

# Médica REVISTA

Hospital São Vicente de Paulo — Passo Fundo — RS



## HOSPITAL

### SÃO VICENTE DE PAULO

#### Presidente

Felice Sana

#### Vice-Presidente

Plínio Grazziotin

#### 1º Secretário

Adão Hugo Medina

#### 2º Secretário

Cláudio Chiaradia

#### 1º Tesoureiro

Dionísio Tedesco

#### 2º Tesoureiro

Paulo Dalla Nora

#### Diretor Médico

Dr. Rudah Jorge

#### Administrador

Bel. Ilário Jandir de David

#### Chefe de Enfermagem

Ir. Carmelina Pelegrini



#### Editores Associados

Dr. Claudio Albano Seibert

CREMERS 6192

Dr. Diógenes Luiz Basegio

CREMERS 11.695

#### Conselho Editorial:

Dr. Cesar Pires

CREMERS 14.929

Dr. Glênio Spinato

CREMERS 15.627

Dr. Sérgio R. Fuentefria

CRF-RS 2060

Dr. José Oliveira Calvete

CREMERS 7601

#### Jornalista Responsável

Bel. Paulo Cesar Rigon

Reg. MTB/RS 6071

#### Endereço.

Rua Teixeira Soares, nº 808

Cx. P. 33 - Passo Fundo - RS.

#### Composição e Impressão:

Gráfica e Editora Berthier

Tiragem: 1.500 exemplares, com circulação dirigida e distribuição gratuita.

## Editorial

Desde a sua instituição, em março de 1989, a *REVISTA MÉDICA* do Hospital São Vicente de Paulo constitui-se em significativo espaço para publicação de artigos científicos, tanto para os mais experientes, quanto para aqueles que estão em fase de formação.

A importância da *Revista Médica* se distingue na medida em que, neste curto período, superou diversas etapas desde a sua implantação, até o estabelecimento de um padrão gráfico.

Ao lançarmos a 5ª edição, mais uma vez, agradecemos o esforço e a colaboração dos autores.

Os Editores



## Índice

- 6** Cálculo Ureteral Retirada por Ureteroscopia

---

- 10** Resistência dos *Staphylococcus aureus* aos Antibióticos

---

- 13** Sequelas pós queimaduras

---

- 15** Neurocisticercose: Diagnóstico e Tratamento

---

- 19** Prevalência de indicadores de alcoolismo em 200 pacientes adultos internados em Hospital Geral

---

- 23** Cirurgia Ortognática de Prognatismo

---

- 26** Hemorragia Digestiva Alta

---

- 29** A queixa principal da mulher dados do IGOPAM

# Cálculo Ureteral

## Retirada por Ureteroscopia \*

Eduardo Scortegagna  
 Maria Cecília Almeida  
 Mário Franciosi.

### RESUMO

Foram realizados 22 procedimentos de Ureteroscopia para retirada de cálculos ureterais em nossa Instituição, entre janeiro e dezembro de 1989. Na grande maioria dos casos, o meato ureteral não foi dilatado. Meatotomia fez-se necessária em apenas 2 casos, na presença de meato puntiforme. O procedimento foi realizado no bloco cirúrgico, sem controle fluoroscópico devido à falta deste equipamento na sala cirúrgica.

Ureteroscopia mostrou-se de grande utilidade na remoção de cálculos ureterais baixos, onde o sucesso obtido foi de 91%, comparando com a retirada às cegas (sonda Dormiá) entre 40 e 59%, e pouco abaixo da literatura mundial, que é algo ao redor de 99%.

O tempo médio de internação foi de 3 dias, variando de 1 a 14 dias. O procedimento tem-se mostrado eficaz e com significativa adição ao arsenal terapêutico urológico.

A Ureteroscopia está sendo a técnica de escolha para remoção de cálculos na porção distal do ureter.

### UNITERMOS:

- TRATAMENTO ENDOSCÓPICO
- URETEROSCOPIA
- CÁLCULO URETERAL

### KEY WORDS:

- ENDOSCOPIC
- TREATMENT
- URETEROSCOPY
- URETERAL CALCULI

### URETEROSCOPIA

A Ureteroscopia aumentou a importância do diagnóstico e tratamento dos problemas que atingem o trato urinário. A segurança, facilidade e eficácia em visualizar diretamente a luz ureteral do trato urinário alto, possibilitou o desenvolvimento da ureteroscopia rígida e das técnicas de dilatação ureteral. (8) (Fig. 1). É usada, mais comumente, para tratamento da doença calculosa urinária, porém tem indi-

