^{2,4}

O começo daquele abril do ano de 1985 não foi fácil. O presidente eleito, Tancredo Neves falecia

em São Paulo no INCOR a 21 de abril. Mas, no dia 22, realizou-se no Hospital Evangélico de Curitiba (HEC) o primeiro transplante cardíaco ortotópico no Paraná e o terceiro no Brasil na era da ciclosporina.

A equipe de cirurgia cardíaca chefiada pelo Prof.Dr.Danton R.R.Loures, realizou o procedimento após estudos experimentais realizados em cães na sala de cirurgia de técnica operatória da Faculdade Evangélica do Paraná.

O coração doador foi o de um paciente masculino de 35 anos que apresentou morte encefálica após uma hemorragia intra-craniana.

O receptor foi o paciente M.B.R.N., 46 anos, que apresentava miocardiopatia isquêmica em fase final. O seu pós-operatório imediato foi realizado dentro do centro cirúrgico cardíaco (no quarto andar do HEC) para evitar acesso do paciente da comunidade e por ser um procedimento pioneiro. Não houve nenhuma ocorrência de infecção severa em sua permanência no hospital no pós-operatório imediato e recebeu alta hospitalar com terapia tripla de imunossupressão (ciclosporina, azatioprina e meticorten). Infelizmente após a alta, o paciente faleceu de complicações decorrentes de rejeição e infecciosas.

Um transplante não se faz somente com uma pessoa; uma equipe multiprofissional é necessária para a concretização de um procedimento pioneiro. A se-

guir, os membros da equipe que realizaram o primeiro transplante cardíaco no Paraná: Cirurgiões: Dr.Danton R.R.Loures, Dr.Paulo R.S.Brofman, Dr.Roberto Gomes de Carvalho, Dr.Edison José Ribeiro; Hemodinamicistas: Dr.Antoninho Krichenko, Dr.Ronaldo R.L.Bueno; Cardiologistas: Dr.Paulo R.Rossi, Dr.Marcos A.A. Pereira; Ecografistas: Dr.Miguel Chamma, Dra.Lilian Blume; Anestesiologistas: Dr.Pedro N. Machado, Dr.Sérgio B. Tenório, Dra.Massako Imae; Intensivistas: Dr.Sidon M. de Oliveira; Dr.Nelson Mozachi; Residentes: Dra.Maria J.A.Ferreira, Dr.Paulo Giublin; Enfermeira coordenadora de transplantes: Enf.Maria Angélica.

O TRANSPLANTE CARDÍACO NO MUNDO – EVENTOS IMPORTANTES^{2,3,6,7,8}

Eventos importantes que valem a pena ser destacados no mundo, relacionados à realização do transplante do coração:

1905 - Carrel e Guthrie publicam o livro “The Transplantation of Veins and Organs”, há a descrição operatória do primeiro transplante heterotópico cardíaco.

1933 - Mann desenvolve duas técnicas de transplante com a colocação de um coração em posição cervical (heterotópica).

1940 - Vladimir Demikhov inicia experimentos de transplante cardíaco intratorácico; inicialmente como coração auxiliar e após como transplantes coração-

-pulmão.

1960 - Richard Lower e Norman Shumway iniciaram o desenvolvimento da técnica cirúrgica do transplante cardíaco ortotópico em cães.

1967 - 03 de dezembro – Dr. Christiaan Barnard realiza o primeiro caso de transplante cardíaco num receptor de 54 anos. 06 de dezembro – Dr. Adrian Kantrowitz realiza nos EUA o primeiro transplante (pediátrico), em Nova Iorque (Maimonides Medical Center). O receptor apresentava atresia tricúspide e defeito do septo interatrial.

1968 - E.J.Zerbini realiza os dois primeiros transplantes cardíacos no Brasil.

CONCLUSÕES

O transplante de órgãos sólidos representaram tanto um grande desafio técnico como barreiras éticas a serem transpostas. C. Hufnagel (1968) chegou a considerar limitações à indicação dos procedimentos de transplante cardíaco.⁶

O desenvolvimento da imunossupressão e em particular da ciclosporina foi o novo fator a permitir o novo impulso aos transplantes de órgãos sólidos.

Cabe ao Dr. Danton, aqui no Paraná, a realização do primeiro transplante cardíaco, já na era da ciclosporina. Um feito único, que neste ano de 2015 completa 30 anos.

Giffhorn H. Heart transplantation in Parana – The Surgery. 30 Years After. History of the Cardiology in the Parana State - V. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):27-28.

ABSTRACT - Heart transplantation had slowly developed and had great impulse with the usage of cyclosporine as an immunosuppressive drug. In 1980's, the promise works of Shumway using cyclosporine gave a new increase in this surgery. In Parana state, Dr. Danton R. R. Loures was the pioneer and after that, others centers were able to develop and make the heart transplantation.

KEYWORDS - Heart Transplantation, Cardiac Surgery.

REFERÊNCIAS

- Hassoulas J. Heart transplantation: Research that led to the first human transplant in 1967. SAMJ 2011; 101 (2) : 97 – 101 .
 - DiBardino DJ. The History and Development of Cardiac Transplantation. Tex Heart Inst J 1999;26:198-205.
 - Lima RC, Neto JW. Euryclides de Jesus Zerbini – 100 anos. Rev Bras Cir Cardiovasc 2012;27(1): 152-4.
 - Colombo D and Ammirati E. Cyclosporine in transplantation – A history of converging timelines . J Biol Regul Homeost Agents 2011;25(4): 493-504.
 - Transplante do coração é realizado com êxito no PR. Gazeta do Povo – 25 de abril de 1985 – p. 1 ; p.36.
 - Kantrowitz A . America's First Human Heart Transplantation. The Concept, the Planning, and the Furor. ASAIO 1998;244-52.
 - Sade RM. Transplantation at 100 Years: Alexis Carrel, Pioneer Surgeon. Ann Thoracic Surg 2005;80: 2415-8.
 - Konstantinov IE. A Mystery of Vladimir P. Demikhov: The 50th Anniversary of the First Intrathoracic Transplantation. Ann Thorac Surg 1998;65: 1171-7.
-

ANATOMIA APLICADA DA PONTA NASAL EM RINOPLASTIA.***APPLIED ANATOMY OF THE NASAL TIP IN THE RHINOPLASTY.***

Eduardo Nascimento **SILVA**¹, Allinson Lidemberg **RIBEIRO**², Giulia Carvalho **DOS SANTOS**², João Henrique Maffisoni **ROCETO**², Nicolas Brandalize **MEDEIROS**², Stella **KUCHLER**², Vanessa Alana **PIZATO**².

Rev. Méd. Paraná/1366

Silva EN, Ribeiro AL, Dos Santos GC, Roceto JHM, Medeiros NB, Kuchler S, Pizato VA. Anatomia aplicada da ponta nasal em Rinoplastia. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):29-33.

RESUMO - Introdução: A insatisfação com a própria aparência facial leva muitas pessoas a buscarem a rinoplastia, sendo esse o quinto procedimento cirúrgico mais realizado na cirurgia plástica segundo a ISAPS. Devido essa cirurgia ser complexa, podendo gerar problemas estéticos e funcionais, o conhecimento aprofundado da anatomia dessa região, em especial a da ponta nasal, é imprescindível. Métodos: Realizou-se revisão na literatura em 17 artigos e 2 livros sobre a anatomia do nariz e sua repercussão na rinoplastia. Revisão da literatura: As primeiras menções sobre rinoplastia datam final do século XIV, desde lá houve muita evolução passando de uma técnica puramente reducional para uma estruturada que prioriza a melhora da função e estética nasal. O sucesso desse procedimento depende do conhecimento anatômico do profissional que o está realizando e também da escolha da técnica ideal. O nariz é constituído por ossos e principalmente cartilagens, as quais, junto com a musculatura, são responsáveis na determinação da aparência da ponta nasal. Essas cartilagens quando não são trabalhadas da forma correta, originam problemas funcionais, como colapso da válvula nasal externa. Conclusões: O conhecimento da anatomia da ponta nasal é fundamental para o sucesso da rinoplastia, devendo sempre equilibrar a função e a estética do nariz..