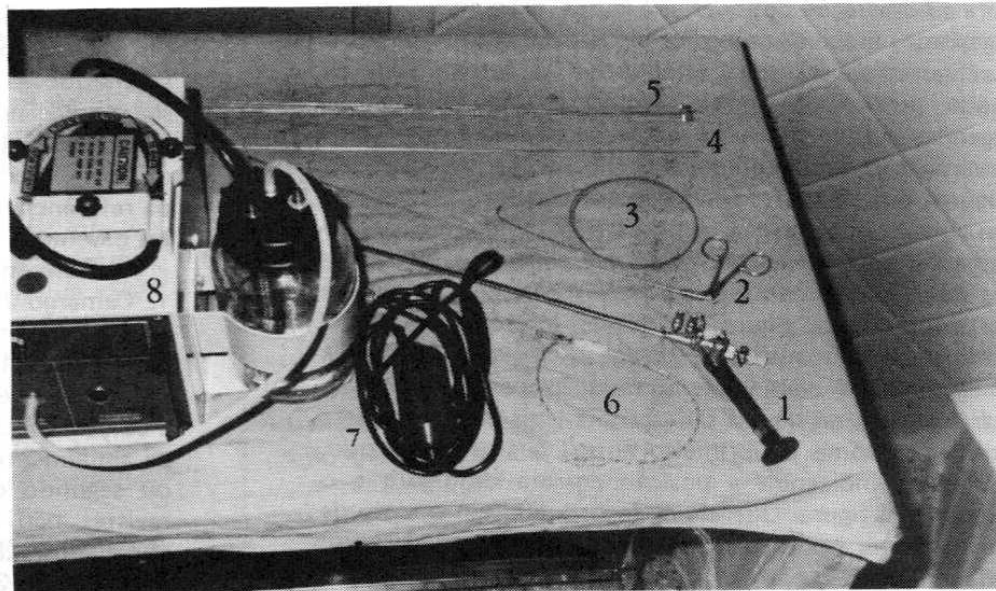


FIG. 1 - Mesa com material usado para ureteroscopia

- 1 - Ureteroscópio rígido
- 2 - Pinça retirada corpo estranho
- 3 - Fio guia
- 4 - Probe do ultra-som
- 5 - Dilatadores ureterais
- 6 - Sonda de Dormiá
- 7 - Fonte geradora do ultra-som
- 8 - Máquina fragmentação e aspiração.

\* Trabalho Realizado no Instituto de Urologia de Passo Fundo e Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo - RS.

cações que incluem o diagnóstico e o tratamento da hematúria, diagnóstico e tratamento dos tumores de células transitórias, diagnóstico e tratamento de estenoses ureterais, diagnóstico de defeito de enchimento no ureter.

As técnicas de remoção de cálculos ureterais consistem primariamente em retirada transuretral às cegas com sonda Dormiá e ureterolitotomia (cirurgia aberta). Com o desenvolvimento e uso corrente da ureteroscopia, estes dois métodos foram relegados a segundo plano, porém úteis em algumas circunstâncias. (2, 3, 6)

Em cálculos ureterais, na porção proximal do ureter, a melhor opção terapêutica seria empurrar o cálculo para dentro da pelve renal e, aí, por cirurgia percutânea, retirá-lo ou bombardeá-lo com máquinas de ondas de choque, as quais dispensam qualquer procedimento invasivo, inclusive anestesia.

O uso destas máquinas, para cálculos que estão dentro do ureter, ainda é restrito, visto que necessitam de uma interface com líquido para destruí-los. (1, 3)

A ureteroscopia está indicada àqueles pacientes portadores de cálculos, que apresentem dor intratável, febre, infecção e obstrução severa. A falta de migração do cálculo na porção distal do ureter e a ocupação do

paciente (piloto, aeromoças) são fatores também considerados. (2, 3, 4)

A seguir, resumiremos a nossa experiência na retirada de cálculos ureterais por esse método.

## MATERIAL E MÉTODO:

A técnica de ureteroscopia é relativamente fácil. O paciente é colocado em decúbito dorsal, com a perna do lado do cálculo fletida sobre a coxa e apoiada em perneira, e a contralateral estendida sobre a outra perneira facilitando assim o acesso cirúrgico.

O controle fluoroscópico, durante o procedimento, não foi utilizado devido à falta deste no bloco cirúrgico.

A anestesia geral foi utilizada na maioria dos casos (73%), sendo bloqueio peridural em 6 casos (27%).

O ureteroscópio ascende pela uretra até a bexiga, onde se localiza o meato ureteral em questão. Passa-se o guia metálico pelo canal acessório do ureteroscópio e tenta-se "negociar" a passagem pelo meato ureteral, sem dilatá-lo (Fig. 2). Em 2 casos não tivemos sucesso, sendo então realizada meatotomia para poder subir pelo ureter até alcançar o cálculo. Após visualizar-se o cálculo dentro do ureter, observa-se seu tamanho, forma e posi-

ção, a fim de avaliar a possibilidade de sua retirada sem fragmentação. Se esta for necessária, usa-se um probe pela via principal do ureteroscópio, encostando a ponta no cálculo. Ondas de ultra-som são disparadas até quebrá-lo. Os fragmentos e/ou o cálculo inteiro são retirados com pinças ou sonda de cesta (Dormiá) sob visão direta.

Terminado o procedimento, o ureter é revisado na busca de fragmento ou de lesão da mucosa ureteral. Na presença dessa, deixa-se um catéter nº 5 ou 6 por 24-48 horas.

Antibiótico é usado rotineiramente, iniciando-se 2 horas antes do procedimento até 24 horas e/ou até retirada do catéter ureteral.

## RESULTADOS:

Num total de 22 pacientes submetidos a procedimentos ureteroscópicos, tivemos sucesso na retirada dos cálculos em 20 casos. Em 2 pacientes foi realizada ureteroscopia mas não foi possível chegar ao nível do cálculo (cruzamento dos vasos ilíacos). Nestes, a retirada dos cálculos foi feita por cirurgia aberta (ureterolitotomia). Um desses pacientes tinha piodrose associada, a qual foi solucionada com derivação interna (duplo jota), após