DESCRITORES - Rinoplastia, Nariz, Anatomia, Cartilagens Nasais.

INTRODUÇÃO

Na cultura moderna, o padrão de beleza vem sendo cada vez mais influente. A insatisfação pessoal com a estética, muitas vezes associada a própria simetria facial, leva alguns indivíduos a se submeterem a procedimentos cirúrgicos. A rinoplastia é uma das cirurgias plásticas mais procuradas seja por razões estéticas e/ou funcionais^{1,2}. Segundo dados da ISAPS (International Society Aesthetic Plastic Surgery), mais de 20 milhões de procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos foram realizados em 2014, sendo que mais de 800 mil desses procedimentos foram rinoplastias, o que a coloca como o quinto procedimento cirúrgico mais realizado³.

Devido à complexidade desta cirurgia muitas complicações podem ocorrer do não conhecimento adequado da anatomia, em especial da ponta nasal^{1,4}. Para minimizar a ocorrência de resultados indesejados é essencial um conhecimento aprofundado da anatomia nasal e de suas variações.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi realizado com a revisão da literatura sobre anatomia do nariz e sua repercussão na rinoplastia. Foram selecionados dezessete artigos para desenvolvê-lo, além de dois livros para revisão da anatomia da ponta nasal.

REVISÃO DA LITERATURA**Histórico**

Roe no final do século XIV foi o pioneiro nas menções sobre rinoplastia, entretanto foi Josephem 1931 que divulgou esta cirurgia. A concepção na época era puramente educacional, ou seja, reduzir os excessos do nariz sem se preocupar com a função⁵. Em virtude disto, algumas complicações ligadas à essa técnica foram reconhecidas nas últimas décadas, como ressecções exageradas das cartilagens e dos ossos resultando numa piora respiratória⁵.

Trabalho realizado na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) - Laboratório de Anatomia.

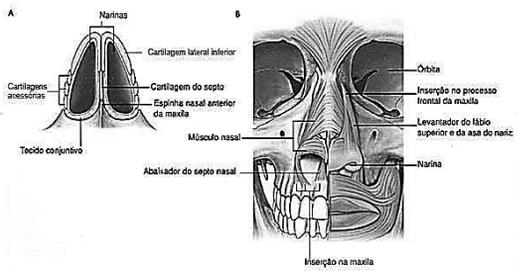
1 - Cirurgião Plástico, Membro Associado Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro Associado da Internacional Society of Aesthetic Plastic Surgery. Professor de Anatomia do curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

2. Acadêmicos do primeiro ano de Medicina da UEPG.

bém englobando complicações funcionais, como colapso valvular. Quando há uma retirada excessiva das cartilagens laterais inferiores, as quais atuam no suporte e forma da ponta nasal¹, resulta em um enfraquecimento da válvula nasal externa (formada pelo septo membranoso, cruras mediais das cartilagens laterais inferiores, borda interna da asa nasal e assoalho narinário), tendendo a um colapso durante uma inspiração profunda, dependendo do grau da insuficiência valvular⁴.

No entanto, não são apenas as cartilagens as responsáveis pela estrutura do nariz, os músculos da região (Figura 3) também auxiliam na forma. Eles são divididos em intrínsecos, que estão totalmente inseridos no nariz, em um total de seis, e extrínsecos, que apenas influenciam na posição nasal, no total de três^{12,13}. No grupo dos músculos intrínsecos está a porção transversa do músculo nasal, a qual funciona como um esfíncter e juntamente com o próceros forma o sistema músculo-aponeurótico do nariz, que contribui com rigidez para a parede nasal lateral¹²⁻¹⁴. A porção alar do músculo nasal, no entanto, funciona como dilatador da narina e pode ser utilizado inclusive como a base de um retalho miocutâneo para a reconstrução da ponta nasal¹⁴. Há ainda o músculo depressor do septo nasal, importante modelador da projeção da ponta nasal, responsável por tracioná-la inferiormente¹⁴.

FIGURA 3 - MÚSCULOS NASAIS.



Fonte: Gray'sAnatomy for Students, 2010, p. 1080

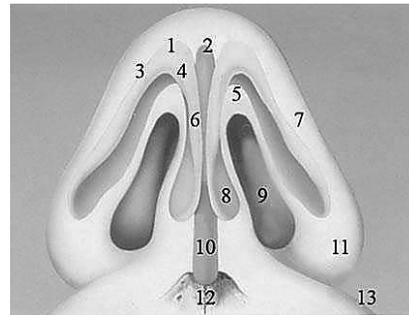
Os outros três músculos não são descritos usualmente na literatura atual, sendo relatados na versão de 1901 do Gray's Anatomy¹³. Dois estão na região da ponta nasal, dilatador anterior da narina e compressor nasal menor, enquanto o terceiro está na base alar, o músculo depressor alar nasal, cuja função é puxar a base alar inferiormente^{12,13}.

Dentre os músculos extrínsecos estão o levantador do lábio superior e da asa do nariz, sendo o dilatador mais importante, o zigomático menor e o orbicular da boca, que promovem estabilidade à parede nasal lateral^{12,13}.

Na região da ponta nasal há o lóbulo nasal que se relaciona com a columela, o triângulo mole e as asas nasais. As cartilagens laterais inferiores são a estrutura mais importante deste local sendo subdivididas em cruras medial, intermédia e lateral (Figura 4)¹. A crura medial é o pilar de apoio da ponta do nariz, e é o

componente primário da columela, que influencia na função da válvula nasal externa¹.

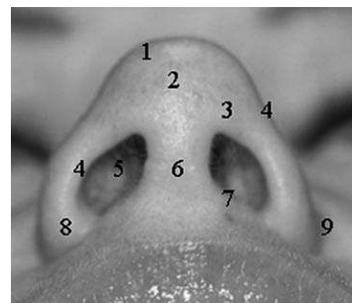
FIGURA 4 - CARTILAGENS LATERAIS INFERIORES: 1-DÔMUS, 2- ÂNGULO SEPTAL DO SEPTO CAUDAL, 3-CRURA LATERAL, 4-CRURA INTERMÉDIA, 5-TRI-ÂNGULO MOLE, 6-CRURA MEDIAL, 7-BORDO DA ASA NASAL, 8-PÉS DA CRURA MEDIAL, 9-NARINAS, 10-SEPTO CAUDAL, 11-LÓBULO DA ASA NASAL, 12-ESPINHA NASAL ANTERIOR, 13-SULCO NASOLABIAL.



Fonte: http://www.rinoplastia.eu/pt/200_anatomia_quirurgica.htm

A porção mais proeminente da ponta nasal, a crura intermédia, é chamada de dômus e é uma região de conexão entre a crura lateral e medial das cartilagens laterais inferiores; logo abaixo, a região de transição entre o dômus e a columela é chamada de *infratip*. Já a transição do lóbulo nasal para a borda anterior das asas nasais forma o triângulo mole (Figura 5)^{8,9}.

FIGURA 5 - ESTRUTURAS DA BASE DA PONTA NASAL: 1-DÔMUS, 2-INFRA TIP, 3-TRIÂNGULO MOLE, 4-ASA NASAL, 5-NARINAS, 6-COLUMELAS, 7-ASSOALHO NARINÁRIO, 8- BASE DA ALA NASAL, 9-SULCO ALAR.



Fonte: http://www.rinoplastia.eu/pt/200_anatomia_topografica.htm

As cartilagens acessórias ligam a crura lateral à abertura piriforme, elas possuem um pericôndrio em comum permitindo que trabalhem como uma unidade funcional – o complexo da crura lateral¹⁵. Esse complexo é suportado pelo ligamento suspensório da ponta nasal, que possui conexões fibrosas para a cartilagem lateral superior e o suporte lateral da abertura piriforme¹⁵. Há ainda o ligamento dermocartilaginoso

do nariz, descrito por Pitanguy em 1965, que é uma extensão cranial fibrosa do músculo depressor do septo nasal que se une à derme da ponta nasal através do ligamento interdomal e do septo membranoso^{16,17}. Esses ligamentos fazem uma conexão dermocartilaginosa ajudando no equilíbrio dinâmico da relação dorso-ponta com influência na definição da ponta nasal^{16,17}.