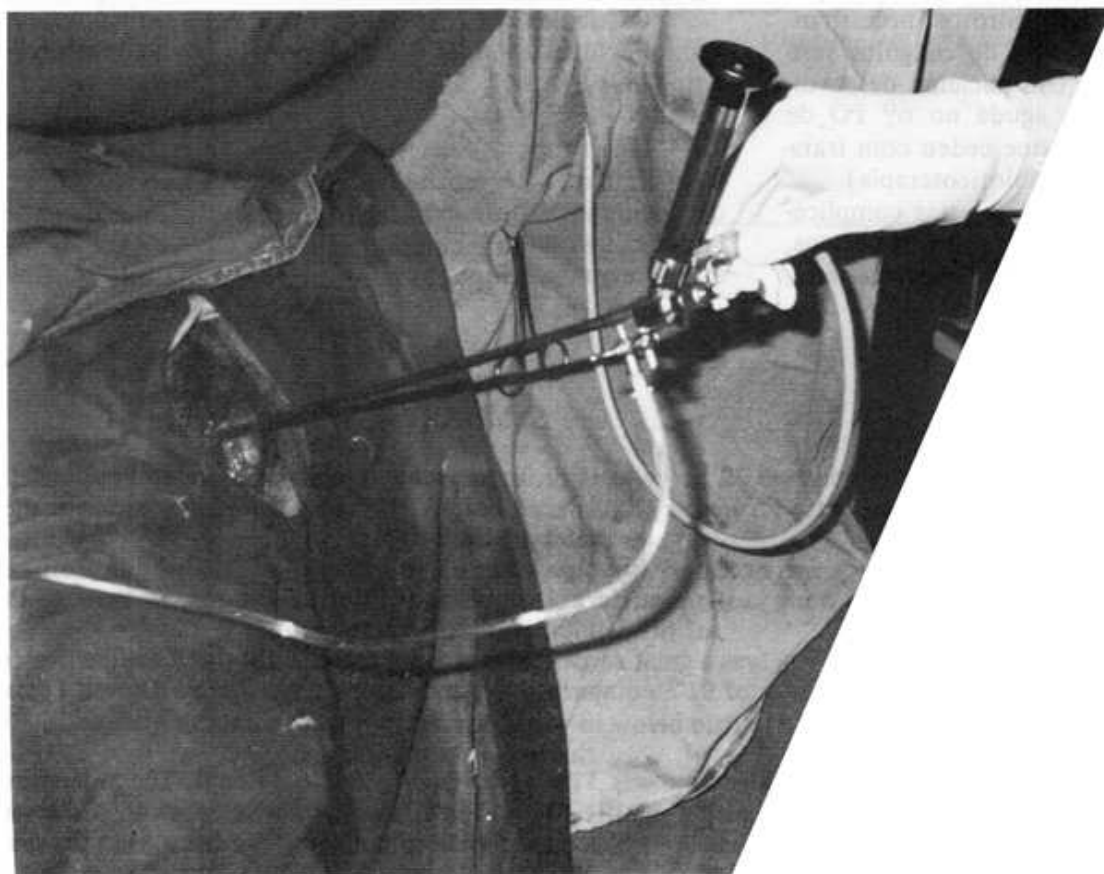


FIG. 2:

Paciente em  
posição  
iniciando  
o  
procedimento.

retirar o cálculo. Outro paciente apresentou estenose no local do cálculo, desenvolvendo, no pós-operatório, piónefrose, também resolvida com drenagem interna (duplo jota).

Em 22 ureteroscopias, 11 foram à esquerda e 11 à direita.

A idade média dos pacientes foi de 37 anos, variando entre 17 e 68 anos, sendo 12 homens e 10 mulheres.

Todos os casos dessa série foram realizados na tentativa de retirar os cálculos. As ureteroscopias para diagnóstico foram excluídas deste trabalho.

Todos os cálculos estavam localizados no ureter baixo, sendo que 5 estavam ao nível do cruzamento dos vasos ilíacos. O tamanho varia de 3 a 30mm, sendo 5 casos de 3 a 5mm; 13 casos 5 a 10mm e 4 casos com mais de 10mm.

O sucesso da retirada foi de 91%. Em 2 casos fez-se necessária remoção cirúrgica aberta devido à dificuldade em chegar-se ao nível do cálculo, devido à banda fibrosa abaixo deste. O tamanho deles era acima de 10mm, sendo 1 de 25mm e outro de 30mm.

As complicações ocorreram em 3 pacientes (13%). Um paciente teve avulsão de mucosa ureteral, que necessitou de reimplante vesíco-ureteral. Um paciente apresentou hematúria importante no 5º PO, em casa, por exercícios físicos rigorosos, necessitando de esvaziamento de coágulos vesicais com Ellik. Um paciente desenvolveu pielonefrite aguda no 6º PO de ureterolitomia que cedeu com tratamento clínico (antibioticoterapia).

Observou-se que estas complicações ocorreram nos primeiros casos, durante os 6 meses iniciais da série,

confirmando, assim, a curva do aprendizado. 4

A litotripsia ultrassônica usada para fragmentar os cálculos intra-ureterais fez-se necessária em 2 casos (9%).

As complicações tardias, como estenose do meato ureteral e/ou refluxo vesíco-ureteral são avaliadas, rotineiramente, por urografia venosa, feita 3 meses após o procedimento. Na nossa casuística não tivemos complicações tardias. O tempo de segmento máximo foi de 15 meses e o mínimo de 3 meses. Não tivemos perda de unidade renal nem mortalidade.

## DISCUSSÃO:

Com o advento da ureteroscopia e desenvolvimento dos ureteroscópios rígidos, e mais recentemente os flexíveis, houve a necessidade de que, além de diagnósticos, o procedimento oferecesse a possibilidade terapêutica. Diante disso, passou a ser usado para extração de cálculos ureterais. (3, 8).

A literatura aponta-nos os índices de sucesso nos procedimentos relacionados com a localização dos cálculos dentro do ureter. Os cálculos na porção proximal do ureter têm sucesso ao redor de 50%, os da porção média do ureter 88% e porção distal 99%. (1, 2, 4, 6).

Os nossos resultados estão bem próximos dos resultados da literatura. Atingimos 91% nos cálculos do ureter distal.

O tamanho do cálculo não é um fator limitante do procedimento, porque podemos lançar mão da fragmentação ultrassônica, embora sabendo que aumenta o tempo do procedimen-

volte para seu trabalho precocemente.

Os pacientes que realizam ureterolitomia permanecem hospitalizados até a retirada do dreno, quando cessa o vazamento de urina, ao redor do 4º a 7º PO. Esses pacientes apresentam, normalmente, maior morbidade e usam muito mais analgésicos.

A retirada endoscópica pela sonda de Dormiá (às cegas), tem uma evolução semelhante à ureteroscópica, porém com índice de sucesso bem menor, ao redor de 50%. (1)

A visualização direta do cálculo por ureteroscopia, auxilia-nos muito no fato de evitar lesão de mucosa ureteral, o que é mais comum nos métodos às cegas. (3).

Diante do exposto acima, preferimos realizar a retirada do cálculo sob visão direta (ureteroscopia).

Não realizamos ainda retirada endoscópica de cálculos em porção média e superior do ureter, porque sabemos que o índice de sucesso é bem menor e passível de maiores complicações, além, é claro, da dificuldade de se chegar à porção alta do ureter. Não dispomos de ureteroscópio flexível, o qual é fundamental quando se fragmentam os cálculos nesta localização, devido à migração dos fragmentos para dentro da pelve renal. (3, 5, 6)

Os cálculos que estão na porção alta do ureter, junto do rim, devem ser empurrados para a pelve renal e lá resolvidos, ou com ondas de choque ou por cirurgia percutânea do rim, esta disponível em nosso hospital. (4, 5)

to e o índice de complicações. (7)

As vantagens da ureteroscopia para retirada de cálculos inclui baixo tempo de permanência hospitalar, baixa morbidade com pouca dor pós-operatória, possibilitando que o paciente

## SUMMARY

It was accomplished 22 procedures of ureteroscopy to take out ureteral calculus in our institution, between January and December of 1989. In most of the cases, the meatus ureteral wasn't dilated.

A meatotomy was necessary in only two cases, in presence of meatus puntiforme. The procedure was done in the surgical block without fluoroscopic control through the lack of this equipment in the surgery room.

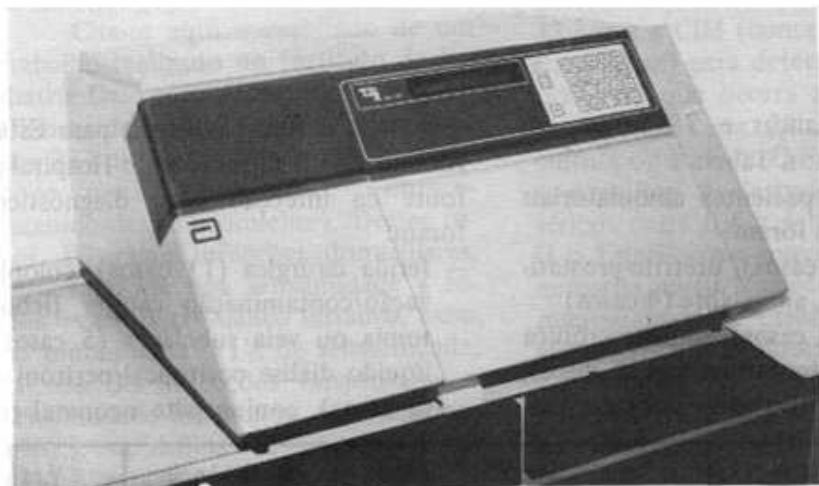
The ureteroscopy was a great success in removing the inferior distal ureteral calculus getting an average of 91% comparing to removing blindly (Bougie Dormiá) between 40 and 59% and a little below in world literature, that is something around 99% in the reference works.

The average hospitalar time was 3 days, varying from 1 to 14 days. The procedure has shown efficacy and with a significant addition to the therapeutical urological arsenal.

The Ureteroscopy has been a technical choice to removing the calculus in the distal portion of ureter.

**BIBLIOGRAFIA**

1. DRACH, G. N. Stone manipulation: modern usage and occasional mishaps. *Urology*, 12: 286, 1978.
2. HUFFMANN, J. L., Bagley, D. M. and Lyon, E. S. Treatment of distal ureteral calculi using ureteroscope. *Urology*, 20: 574, 1982.
3. KAHN, R. I., Endourological treatment of ureteral calculi. *J. Urol.*, 135: 239, 1976.
4. PÉREZ, Castro Ellendt and Martinez, Piñeiro, J. A. La ureterorrenoscopia transuretral. Um actual proceder Urologico. *Arch, Espanha, Urol.*, 33: 445, 1980.
5. NETO, Rodrigues, N. Jr. Endo-Urologia e Litotricia Extracorporea. *Ureterorrenoscopia*. Editado por G. E. de Faria, São Paulo, Pancast editorial, cap. 17, p. 211, 1987.
6. SEEGER, A. R., RITTENBERG, M. H., and BAGLEY, D. M. Ureteropyeloscopic Removal of ureteral calculi. *Urology*, 139: 1180, 1988.
7. STACKE, W. and MARBERGER, M. Late sequelal of the management of ureteral calculi with the ureterorrenoscope. *J. Urol.*, 136: 386, 1986.
8. WEINBERG, J. I., SNYDER, J. A., SMITH, A. D. Mechanical Extraction of stones with Rigid ureteroscopes. *Urol. Clin. N. Amer.*, 15: 339, 1988.



*O Laboratório de Análises Clínicas do Hospital São Vicente de Paulo tem, já em pleno funcionamento, o sistema TD<sub>x</sub>.*

*O Sistema TD<sub>x</sub> é um sistema automatizado, com tecnologia baseada em Imunoensaio de Polarização Fluorescente (FPIA), com capacidade de efetuar uma variedade de testes de laboratório. Dosagens para drogas terapêuticas, hormônios, bioquímica clínica, proteínas específicas e drogas tóxicas podem ser feitos neste instrumento altamente sofisticado e automatizado.*

# Resistência dos *Staphylococcus aureus* \* aos Antibióticos

Luiz A. Ecker

## RESUMO

Durante o período de 01 (um) ano (março de 1987 até março de 1988) foram catalogadas 150 culturas positivas para *S. aureus* coagulase positiva obtidas no laboratório de análises clínicas do H. S. V. P. – Passo Fundo.