O sistema músculo-aponeurótico (SMAS) é composto por uma parte superficial e uma profunda, que juntas atuam na projeção da ponta nasal (Figura 6)¹⁸. A parte superficial (SMAS superficial) é contínua com o músculo orbicular da boca parte nasal, encontrando-se acima do ligamento interdomal¹⁸. A parte profunda (SMAS profundo) funde-se à aponeurose do músculo depressor do septo nasal, abaixo do ligamento interdomal, e constitui o *scroll* e o ligamento de Pitanguy¹⁸.

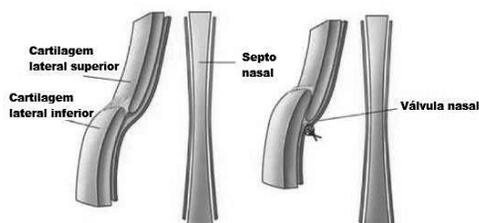
FIGURA 6 - LINHA MÉDIA DO LIGAMENTO DE PITANGUY.



Fonte: The Lower Nasal Base: An Anatomical Study, Aesthetic Surgery Journal, 222-232, 2013.

A região do *scroll* (Figura 7) é uma articulação que permite o deslizamento das cartilagens laterais inferiores sobre as superiores, se relacionando assim com o diâmetro da válvula nasal externa e impactando na funcionalidade do nariz e atuando na projeção da ponta nasal¹⁹. Quanto maior a extensão dessa articulação maior será a dificuldade para projeção de ponta, devendo nestes casos liberar a articulação, projetar a ponta e após isto fixar novamente as cartilagens laterais superiores e inferiores refazendo o *scroll* para evitar retração narinária¹⁶.

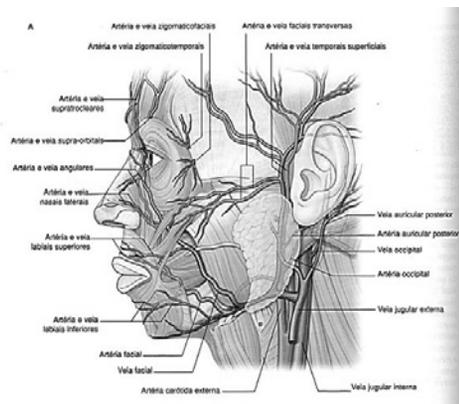
FIGURA 7: REGIÃO DO SCROLL.



Fonte: The Importance of Maintaining the Structural Integrity of the Lateral Crus in Tip Rhinoplasty, International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2010, p.804.

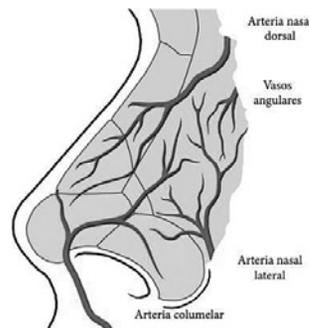
A irrigação arterial da ponta nasal (Figura 8) é feita pelo ramo nasal lateral da artéria facial e por um ramo da artéria labial superior, a artéria columelar (Figura 9)⁸. Quanto à drenagem venosa, é realizada principalmente para a veia facial⁸. A drenagem linfática ocorre para os linfonodos submandibulares⁸.

FIGURA 8- IRRIGAÇÃO ARTERIAL DO NARIZ



Fonte: GraysAnatomy For Students, 2010, p.918

FIGURA 9: ARTÉRIA COLUMELAR E NASAL LATERAL



Fonte: <http://www.amolca.com.co/images/stories/amolca/medicina/cirurgia-plastica-reconstructiva/rinoplastia-consultorio/pag44.pdf>

A inervação sensitiva da ponta nasal é realizada por ramos nasais externos do nervo etmoidal anterior, que é ramo do nervo oftálmico (V)¹⁴. O ramo etmoidal anterior encontra-se no teto da cavidade nasal, e os seus ramos nasais externos emergem dela na margem superior da abertura piriforme. Em função da sua localização, a secção desses ramos é comum em incisões intercartilaginosas, resultando em hipoestesia permanente da ponta nasal¹⁴.

CONCLUSÃO

A importância do conhecimento da anatomia da ponta nasal é imprescindível para a execução adequada e satisfatória da rinoplastia. Além disso, ficou evidente a necessidade de sempre após ressecar o excesso de cada estrutura anatômica reconstruir o defeito gerado reestabelecendo a função.

Silva EN, Ribeiro AL, Dos Santos GC, Roceto JHM, Medeiros NB, Kuchler S, Pizato VA. Applied anatomy of the nasal tip in the Rhinoplasty. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):29-33.

ABSTRACT - Introduction: Dissatisfaction with own facial appearance leads many people to seek for rhinoplasty, which is the fifth most common procedure in plastic surgery worldwide according to ISAPS. It is known as a very complex surgery that can cause aesthetic and functional problems, an in-depth knowledge of the anatomy of this region, especially the nasal tip, it is essential. Methods: A literature review was done in 17 articles and 2 books on the anatomy of the nose and its impact on rhinoplasty. Literature review: The first mention of rhinoplasty was in the late fourteenth century, since then much has been evolved, from a purely reductional technique to a structure done that prioritizes the improvement of nasal function and aesthetics. The success of it depends on the anatomical knowledge of the professional who is performing the procedure and also the choice of the ideal technique. The nose has in it constitution bones and cartilages, together with the muscles, are responsible for determining the appearance of the nasal tip. The cartilage if not properly crafted, it might cause functional problems such as collapse of the external nasal valve. Conclusions: The knowledge of the nasal tip anatomy is crucial to the success of rhinoplasty, and it must always find the balance between function and aesthetic of the nose.

KEYWORDS - Rhinoplasty, Nose, Anatomy, Nasal Cartilages.

REFERÊNCIAS

- Pochat VD, Alonso N, Ribeiro EB, Tenório E, Rocha E, Meneses JVL. Detalhes anatômicos das cartilagens laterais inferiores em afrodescendentes: estudo em cadáveres. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, 26(1): 54-57, 2011.
- Dini GM, Gonella HÁ, Fregadolli L, Nunes B, Gozzano R. Novo modelo animal para treinamento de rinoplastia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, 27(2): 201-205, 2012.
- ISAPS. Global Statistics on Cosmetic Releases. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, New York, 2015.
- Almeida GS. Tratamento das válvulas nasais em rinoplastia secundária. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, 28(3): 422-427, 2013.
- Pochat VD, Alonso N, Meneses JVL. Avaliação funcional e estética da rinoplastia com enxertos cartilagosos. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, 25(2): 260-270, 2010.
- Gola R. Functional and Esthetic Rhinoplasty. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, New York, 27: 390-396, 2003.
- Küçüker I, Özmen S, Kaya B, Ak B, Demir A. Are Grafts Necessary In Rhinoplasty? Cartilage Flaps With Cartilage-Saving Rhinoplasty Concept. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, New York, 38: 275-281, 2014.
- Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM. *Gray's Anatomia para Estudantes*. Elsevier, Rio de Janeiro, 2ª edição, 1013-1030, 2010.
- Moore KL, Dalley AF. *Anatomia orientada para a clínica*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 5ª edição, 938-943, 2007.
- Keskin M, Tosun Z, Savaci N. The Importance Of Maintaining The Structural Integrity Of The Lateral Crus In Tip Rhinoplasty. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, New York, 33: 803-808, 2009.
- Hafezi F, Naghibzadeh B, Nouhi AH. Applied Anatomy Of The Nasal Lower Lateral Cartilage: A New Finding. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, New York, 34: 244-248, 2010.
- Howard BK, Rohrich RJ. Understanding The Nasal Airway: Principles And Practice. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Texas, 109(3): 1028-1144, 2002.
- Hoeyberghs JL, Desta K, Matthews RN. The lost muscles of the nose. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, New York, 20(2): 165-169, 1996.
- Zide BM. Nasal Anatomy: The Muscles and Tip Sensation. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, New York, 9: 193-196, 1985.
- Rohrich RJ, Raniere J, Ha RY. The Alar Contour Graft: Correction And Prevention Of Alar Rim Deformities In Rhinoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Texas, 109(7): 2945-2505, 2002.
- Soares, CMC. Avaliação da eficácia da sutura intercrural laterais para diminuição da distância interdomal para melhorar a definição da ponta nasal em rinoplastias primária através do SINPE. Curitiba. Dissertação Mestrado em Clínica Cirúrgica – Universidade Federal do Paraná; 2011.
- Porto, MJ. O nariz no envelhecimento: um estudo através de auto-retratos. Brasília. Dissertação de Mestrado em Gerontologia – Universidade Católica de Brasília; 2008.
- Rollin, KD, Tibor G, Gyongyver M, Peter P, Yves S, Bertrand J. The Lower Nasal Base: An Anatomical Study. *Aesthetic Surgery Journal*, Atlanta, 33(2):222-232, 2013.
- Teller, DC. Anatomy of a rhinoplasty: emphasis on the middle third of the nose. *Facial Plastic Surgery*. Texas, 13(4): 241-252, 1997.