Destas, 75 culturas eram de pacientes ambulatoriais e 75 de pacientes internados. Analisou-se a sensibilidade e resistência do *staphylococcus aureus* nessas culturas aos cinco antibióticos mais usados contra esse germe. Observou-se sensibilidade de 75,7% para a clindamicina, 84,3% para a cefalotina, 76,4% para a gentamicina, 87,7% para a amicacina, 2,8% para a oxacilina e de 100% para a vancomicina.

Discute-se os mecanismos de resistência do *S. aureus* aos antibióticos bem como o manejo sugerido para os casos de resistência a oxacilina e cefalotina.

### UNITERMOS:

- INFECÇÕES BACTERIANAS
- ANTIBIÓTICOS
- MICROBIOLOGIA

### KEY WORDS:

- BACTERIAL INFECTIONS
- ANTIBIOTICS
- MICROBIOLOGY

### MATERIAL

#### MÉTODOS E RESULTADOS

Durante o período de 1 ano, especificado acima, foram registradas 150 culturas positivas para *S. aureus* no laboratório de análises clínicas do HSVP – P. Fundo, sendo 75 em pacientes ambulatoriais e 75 em pacientes internados. Foram excluídas 10 culturas positivas porque não havia sido solicitado o antibiograma. A idade dos pacientes variou de 04 dias a 76 anos. Das 140 culturas positivas 65

foram em crianças e 75 foram em pacientes adultos. Tabela 1

Nos 75 pacientes ambulatoriais os diagnósticos foram:

- vaginite (7 casos), uretrite-prostatite (6 casos), amigdalite (4 casos)
- impetigo (3 casos), sinusite crônica (3 casos) Rinofaringites (30 casos), Otite supurativa (08 casos), conjun-

Nas culturas positivas para *Staphylococcus aureus* no HSVP adquiridas no Hospital a fonte da infecção e/ou diagnóstico foram:

- ferida cirúrgica (11 casos), colonização/contaminação catéter flebotomia ou veia subclávea (5 casos) líquido diálise peritoneal/peritonite (5 casos), conjuntivite neonatal (6

ANTIBIÓTICO	Sensibilidade nº casos	%	Resistência nº casos	%
Clindamicina	106	75,7	34	24,3
Oxacilina	04	2,8	136	97,2
Cefalotina	118	84,3	22	15,7
Gentamicina	107	76,4	33	23,6
Amicacina	123	87,7	17	12,3
Vancomicina	10	100%	—	—

FONTE: Serviço Análises Especializadas – SAE Hosp. São Vicente de Paulo.

TABELA 1 – 140 culturas positivas para *S. aureus*.

tivite (04 casos), outras (10 casos). (Swab nasofaríngeo de funcionários do centro obstétrico e berçário do HSVP).

Nesse grupo de pacientes observamos 97,2% de resistência à Oxacilina, 20% à clindamicina, 15% à cefalotina, 12% à amicacina, 20% à gentamicina.

casos), BCP hospitalar (3 casos), grande queimado (01 caso).

Nas infecções comunitárias e/ou de pacientes transferidos de outros hospitais da região e de Santa Catarina os diagnósticos foram:

- Abscessos (12 casos), Pneumonia com derrame pleural (5 casos), ven-

\* Trabalho realizado no Serviço de Pediatria Hosp. São Vicente de Paulo – Passo Fundo - RS

triculite com DVP (01 caso), osteomielite aguda-artrite séptica (16 casos).

Nos pacientes internados no HSVP, transferidos com infecções Estafilocócicas observamos sensibilidade de 85% para a clindamicina, 66% para a cefalotina e gentamicina, 85% para a amicacina, e apenas 2,8% para a oxacilina.

## DISCUSSÃO

Baseando-se no resultado de 140 culturas positivas para Estafilococo aureus, infecções estas adquiridas na comunidade, hospitais da região e no próprio Hospital S. Vicente de Paulo encontramos resistência de 97,2% para a oxacilina, 15,7% para a cefalotina, 24,3% para a clindamicina e 12,3% dos casos para a amicacina. Conclui-se que tratar infecções graves por staphylococcus aureus é um dilema para todos os médicos (1).

Cita-se aqui o resultado de um trabalho realizado no Instituto de Pediatria Dr. Pedro Alcântara – Hospital Clínicas de S. Paulo, onde foram obtidas 32 culturas positivas para Estafilococo aureus (septicemias, Broncopneumonias, osteomielite). Destes casos, 07 eram infecções domiciliares, observando-se boa sensibilidade a todos os antimicrobianos testados, exceto gentamicina: 71% de sensibilidade; já nas 25 infecções hospitalares a sensibilidade foi menor: – amicacina: (46%), cefalotina (35%), cefoxitina (71%), gentamicina (28%), Oxacilina (28%) – Sulfa-trimetoprim (53%) e

Rifampicina (75%). (7)

Desde a introdução da oxacilina para uso clínico nas infecções Estafilocócicas até 1980 os relatos de resistência a essa droga eram mínimos (0,5%). No entanto na última década acumulam-se trabalhos alertando os médicos sobre a crescente resistência do S. aureus aos antibióticos (oxacilina, cefalotina, gentamicina), especialmente o Estafilococo hospitalar inclusive o staphylococcus Epidermidis (2, 3).

### 1. Mecanismos de Resistência

a) **Produção das betalactamases** – que destroem o anel beta-lactâmico da oxacilina e cefalotina.

b) **Intrínseco**: mecanismo de resistência mediado por plasmídeos, proporcionando à bactéria resistência natural aos antibióticos.

c) **Tolerância**: Esse mecanismo foi recentemente descrito, sendo definido como a necessidade de CBM (conc. bactericida máxima) maior ou igual a 32 vezes a CIM (concentração inibitória mínima) para determinado antibiótico para que ocorra a lise de 99,9% das bactérias em 24h, num meio de cultura ou in vivo. O S. aureus sensível a oxacilina é destruído com níveis séricos entre 0,4 a 4 microgramas/ml, já o Estafilococo tolerante a oxacilina necessita níveis séricos entre 16 a 100 microgramas/ml. Esses níveis não são atingidos com as doses habituais (100 a 200 mg/kg/dia).