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEUROSSÍFILIS EM PACIENTE ATENDIDO NO SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HC – UFPR.

ATYPICAL PRESENTATION OF NEUROSYPHILIS IN PATIENT TREATED AT THE NEUROLOGY SERVICE OF HC – UFPR.

Gustavo Koiti **KONDO**¹, Carla Caroline **SCHRAMM**¹,
Conrado Régis **BORGES**², Hélio Afonso Ghizoni **TEIVE**³.

Rev. Méd. Paraná/1367

Kondo GK, Schramm CC, Borges CR, Teive HAG. Apresentação atípica de Neurosífilis em paciente atendido no serviço de neurologia do HC – UFPR. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):34-36.

RESUMO - A sífilis é uma infecção sistêmica crônica que cursa com variadas apresentações clínicas e que pode acometer o sistema nervoso central, caracterizando a neurosífilis. O objetivo é relatar um caso de neurosífilis com apresentação atípica. Relato do caso: homem, 44 anos que apresentou paralisia facial periférica bilateral persistente após tratamento com corticoide e fisioterapia. Após dois meses, ainda apresentava sintomas e foi internado para investigação, na qual apresentou VDRL reagente no soro sendo diagnosticado com neurosífilis. Tratado por 10 dias com penicilina cristalina, evoluindo com melhora. A paralisia facial periférica bilateral pode ser uma apresentação atípica de neurosífilis e o uso de critérios diagnósticos é necessário pois não há exame padrão ouro para essa patologia. A neurosífilis pode se apresentar como paralisia facial periférica bilateral, mesmo em indivíduos imunocompetentes, e essa apresentação deve ser incluída na prática clínica, permitindo o correto manejo do paciente.

DESCRITORES - Neurosífilis, Sífilis, Paralisia Facial.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica crônica, de prevalência mundial, causada pelo *Treponema pallidum* que apresenta variadas manifestações clínicas. Quando a infecção atinge o sistema nervoso, temos caracterizada a Neurosífilis, a qual pode ser sintomática ou assintomática. Dentre as apresentações clássicas de neurosífilis podemos citar meníngea, meningovascular e parenquimatosa (inclui paresia geral e *tabes dorsalis*) (4). O objetivo do relato é apresentar o caso de um paciente, imunocompetente, com paralisia facial periférica bilateral, sendo esta uma manifestação atípica de neurosífilis.

RELATO DE CASO

SPC, masculino, branco, 44 anos, solteiro, caminhoneiro, evangélico protestante, natural e procedente de Curitiba-PR.

Em março de 2013 o paciente acordou com dificuldade para fechar o olho direito e desvio de rima à direita. Após três dias apresentou os mesmos sin-

tomas à esquerda. Foi diagnosticado pela UBS (Unidade Básica de Saúde) próxima à sua residência com paralisia facial periférica e tratado com prednisona 15 mg/dia e sessões de fisioterapia. No mesmo mês apresentou duas vesículas no pênis, dolorosas, que ulceraram, com resolução espontânea em duas semanas.

No dia 11 de abril de 2013, em consulta no ambulatório da Neurologia do Hospital de Clínicas da UFPR, apresentou melhora parcial do quadro de paralisia facial periférica após 20 dias de tratamento. Sorologias para HIV, HBV, HCV, HTLV e VDRL foram solicitadas. Além disso, TC (Tomografia Computadorizada) de tórax e RM (Ressonância Magnética) de crânio foram pedidos.

Em 13 de maio de 2013 o paciente foi internado com o quadro agravado. Havia dificuldade para mastigar, tomar com copo, salivação pelos cantos da boca e turvação visual. Nessa data os resultados dos exames solicitados na consulta anterior já haviam sido liberados e apenas o VDRL foi reagente com valor de 48,57 (quimioluminescência) e 1:64 de RPR. Além disso, TC de tórax e RM de encéfalo estavam normais.

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

1 - Estudante de Medicina da UFPR do oitavo período.

2 - Residente de Neurologia do HC - UFPR.

3 - Professor e Médico do Departamento de Neurologia do HC - UFPR.

Ao exame físico apresentou mini exame do estado mental de 27, dificuldade para fechar os olhos bilateralmente, paralisia facial periférica bilateral, força grau III/V para orbicular do olho, força grau IV/V para orbicular da boca, reflexos grau 2/5 globalmente, sem alterações de sensibilidade, eumétrico e eudiadicocinético.

No internamento, os seguintes exames complementares foram realizados:

Hemograma – resultados dentro dos padrões de normalidade.

VDRL/RPR 1:8 e VDRL por quimioluminescência de 39,73.

LCR(Líquido Cefalorraquidiano) – aspecto límpido, incolor, hemácias de 4,3/mm³, glicose de 53mg/dL, proteína de 37,7mg/dL, leucócitos de 0,6/mm³, ácido láctico de 1,7, pandy negativo. Além disso, CMV, toxoplasmosse, cultura e VDRL negativos.

O paciente, então, foi diagnosticado com neurosífilis e tratado com penicilina cristalina 4.000.000 UI, de 4 em 4 horas, por 10 dias. Os sinais e sintomas desapareceram completamente com a medicação e o paciente recebeu alta pela neurologia no dia 2 de junho de 2013, após completar o esquema terapêutico. Novos exames (29/05/2013) mostraram: VDRL/RPR de 1:64 e VDRL por quimioluminescência de 34,61.

O paciente foi encaminhado para acompanhamento pelo serviço de infectologia do HC UFPR. Realizou quatro consultas de retorno; sendo a última em 6 de maio de 2015, quando apresentou exame de VDRL/RPR negativo, recebendo então alta do acompanhamento.

DISCUSSÃO

O paciente apresentou um quadro atípico de neurosífilis. Na literatura médica, os artigos de Cormier *et al.*(2) e Lyubomiret *et al.*(3) já citam como possibilidade de apresentação da sífilis a paralisia facial periférica. Embora o VDRL no LCR do paciente tenha sido negativo, ainda sim é possível diagnosticá-lo com neurosífilis, pois não existe exame padrão-ouro para esta condição. O diagnóstico pode ser do tipo **confirmado**, quando o teste de VDRL no líquido é reagente, ou do tipo **presuntivo**, quando um conjunto de critérios permitem o diagnóstico: pleocitose e elevação de proteína no LCR, VDRL reagente no soro (RPR \geq 1:32 aumenta o risco em 6x para neurosífilis), sinais e sintomas condizentes com sífilis e ausência de outro diagnóstico que justifique os sintomas(5). Esses critérios foram utilizados para o diagnóstico final do paciente e são de grande importância pois o exame de VDRL no LCR que, embora possua 99% de especificidade, apresenta sensibilidade variável entre 50 a 70%(1). Ou seja, o VDRL não reagente no LCR não exclui o diagnóstico de neurosífilis.