Os Estafilococos tolerantes a oxacilina ou cefalosporina produzem um fator inibidor da enzima autolítica bacteriana, desta forma não ocorre a

destruição da célula bacteriana após a inibição da síntese da parede celular. (2, 3, 4, 5).

Segundo Donald Kaye e cols (2, 3) até 1980 a ocorrência de resistência do S. aureus à oxacilina era de 0,5% a 16% (média = 8,6%). Em 1982 (4, 5, 6) a ocorrência de resistência subiu para 50% nos EUA.

Nas infecções por S. aureus resistente e/ou tolerante a oxacilina ou cefalosporina a evolução clínica é desfavorável com febre prolongada, mau estado geral, alto índice de mortalidade desde que não se tome as medidas terapêuticas adequadas (6)

Baseados nos resultados obtidos em culturas positivas para S. aureus no laboratório do HSVP, Hospital das Clínicas de S. Paulo e dados da literatura internacional (2, 3, 4, 5, 6, 7), não é aconselhável tratar infecções graves com oxacilina, já que a sensibilidade a essa droga variou de 2,7 a 28% (Brasil) e 50% nos EUA.

**Manejo sugerido** para os casos de tolerância:

- a) Oxacilina (400 mg/kg/dia) associada a amicacina
- b) Cefalotina (200 mg/kg/dia) associada a aminoglicosídeo
- c) Quando houver falta de resposta a esses dois esquemas, usar:
  - Clindamicina associada a aminoglicosídeo
  - Vancomicina associada a amicacina
  - Vancomicina associada a Rifampicina.

## SUMMARY

During the period of one year (March 1987 until March 1988) it was catalogued 150 positive cultures to "S. Aureus" positive coagulum obtained in the clinic analysis laboratory of the H. S. V. P. – Passo Fundo.

From this, 75 cultures were from patients of the laboraty and 75, from interned patients. It was analysed the sensibility and the resistance of the aureus in this cultures to the five most used antibiotic against this germ.

It was noticed sensibility of 75,5% for clindamicin, 84,3% cefalotin, 76,4% gentamicin, 87,7% amicacin, 2,8% oxacilin and 100% vancomicin.

It is argued the mechanism of resistance to the antibiotic aureus, as well as the suggested management for the resistance cases to the oxacilin and cefalotin.



## BIBLIOGRAFIA

1. Arquivo do Laboratório de Análises Clínicas do HSVP, 1987/1988.
2. DAYLE, M. Clinical significance of tolerance strain *Stafilococcus aureus*. *Annals of Internal Medicine*, 93, nº 6, 796/801, 1980.
3. KAYE, D. Clinical significance of tolerance of *Stafilococcus aureus*. *Annals of Internal Medicine*, 93, nº 6, 924/26, 1980.
4. HALEY, R. Emergence of Oxacilin resistance *Stafilococcus aureus* in Patients of Hospital and Community. *Annals of Internal Medicine*, 97, 297/338, 1982.
5. SABATH, L. D. Mecanismus of Resistance B - lactamic antimicrobials of Strain *Stafilococcus aureus*. *Annals of Internal Medicine*, 97, 339/343, 1982.
6. SORREL, C. T. Manajment *Stafilococcus aureus* infection resistance of Oxacilin and Aminoglicosides. *Annals of Internal Medicine*, 97, 344/50, 1982.
7. PEDIATRIA, S. P. *Revista do Hospital de Clínicas, São Paulo*, Vol. 8, 94/98, 1986.



## A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

*É um avanço na tecnologia médico-hospitalar. É o melhor método radiológico para a realização de diagnóstico. Diagnóstico rápido e precoce, com vista tridimensional do local afetado. Mais uma conquista na área de diagnósticos, com grandes vantagens ao paciente. O tomógrafo do Hospital São Vicente de Paulo é de 3ª geração, e realiza exames de crânio, coluna, tórax e abdome.*

# Sequelas pós queimaduras \*

Mauro Sparta de Souza

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é mostrar a importância do tratamento correto das queimaduras cutâneas e, principalmente, alertar para as graves seqüelas que podem ocorrer, pelo seu manuseio inadequado, com o comprometimento da função e mobilidade dos órgãos atingidos, além do incalculável dano estético e psicológico que normalmente incide sobre o paciente.

## UNITERMOS:

- RECONSTRUÇÃO PÓS-QUEIMADURAS;
- REABILITAÇÃO DO QUEIMADO;
- RETRAÇÕES CICATRICIAIS;
- TUMORES CUTÂNEOS.

## KEY WORDS:

- POSTBURNING RECONSTRUCTION
- REHABILITATION OF THE BURN
- CICATRIZANT RETRACTIONS
- CUTANEOUS TUMOURS

## INTRODUÇÃO

As seqüelas pós-queimaduras são uma entidade bastante freqüente em nosso meio, em decorrência principalmente da inexistência de tratamentos especializados ao alcance da população, concentração de especialistas em cidades maiores, e abandono do tratamento pelo paciente, pelas dificuldades inerentes a própria patologia, que requer constantes avaliações e novas intervenções cirúrgicas para corrigir as distorções anatômicas provocadas pelo calor.

## PREVENÇÕES

Em nosso meio a maior causa das queimaduras são os acidentes domésticos. Isto decorre principalmente pelas más condições de vida de nossa população, (inexistência de creches, etc.), que obriga a mãe a fazer seus trabalhos domésticos com filhos menores próximos a ela.