CONCLUSÃO

O relato apresentou o caso de um paciente com paralisia facial periférica bilateral causada pela neurosífilis. Além disso, mesmo sendo imunocompetente (HIV negativo) desenvolveu, num curto período de tempo, neurosífilis com atipicidade na apresentação. Por fim, é de grande valia o conhecimento da possibilidade dessa apresentação na prática clínica, pois permite o diagnóstico precoce e tratamento adequado do paciente.

Kondo GK, Schramm CC, Borges CR, Teive HAG. Atypical presentation of Neurosyphilis in patient treated at the neurology service of HC – UFPR. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):34-35.

ABSTRACT - Syphilis is a chronic infection that leads to various clinical presentations that may involve the central nervous system, featuring the neurosyphilis. The main objective is to report a case of neurosyphilis with atypical presentation. Case report: man, 44 years old who presented persistent bilateral facial palsy after treatment with corticosteroids and physiotherapy. After two months, he still had symptoms and was admitted for investigation, which showed positive VDRL in serum being diagnosed with neurosyphilis. He was treat for 10 days with penicilina, evolving with complete elimination of the symptomatology. The bilateral facial palsy can be an atypical presentation of neurosyphilis and the use of diagnostic criteria is necessary since there is no gold standard test for this disease. Neurosyphilis may present as bilateral facial palsy, even in immunocompetent individuals and this presentation should be included in clinical practice allowing the correct management of patient.

KEYWORDS - Neurosyphilis, Syphilis, Facial Palsy.

REFERÊNCIAS

1. CARLOS J, AVELLEIRA R, BOTTINO G. SYPHILIS : DIAGNOSIS , TREATMENT AND CONTROL SÍFILIS : DIAGNÓSTICO , TRATAMENTO E CONTROLE. AN BRAS DERMATOL. 2006;81(2):111–26.
2. CORMIER BJE. BELL ' S PALSÝ : A COMMON CAUSE OF FACIAL PARALYSIS. 2012;(DECEMBER):28–31.
3. DOURMISHEV LA, DOURMISHEV AL. SYPHILIS : UNCOMMON PRESENTATIONS IN ADULTS. 2005;555–64.
4. LONGO DL ET AL. MEDICINA INTERNA DE HARRISON. 18TH ED. 2013.
5. PASTUSZCZAK M, ZEMAN J, JAWOREK A, WOJAS-PELC A. CEREBROSPINAL FLUID ABNORMALITIES IN HIV-NEGATIVE PATIENTS WITH SECONDARY AND EARLY LATENT SYPHILIS AND SERUM VDRL \geq 1:32. INDIAN J DERMATOL [INTERNET]. 2013;58(4):325. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.E-IJD.ORG/TEXT.ASP?2013/58/4/325/113941](http://www.e-ijid.org/text.asp?2013/58/4/325/113941)

HTLV-1 EM CURITIBA MANIFESTANDO BEXIGA NEUROGÊNICA COMO PRIMEIRO SINTOMA.

HTLV-1 IN CURITIBA EXPRESSING NEUROGENIC BLADDER AS FIRST SYMPTON.

Carlos Cesar Conrado **CAGGIANO**¹, Fernanda Areco Costa Ferreira **TORRES**², Raphael Wagner **TEIXEIRA**².

Rev. Méd. Paraná/1368

Caggiano CCC, Torres FACF, Teixeira RW. HTLV-1 em Curitiba manifestando bexiga neurogênica como primeiro sintoma. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):36-38.

RESUMO - Objetivo:Relatar o caso de uma paciente paranaense soropositiva para HTLV-1 que teve como sintoma inicial apenas bexiga neurogênica. Relato do caso: Paciente iniciou quadro de urge-incontinência vesical e sensação de resíduo pós-miccional. Urodinâmica evidenciou acontratilidade do detrusor e sensibilidade reduzida. Após seis meses, ocorreu paraparesia e hiperreflexia de membros inferiores e sinal de Babinski. ELISA e Western Blot positivos para HTLV-1. Análise do líquido com sorologia para HTLV-1 positiva. Discussão:A prevalência de HTLV-1 é de 0,08% na região sul. Sua principal forma de acometimento vesical é a bexiga neurogênica com sensibilidade aumentada; no caso ocorreu sensibilidade diminuída. Acometimento dos membros é frequente, porém ocorreu apenas seis meses após o início dos sintomas. Exames de imagem mostram atrofia de medula, mas nessa paciente estavam normais. Conclusão: Deve-se pensar em infecção por HTLV-1 em pacientes com disfunção vesical. Análises laboratoriais são indispensáveis, já que exames de imagem podem ser normais.

DESCRITORES - Vírus 1 Linfotrópico Humano, HTLV-1, Bexiga Urinária Neurogênica.

INTRODUÇÃO

O vírus linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1) é um retrovírus da subfamília *oncovirinae*, provavelmente derivado do vírus linfotrópico dos primatas.^{10,12} Ele foi transmitido aos humanos de forma semelhante a que ocorreu com o HIV, conforme estudos recentes puderam comprovar.³ O vírus está localizado principalmente nos linfócitos TCD4, mas também nas demais células sanguíneas mononucleadas.^{2,5}

Clinicamente, o HTLV-1 é um vírus de ação lenta, sendo assintomático na grande maioria dos casos.^{5,10} A doença tem como características linfoma de células T e manifestações dermatológicas, além da síndrome neurológica conhecida como Paraparesia Espástica Tropical (HAM/PET).¹³ Essa última costuma apresentar como sintomas mielopatia - manifestação neurológica mais comum -, ataxia cerebelar, síndrome do neurônio motor superior, disfunção neurogênica, neuropatia periférica, entre outros. Um órgão que pode ser acometido, geral-

mente nas fases terminais da doença, é a bexiga.^{5,6}

O objetivo desse trabalho é relatar o caso de uma paciente, residente no município de Curitiba, área não endêmica da doença, sem histórico de viagem para o Norte/Nordeste, soropositiva para HTLV-1 que teve como sintoma inicial da doença apenas bexiga neurogênica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 47 anos, natural de Palmas/PR, procedente de Curitiba/PR, divorciada, dois filhos, do lar. Antecedente de depressão e toxoplasmose ocular.

Iniciou com urgência/ incontinência vesical e sensação de resíduo pós miccional. Quadro de início insidioso e progressivo com piora evidente a cada infecção do trato urinário.

Urodinâmica evidenciou acontratilidade do músculo detrusor e sensibilidade reduzida. Demais exames sobre o trato urinário estavam normais. Ressonância magnética nuclear de medula não de-

Trabalho realizado no Hospital Cruz Vermelha de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

1 - Médico Neurologista do Hospital Nossa senhora das Graças.

2 - Acadêmico de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

teceu alterações. Exames laboratoriais descartavam anemia, deficiência de vitamina B12 e folato, diabetes, sífilis e HIV. Não apresentava alterações nas pesquisas de doenças autoimunes. Foi introduzida cateterização vesical de alívio e outras medidas para evitar infecção e piora do quadro.

Após seis meses evoluiu com comprometimento motor de membros inferiores. Ao exame, apresentava paraparesia, hiperreflexia e sinal de Babinski presente bilateralmente. Não apresentou queixa ou alteração de exame físico a respeito da sensibilidade.

A pesquisa para HTLV-1 e 2 no sangue mostrou-se positiva para HTLV-1, tanto ELISA como Western Blot. A análise do líquido, aumento discreto de células à custa de monócitos com sorologia para HTLV-1 positiva.

A paciente mostrou melhora parcial do quadro motor com uso de prednisona e fisioterapia, entretanto sem alteração vesical e mantendo recorrência de infecções do trato urinário.