Evidentemente que a conscientização da população, campanha de prevenção de acidentes, principalmente nas camadas mais carentes, seria o ideal para evitar a patologia. A mutilação ocasionada pela queimadura é definitiva e o paciente carregará por toda a sua vida o estigma da doença e as recuperações de ordem física e psicológica, que ela lhe trouxe.

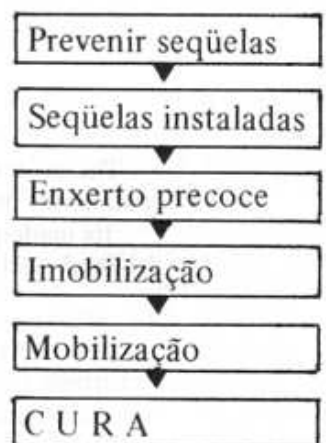
## TRATAMENTO

Após a queimadura instalada, nossa missão é evitar o aparecimento de seqüelas. A pior consequência é a morte, por vezes fruto de um tratamento inicial inadequado. (04)

A correta hidratação, balanço calórico-proteico e vitamínico, auxiliam e muito a reativar o paciente da fase aguda e uma cicatrização mais rápida das lesões.

Quando já existe uma definição das áreas de destruição do tegumento cutâneo, com o aparecimento de gra-

nulação é necessário enxertar, para evitar possíveis retrações cicatriciais. Fig. I e Fig. II. Isto é mais imperioso se tivermos lesões em áreas de flexo-extensão". (2, 3)



\* Após a enxertia, a imobilização se faz necessário, para a boa coaptação e não haver retração com o enxerto. Numa segunda fase a mobilização é importante para completa cura. (1, 3)

**Tratamento das seqüelas constituídas (1, 3)**

a) Plásticas com tecidos locais.

Zetaplastia - É o melhor e mais simples método e devem ser usados sempre que os estados dos tecidos permitam. Em bridas extensas utiliza-se as zetaplastias múltiplas.

\* Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo - RS.

b) Excisões e enxertos.

Quando é necessário retirar tecido fibroso cicatricial, aplicando-se a seguir enxerto de pele laminada ou total segundo a localização e profundidade da lesão.

c) Retalho de vizinhança.

Tem a vantagem de oferecer tecido semelhante ao da área receptora e portanto com qualidade superior ao enxerto.

d) Procedimentos combinados

São indicados quando os procedimentos indicados não solucionam o problema.

**CONCLUSÃO**

Os pacientes portadores de seqüelas por queimaduras necessitam, para sua completa recuperação, um suporte técnico-científico psicológico muito grande. É um verdadeiro serviço multidisciplinar envolvendo Cirurgiões Plásticos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Clínicos, Ortopedistas, etc., que trabalham em conjunto para recuperação profissional, adaptação familiar e auto-suficiência em termos de vida produtiva.



FIG. I - Importante retração cicatricial pós-queimadura.



FIG. II - Vista perfil mostrando vício de postura pela retração da cicatriz.

Em centros grandes, estão se desenvolvendo muito este tipo de serviço de reabilitação, mas lembremo-nos que

o melhor e mais eficaz tratamento para o nosso meio ainda é a prevenção da queimadura e da seqüela.

**The objective of this job is to show the importance of the correct treatment of the cutaneous burn and, mainly, to alert to the grave consequences that can occur, through its inadequate handling, with the obligation of the function and mobility of the attained organs, besides the incalculable psychological and esthetical damage that usually occurs of the patient.**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. COIFFMAN F., Texto de Cirurgia Plástica, Reconstructiva Y Estética, 1986, Tomo I, pg. 243-294.
2. GRABB W. C., Cirurgia Plástica, 2ª ed. 1978, pg. 525-573.
3. MEIEGA M. J., Cirurgia Plástica Reparadora Estética, 1988. Pg. 193-229.
4. SUCENA, R. C., Fisiopatologia e Tratamento das Queimaduras. 1982.

# Neurocisticercose: Diagnóstico e Tratamento \*

César Augusto L. Pires  
João Luís C. Bandeira  
Paulo S. Crusius  
Cláudio A. Seibert  
Adroaldo B. Mallmann

## RESUMO

A cisticercose humana representa uma infestação larvária (*Taenia solium*), constituindo uma enfermidade que pode afetar diferentes órgãos. As conseqüências podem ser extremamente graves se as larvas localizarem-se nos olhos, sistema nervoso central e/ou coração. A neurocisticercose pode levar incapacidades graves e com uma taxa relativamente elevada de morbi-mortalidade.

### UNITERMOS:

- EPILEPSIA
- HIDROCEFALIA
- DOENÇAS NEURO-PARASITÁRIAS

### KEY WORDS:

- EPILEPSY
- HYDROCEPHALUS
- NEURO-PARASITOLOGIC DISEASES

## INTRODUÇÃO

A cisticercose humana resulta da infestação pela larva da *Taenia solium*, denominado *Cysticercus cellulosae* (2, 5). A Teníase é uma infestação intestinal causada pela forma adulta e a cisticercose pela forma larvária da espécie *Taenia solium* (carne de porco), já que a *Taenia saginata* (carne de gado) causa somente infestação intestinal. A distribuição é mundial e particularmente freqüente nas regiões onde a carne é ingerida crua ou mal cozida. A prevalência é mais alta em diversas zonas da América Latina, África, Ásia e Europa Oriental. A infestação é rara na Europa,

Estados Unidos, Canadá e praticamente inexistente no Reino Unido e Escandinávia. Porém, nestas regiões, freqüentemente a infestação pode ser observada em imigrantes de zonas endêmicas (2, 5, 6). O homem é o hospedeiro definitivo e a transmissão se faz a partir de fezes de indivíduos contaminados. Ocorre como conseqüência da ingestão de carne crua ou mal-cozida de gado ou porco, que contém cisticercos. No intestino, as larvas se transformam em tênia adulta, que aderem à mucosa do jejuno. A cisticercose humana ocorre por transferência direta de ovos da *Taenia solium* a partir de fezes de pessoa contaminada ou de forma indireta pela ingestão de água ou alimentos contaminados. A partir dos ovos ingeridos os embriões são liberados, penetram na parede intestinal e através de vasos linfáticos ou sanguíneos são transportados aos diversos tecidos. Os ovos podem conservar sua viabilidade no ambiente durante meses. A susceptibilidade é geral e não há imunidade. (1, 2, 5, 6).