DISCUSSÃO

A incidência da infecção pelo HTLV-1 é de cerca de 2% na América do Sul. O número de casos é variável por estado, sendo endêmico nos estados do norte e Nordeste do país.¹³ Na região sul a prevalência dessa doença é de apenas 0,08%.¹⁴ A prevalência também é maior em adultos do que em crianças.⁶ A transmissão se dá por forma parenteral, de mãe pra filho, principalmente através da amamentação, e através de relações sexuais, sendo a última a mais frequente, principalmente do homem para a mulher.^{12,13}

A Paraparesia Espástica Tropical é causada por uma resposta imune exacerbada contra o agente agressor que pode comprometer o sistema nervoso do hospedeiro. Isso ocorre devido à migração de linfócitos infectados para o interior do sistema nervoso central, que liberam citocinas e outros fatores neurotóxicos que causam lesões no parênquima nervoso.^{6,13}

Da mesma maneira que a paciente do relato, se comparado com os soronegativos, os pacientes infectados apresentam maior probabilidade de desenvolvimento de infecções do trato urinário alto e baixo e artrite.¹² Não está bem esclarecido de que forma o vírus pode resistir ou não à resposta imunológica.

A inervação somática da bexiga se dá através do nervo pudendo e é responsável pela sua contração voluntária. A inervação parassimpática é feita pelos nervos esplâncnicos e promove a micção através da contração do músculo detrusor. Finalmente, o sistema simpático, composto pelos nervos hipogástricos, mantém a continência urinária, relaxando o detrusor. Com base nisso, podemos classificar quatro tipos de bexiga neurogênica, com uma atividade maior ou menor do esfíncter e do detrusor.¹

O tipo causado pelo vírus HTLV-1 é relacionado com hiperreflexia do detrusor e hipertonia do esfíncter.¹ Sendo assim, nas fases mais precoces ocorre noctúria, urge incontinência urinária e disúria. Nas fases seguintes, entretanto, ocorre sensação de esforço miccional e esvaziamento vesical incompleto.^{9,13}

Vale ressaltar que entre os pacientes soropositivos, embora a principal forma de acometimento vesical seja a bexiga neurogênica, essa não é a única. Existem estudos que mostram que a presença de sensibilidade vesical aumentada também é importante, atingindo cerca de 20% dos pacientes com sintomas nesse órgão.¹¹

Embora a paciente apresente quadro compatível com hiperatividade vesical, a sensibilidade era diminuída, fato que é pouco encontrado nesses pacientes.

A maioria dos pacientes acometidos com bexiga neurogênica são mulheres. Quanto aos sintomas relacionados às vias motoras e sensitivas, existem relatos frequentes de parestesia e paresia piramidal de membros superiores e inferiores.⁸ O acometimento dos membros inferiores se mostrou presente neste caso seis meses após o início do comprometimento vesical.

O diagnóstico da infecção pelo vírus HTLV-1 é feito principalmente pela análise de amostras de sangue e líquido.⁴ Inicialmente são realizados exames de triagem como imunoenaios enzimáticos ou testes de aglutinação. No caso de resultado positivo é realizado o teste de Western Blot ou imunofluorescência indireta, mais específicos, para confirmação. A diferenciação entre o tipos 1 e 2 do vírus é feita através do PCR.¹⁵ Exames de imagem como a ressonância nuclear magnética pode mostrar atrofia da medula torácica, porém em até 14% dos casos a exame é normal.^{7,13} Na paciente, o diagnóstico foi feito pela análise do sangue e líquido. Já a ressonância magnética de medula não mostrou qualquer alteração.

O tratamento da infecção pode ser feito através de glicocorticóides, antirretrovirais e até heparina e vitamina C.⁶ Quando ocorre acometimento vesical pode ser necessária a cateterização com uso concomitante de antibiótico profilático para infecções urinárias.⁷ O uso de terapia com corticóides mostrou apenas uma melhora parcial no déficit motor sem alterar o quadro urinário.

CONCLUSÃO

A importância de ter em mente a possibilidade da infecção por HTLV em pacientes com disfunção vesical é importante, mesmo que a manifestação motora, a qual dá o nome à doença, não esteja presente. Desta maneira, a busca através de análise do sangue e líquido é fundamental, já que exames de imagem podem ser normais.

Caggiano CCC, Torres FACF, Teixeira RW. HTLV-1 in Curitiba expressing neurogenic bladder as first symptom. *Rev. Méd. Paraná*, Curitiba, 2015;73(1):36-38.

ABSTRACT - Objective: To relate the case of a patient from Paraná seropositive for HTLV-1 who had as first symptom just neurogenic bladder. Case report: The patient started with urge-incontinence and sense of post-void residual urine. At the urodynamic was revealed a not contractile detrusor and decreased sensitivity. After six months, happened paraparesis and hyperreflexia of lower members and Babinski sign. ELISA and Western Blot were positives for HTLV-1. Cerebrospinal fluid analysis showed positive serology for HTLV-1. Discussion: The prevalence of HTLV-1 is 0,08% in south region. Its main form of vesical involvement is neurogenic bladder with increased sensitivity; in the event happened decreased sensitivity. Involvement of lower members is often, however it occurred after six months since the first symptoms. Imaging tests show marrow atrophy, but they were normal in this patient. Conclusion: HTLV-1 infection should be consider in patients with bladder dysfunction. Laboratory analyses are imperative, since imaging tests may be normal.

KEYWORDS - Human T-lymphotropic Virus, HTLV-1, Neurogenic Urinary Bladder.

REFERÊNCIAS

1. Amorim R. Reeducação Vesico-Esfinteriana. *Nascer e Crescer*, 2008, 15(4): 262-4
 2. Bangham CRM, Osame M. Cellular immune response to HTLV-1. *Oncogene*, 2005, 24: 6035-46
 3. Barnard RT, Hall RA, Gould EA. Expecting the Unexpected. *Expert Rev Mol Diagn*, 2011, 11(4): 409-423
 4. Bertolatus JA. Kidney Transplant Recipient with HTLV-1 or HTLV-2? *Medscape*, 2001, 20.
 5. Bittencourt AL, Primo J, Oliveira MFP. Manifestações infanto-juvenis da infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV-I). *J Pediatr*, 2006, 82(6):411-20
 6. Carneiro-Proietti ABF, Ribas JGR, Catalam-Soares BC, Martins ML, Brito-Melo GEA, Martins-Filho OA, et al. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2002, 35(5): 499-508
 7. Castro-Costa CM, Araújo AQC, Menna-Barreto M, Oliveira ACP. GUIA DE MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE COM HTLV Aspectos neurológicos. *Arq Neuropsiquiatr*, 2005, 63(2-B): 548-51
 8. Costa DT, Santos ALMA, Castro NM, Siqueira IC, Carvalho-Filho EM, Glesby MJ. Neurological symptoms and signs in HTLV-1 patients with overactive bladder syndrome. *Arq Neuropsiquiatr*, 2012, 70(4): 252-6
 9. Foon R, Drake MJ. The Overactive Bladder. *Ther Adv Urol*, 2010, 2(4): 147-155
 10. Gascón MRP, Capitão CG, Nogueira-Martins MGF, Casseb J, Oliveira ACP. Impotência e Desamparo: Reflexões acerca de pais com HAM/TSP no contexto do HTLV. *Rer Panam Infectol*, 2011, 13(3): 36-41
 11. Lima-Júnior PRC, Nunes RF, Ferreira MLB, Ataíde-Jr L, Lima PRC. Prevalência dos sintomas urinários e achados urodinâmicos em pacientes infectados pelo vírus htlv-1, sintomáticos e assintomáticos em hospital universitário de Pernambuco. *Rev Cienc Med Pernambuco*, 2011, 7(2).
 12. Murphy EL, Wang B, Sacher RA, Fridey J, Smith JW, Nass CC, et al. Respiratory and Urinary Tract Infections, Arthritis, and Asthma Associated With HTLV-I and HTLV-II Infection. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10(1)
 13. Romanelli LCF, Caramelli P, Proietti ABFC. O vírus linfotrópico de células t humanas tipo 1 (htlv-1): quando suspeitar da infecção? *Rev Assoc Med Bras*, 2010, 56(3): 340-7
 14. Santos FLN, Lima FWM. Epidemiologia, fisiopatologia e diagnóstico laboratorial da infecção pelo HTLV-I. *J Bras Patol Med Lab*, 2005, 41 (2): 105-16.
-

TUMOR CÍSTICO PARATESTICULAR NA INFÂNCIA.**PARATESTICULAR CYSTIC TUMOR IN CHILDHOOD.**Francisco Carlos **YOKOYAMA**¹, Gilberto **PASCOLAT**², André Luis Fortes **ALVES**³,
Flávia Natália Marques **KINGERSKI**¹, Thais Dias **CÔRTE**¹.

Rev. Méd. Paraná/1369

Yokoyama FC, Pascolat G, Alves ALF, Kingerski FNM, Côrtes TD. Tumor cístico paratesticular na infância. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):39-42.

RESUMO - Na oncologia pediátrica, os tumores de testículo são exemplos de neoplasias que apresentam padrão bimodal de incidência, com um pico em crianças de 2 a 4 anos e outro em adolescentes. Os tumores de testículo são raros e correspondem a 1-2% dos tumores sólidos pediátricos nos meninos. O objetivo do artigo é relatar um caso de tumor paratesticular benigno com apresentação e faixa etária atípicas e demonstrar a importância de seu conhecimento para o diagnóstico e tratamento adequados. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a mãe do paciente, registro fotográfico dos métodos e revisão da literatura. O paciente recebeu o diagnóstico de tumor cístico paratesticular, sendo submetido o tratamento definitivo através de exérese do material, sendo preservados ambos os testículos. O caso relatado se apresenta fora do pico epidemiológico e da apresentação clínica mais comum.

DESCRITORES - Doenças Testiculares, Cisto Paratesticular, Pediatria.

INTRODUÇÃO

Na oncologia pediátrica, os tumores de testículo são exemplos de neoplasias que apresentam padrão bimodal de incidência, com um pico em crianças e outro em adolescentes^{1,3}. Embora raros, esses tumores possuem características clínicas, epidemiológicas, histológicas e comportamento biológico distintos nas diferentes faixas etárias⁴. Com uma incidência anual de 0,5 a 2/100.000 meninos², os tumores de testículo são raros e correspondem a 1-2% dos tumores sólidos pediátricos deste sexo², dos quais cerca de 95% dos tumores são benignos e, nos pós-puberes, cerca de 19% destes apresentam metástases. Nesse grupo, os tumores apresentam características biológicas que os diferenciam das neoplasias do adulto e, por isto, devem ser estudados à parte.

Os tumores de testículo constituem um grupo heterogêneo, com neoplasias de comportamento biológico, histológicos e prognósticos distintos e são divididos em duas categorias principais: tumores de células germinativas (TCGs) e tumores não

germinativos-derivados do estroma ou cordão espermático.⁵ Na região paratesticular predominam os rabdmiossarcomas (RMSs), tumores malignos originados de célula mesenquimal primitiva. Além dos tumores testiculares e paratesticulares, há descrição dos chamados pseudotumores ou proliferações tumorais.

Clinicamente, essas lesões (cistos, lesões vasculares, lesões inflamatórias) são de suma importância, uma vez que possui topografia semelhante, representando importante diagnóstico diferencial de tumores.⁶

Neste artigo será relatado um caso de tumor cístico paratesticular em pré-pubere e discutido as principais massas testiculares na faixa pediátrica, suas apresentações clínicas e características ultrassonográficas.

RELATO DE CASO

Masculino, lactente de sete meses de idade, foi atendido, acompanhado por sua mãe, no pronto-socorro pediátrico do Hospital Universitário Evan-

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba – PR, Brasil.

1 - Médicos residentes de pediatria.

2 - Coordenador da residência de pediatria.

3 - Cirurgião Pediátrico do HUEC.

gélco de Curitiba (HUEC). A queixa principal da mãe era a presença de um nódulo testicular direito associado a pilificação, notada há 1 mês, em bolsa escrotal. Afirma que no início havia apenas um pêlo e percebeu aumento da quantidade progressiva no último mês. Negava evidência de dor durante mobilização local ou presença de sinais flogísticos e qualquer outro sintoma associado.

Paciente nasceu de parto cesáreo (apresentação pélvica), a termo, peso ao nascer de 3.080 gramas, estatura: 50 cm. Recebeu alta com 48 horas de vida, sem intercorrências durante internamento. Em relação ao seu desenvolvimento neuropsicomotor, paciente sustentava a cabeça desde os três meses. Sentava sem apoio por curto período de tempo.

Mãe negava doenças, internamentos ou cirurgias prévias do filho. Com relação a história familiar mãe 38 anos de idade relatava ter asma e pai, 31 anos, hígido. Possuía 2 irmãs por parte de mãe – 15 e 10 anos – ambas hígidas. Avós maternos falecidos com cerca de 60 anos devido Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Avós paternos hígidos. Negava história de câncer na família. Carteirinha vacinal encontrava-se em dia.

Residia com pais e irmãs em casa de alvenaria. Frequentava creche desde os 4 meses. Não teve aleitamento materno. Alimentava-se bem e recebia fórmula do segundo semestre.

Ao exame físico, paciente apresentava-se com peso de 7,660 quilos, estatura: 61,5 cm .

Exame geral sem alterações. Bolsa escrotal direita com presença de discreta pilificação escura, espessa. Testículo direito aumentado de tamanho -3X3 cm - e testículo esquerdo sem alterações. Transiluminação testicular positiva.

A primeira hipótese diagnóstica levantada foi de massa testicular a esclarecer, evidenciada durante exame físico por bolsa escrotal direita com presença de discreta pilificação escura e espessa e testículo direito aumentado de tamanho -3X3 cm, notada durante palpação. Para elucidar o diagnóstico, foram solicitados ultrassonografia testicular, marcadores tumorais – alfafetoproteína, LDH e betahcG. Em relação aos exames laboratoriais, mostrou-se um LDH de 652U/l (VR: 313-616), alfafetoproteína de 7,62 (VR: 7,22) e betahcG negativos. Na ultrassonografia de bolsa escrotal com Doppler, foi obtido o seguinte laudo: testículo esquerdo com forma, contornos e ecotextura normais. Parênquima testicular a esquerda é homogêneo, aparentemente sem sinais de nódulos, cistos, calcificações ou qualquer outra alteração focal ou difusa demonstrável pelo método. Testículo direito aumentado a custa de lesão cística com septações periféricas medindo 17 X 15 X 13 mm e fluxo periférico ao estudo com Doppler colorido (Fig. 1). Sem sinais de hidrocele ao estudo.

FIGURA 1 – LESÃO CÍSTICA PARATESTICULAR DIREITA COM SEPTAÇÕES PERIFÉRICAS.



Para descartar presença de metástases ou alterações associadas, foi solicitada uma tomografia de abdome sem contraste, não sendo evidenciada qualquer alteração. Para elucidação diagnóstica e com finalidade terapêutica, paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de exereses do material e encaminhamento a exame histopatológico. Para a realização de exame anátomo-patológico foram obtidos materiais para análise de congelação e análise histológica. Para o exame de congelação foram enviados os seguintes materiais: 1 – Tumor cístico do testículo direito e 2 – Parênquima do testículo direito, ambos negativos para malignidade.

Para o diagnóstico histológico, foram enviados: 1– Tumor cístico de testículo direito e 2 – Tumor cístico de testículo direito, biópsia do parênquima. A macroscopia dos materiais apresentava a seguinte descrição: 1 – Material representado por fragmento irregular de tecido acastanhado, elástico, liso e opaco, medindo em conjunto 0,6X0,5X0,3 cm e 2 - Material representado por fragmento irregular de tecido acastanhado, elástico, liso e opaco, medindo em conjunto 1,0X1,0X0,5 cm. O diagnóstico histológico obtido foi o seguinte: 1 – Cisto paratesticular simples e 2 – Parênquima testicular preservado com cisto paratesticular.

O paciente recebeu o diagnóstico de tumor cístico paratesticular, de característica benigna, recebeu tratamento definitivo com exereses do material, sendo preservados ambos os testículos. Não necessitou de tratamento adjuvante, apenas analgesia. Paciente recebeu alta hospitalar após um dia do procedimento cirúrgico, em bom estado geral, com orientações gerais e retorno com acompanhamento ambulatorial semestral.

DISCUSSÃO

As neoplasias representam mais de 20% de todas as doenças testiculares e paratesticulares na infância. No entanto, são raros e constituem 1% do total de tumores sólidos pediátricos, com uma incidência anual de 0,5 a 2/100000 meninos². Apresenta um pico entre 2-4 anos, decaindo progressivamente, com aumento de sua incidência em adultos jovens. O paciente em questão se encontra fora do período mais comum – sete meses de idade –, sendo considerado precoce. Tumores testiculares são dez vezes menos frequente em crianças do que após a puberdade, uma vez que estes apresentam uma incidência de 5,4 por 100.000 adultos^{7,8}. Em contraste com os tumores testiculares em homens, sua apresentação em pré-púberes é geralmente benigna, além de apresentar tipos histológicos predominantes diferentes. Em particular, massas císticas intratesticulares em crianças são benignas em mais de 95% de casos. Com relação ao diagnóstico anatomo-patológico, o caso relatado é enquadrado no tipo mais comum, uma vez que apresentava características de benignidade.

Uma entidade testicular que merece atenção são as lesões pseudotumorais (massas não neoplásicas). Clinicamente, estas lesões (cistos, vascular, inflamatória, ou lesões hiperplásicas) são de grande interesse devido a sua topografia pela possibilidade de se apresentarem como diagnósticos diferenciais. Existem muitas lesões que podem simular uma neoplasia no testículo ou estruturas paratesticulares.^{9,10} Sua incidência entre tumores que surgem dentro do saco escrotal varia de acordo com diferentes séries entre 6 a 30%. Podem ser divididas entre as que se assemelham macroscopicamente ou microscopicamente a uma neoplasia.^{6,11} Nessa subdivisão das massas testiculares podemos enquadrar o caso do paciente, pois apresentava-se como uma lesão cística paratesticular.

Com relação as manifestações clínicas das massas testiculares/paratesticulares, diferenças podem ocorrer de acordo com o tipo histológico do tumor. Em geral, manifestam-se como uma massa palpável, indolor, sem outros sintomas associados. Em 15-50 % dos casos pode ocorrer hidrocele associada. Nesses casos, ao exame físico se notará uma transluminação positiva. De acordo com a literatura, raros casos são associados a sinais de virilização ou puberdade precoce e, quan-

do surgem, estão correlacionados a tumor de células de Leydig ou Sertoli.² A forma de apresentação da massa do caso em questão se encaixa na clínica mais frequente encontrada, que é a de uma massa palpável e indolor. Porém, ao exame físico uma manifestação atípica de cisto foi o achado de pilificação em bolsa escrotal, mais encontrado em tumor de células de Leydig.

A ultrassonografia com transdutor de alta frequência tornou-se a modalidade de imagem de escolha para a avaliação desses órgãos. Este método ajuda a melhor caracterizar lesões intratesticulares e, em muitas situações, sugere um diagnóstico mais específico, principalmente nos casos em que há manifestações clínicas similares, tais como dor, inchaço e aumento volumétrico local. Na ultrassonografia, o testículo normal é ecóico, ovalado, com textura granular. O mapeamento com Doppler colorido é uma ferramenta importante para demonstrar padrões anormais de perfusão testicular e auxilia no diagnóstico de condições clínicas agudas. A familiaridade com as características ecográficas e clínicas das alterações testiculares é essencial para o estabelecimento do diagnóstico correto e início da terapêutica mais eficaz, quando necessária.⁴ A ultrassonografia do caso relatado era inespecífica, porém sugestiva de massa cística.

A tomografia computadorizada é, provavelmente, o exame mais usado para avaliar o retroperitônio quanto à presença de neoplasia testicular metastática. A tomografia do paciente relatado não demonstrou qualquer alteração sugestiva de metástase, corroborando sua benignidade.

O achado de tumor cístico simples de testículo (pseudotumor) é bastante raro. Desde o primeiro caso descrito por Schmidt¹, em 1966, poucos outros casos foram publicados. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, desde neonatos² até idosos^{3,4}. A origem destes cistos permanece imprecisa e diversos autores têm considerado três fatores causais: anomalia congênita, trauma ou infecção. Possivelmente, há superposição de dois ou mais fatores^{3,5,6}.

Apesar dos tumores testiculares/paratesticulares representarem entidades pouco frequentes na infância, seu conhecimento é de grande relevância para diagnóstico e tratamento adequados. Devido sua escassa incidência, guias terapêuticos são raros. Identificar cistos e massas benignas corretamente é de suma importância, a fim de se evitar orquiectomias desnecessárias.

Yokoyama FC, Pascolat G, Alves ALF, Kingerski FNM, Côrtes TD. Paratesticular cystic tumor in childhood. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):40-43.

ABSTRACT - In pediatric oncology, testicular tumors are examples of cancers that have bimodal pattern of incidence, with a peak in children 2-4 years and another in adolescents. Testicular tumors are rare and account for 1-2% of pediatric solid tumors in boys. The main objective is to report a case of benign paratesticular tumor with atypical presentation and age and demonstrate the importance of their knowledge for diagnosis and treatment. Data were obtained through patient chart review, interview with the patient's mother, photographic record of the methods and

literature review. The patient was diagnosed with paratesticular cystic tumor and underwent definitive treatment by removal of material, being preserved both testicles. The case report is presented outside the epidemiological peak and the most common clinical presentation.

KEYWORDS - Testicular Disorders, Cyst Paratesticular, Pediatrics.

REFERÊNCIAS

1. Schneider DT, Calaminus G, Koch S, Teske C, Schmidt P, Haas RJ, et al. Epidemiologic analysis of 1,442 children and adolescents registered in the German germ cell tumor rotocols. *Pediatr Blood Cancer*. 2004;42:169-75.
 2. Metcalfe PD, Farivar-Mohseni H, Farhat W, McLorie G, Khoury A, Bägli DJ. Pediatric testicular tumors: contemporary incidence and efficacy of testicular preserving surgery. *J Urol*. 2003;170:2412-6
 3. Terenziani M, Piva L, Spreafico F, Salvioni R, Massimino N, Luksch R, et al. Clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis in childhood and adolescence: an analysis of 31 cases. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2002;24:454-8.
 4. Ahmed HU, Arya M, Munner A, Mushtaq I, Sebire NJ. Testicular and paratesticular tumours in the prepubertal population. *Lancet Oncol*. 2010;11:476-83.
 5. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editors. *World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs*. Lyon: IARC Press; 2004.
 6. Haas GP, Shumaker BP, Cerny JC (1986) The high incidence of benign testicular tumors. *J Urol* 136:1219-1220
 7. Pohl HG, Shukla AR, Metcalf PD, Cilento BG, Retik AB, Bagli DJ, et al. Prepubertal testis tumors: actual prevalence rate of histological types. *J Urol* 2004;172:2370e2.
 8. Oottamasathien S, Thomas JC, Adams MC, DeMarco RT, Brock JW 3rd, Pope JC 4th. Testicular tumours in children: a single institutional experience. *BJU Int*. 2007; 99(5):1123-6.
 9. Einstein DM, Paushter DM, Singer AA, Thomas AJ, Levin HS (1992) Fibrotic lesions of the testicle: sonographic patterns mimicking malignancy.
 10. Dixon AK, Ellis M, Sikora K. Computed tomography of testicular tumors: distribution of abdominal lymphadenopathy. *Clin Radiol* 1986; 37(6):519-52
 11. Collins DH, Pugh RC (1964) Classification and frequency of testicular tumors. *Br J Urol* 36(Suppl):1-11 [PubMed]
-

Atendimento particular com valor reduzido?



Para quem não quer depender do SUS e não pode ou não quer pagar um plano de saúde, o SINAM é a solução.

Sem mensalidades, você pode escolher os médicos referenciados pela Associação Médica do Paraná para receber atendimento de consulta particular.



Rua Cândido Xavier, 561 - Água Verde - Curitiba - (41) 3019-8689



Médico
Profissional
de valor