## DISCUSSÃO

o *Cysticercus cellulosae* pode atingir qualquer órgão, todavia o neurotropismo é conspícuo, sendo que alguns autores indicam até 90% dos casos. (5) A infestação pode

ser múltipla e o achado de cisticercos jovens, adultos e calcificados num mesmo paciente demonstra o comportamento biológico heterogêneo desta neuro-parasitose.

Em relação à apresentação clínica da neurocisticercose podemos considerar:

- 1) Síndrome de Hipertensão Intracraniana (HIC)

Caracterizada por cefaléia, vômitos e papiledema. Encontrada freqüentemente associada à síndrome epiléptica. Ocorre freqüentemente em crianças com edema cerebral difuso. (5) Em outras situações decorre do desenvolvimento de hidrocefalia obstrutiva (forma racemosa com obstrução do IV<sup>o</sup> ventrículo ou do aquêdoto cerebral) ou não obstrutiva (bloqueio do espaço subaracnóide como resultado de meningoencefalite crônica). Também, encontra-se associada à sinais focais motores, constituindo a forma tumoral ou pseudotumoral. (1, 4, 5).

- 2) Síndrome Epiléptica

Pode ser encontrada em freqüente associação com a Síndrome de HIC. Apresenta-se com crises parciais, generalizadas ou parciais secundariamente generalizadas (mais comuns). Quando associada à sinais focais, estes devem-se principalmente à presença do granuloma parasitário, determinando primariamente a sintomatologia. (1, 5, 6).

- 3) Síndrome Neuro-Psiquiátrica

Menos freqüente e comumente associada a outras síndromes clínicas.

\* Trabalho realizado no Serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital São Vicente de Paulo - Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - RS.

Os achados variam de demenciamento, alucinações, estados confusionais agudos até psicose francamente manifestas. (1, 6)

#### 4) Outras Síndromes Clínicas

Síndromes motoras com sinais deficitários motores focais, parkinsonismo e ataxia cerebelar (axial ou apendicular) são comuns. O envolvimento de nervos cranianos pode ser verificado com particular atenção para o nervo óptico (edema de papila devido à HIC ou aracnoidite de base, ou ainda, atrofia de papila óptica e amaurose, na dependência da fase em que a doença é surpreendida).

É freqüente a disfunção do VIº nervo, principalmente quando existe síndrome de HIC.

Síndrome Meningoencefalítica às vezes recidivante, associada ou não a outras modalidades clínicas. (1, 5)

As síndromes medulares resultam de comportamento pseudotumoral (sinais motores e/ou sensitivos, disfunção esfinteriana) ou como resultado de reação inflamatória (aracnoidite) com sinais de irritação radicular ou meningorradicular. (1, 6)

A incidência e gravidade dos sintomas dependerá da localização dos cisticercos e fase evolutiva da doença. No cérebro, os cisticercos comumente localizam-se em pequenos vasos sanguíneos entre a substância cinzenta e a branca, constituindo cistos de 3 a 15 mm de diâmetro. Durante os primeiros 4 a 5 anos o cisto é viável e causa poucos sintomas, em virtude de reação inflamatória discreta. No entanto, quando morre, a liberação de substâncias proteicas do cisto produz intensa reação inflamatória com edema perilesional. Em alguns outros casos cistos com expansão progressiva podem resultar em síndrome de HIC do tipo lesão ocupando espaço intracraniano. Existem relatos de formações císticas de grandes dimensões. Além disto, cistos junto às paredes ventriculares ou meninges levam à meningoencefalite crônica (forma racemosa).

Sotelo e cols. (1985) observaram que, em 753 casos estudados, os sintomas mais comuns foram crises epilépticas e cefaléia. A distribuição da sintomatologia neste estudo constou: crises epilépticas (52%), cefaléia (43%), papiledema (28%), vômitos (27%), sinais motores (22%), demência (16%), ataxia de marcha (10%), distúrbios visuais (10%), anormalidades de pares cranianos (8%), sinais medulares (1%) e assintomáticos (26%).

## DIAGNÓSTICO

Diante da multiplicidade e inespecificidade sintomatológica, a neurocisticercose somente poderá ser diagnosticada e comprovada mediante a utilização criteriosa e racional dos métodos neuro-diagnósticos disponíveis:

### a) Laboratoriais

O líquido céfalo-raquidiano quando alterado pode ter características de reação inflamatória crônica mais comumente ou reações agudas, verificadas no curso de exacerbação aguda da doença.

A pleiocitose usualmente é discreta e predominantemente linfomocítica.

específicos pode ser obtida no líquor através de reação de fixação do complemento (Weinberg) e reação de imunofluorescência indireta. Na presença de reação inflamatória no líquor a reação de fixação do complemento é positiva em até 80% dos casos. Entretanto, quando não existe reação inflamatória no líquor a positividade cai para menos de 25%. Nos testes sorológicos a positividade é inferior a 50% e tal fato se deve, talvez, a elevada incidência de infestação nervosa (90%) em relação à sistêmica. (1, 5, 6, 7)

Verifica-se aumento leve a moderado das proteínas líquóricas, com hipergamaglobulinemia na eletrofore-

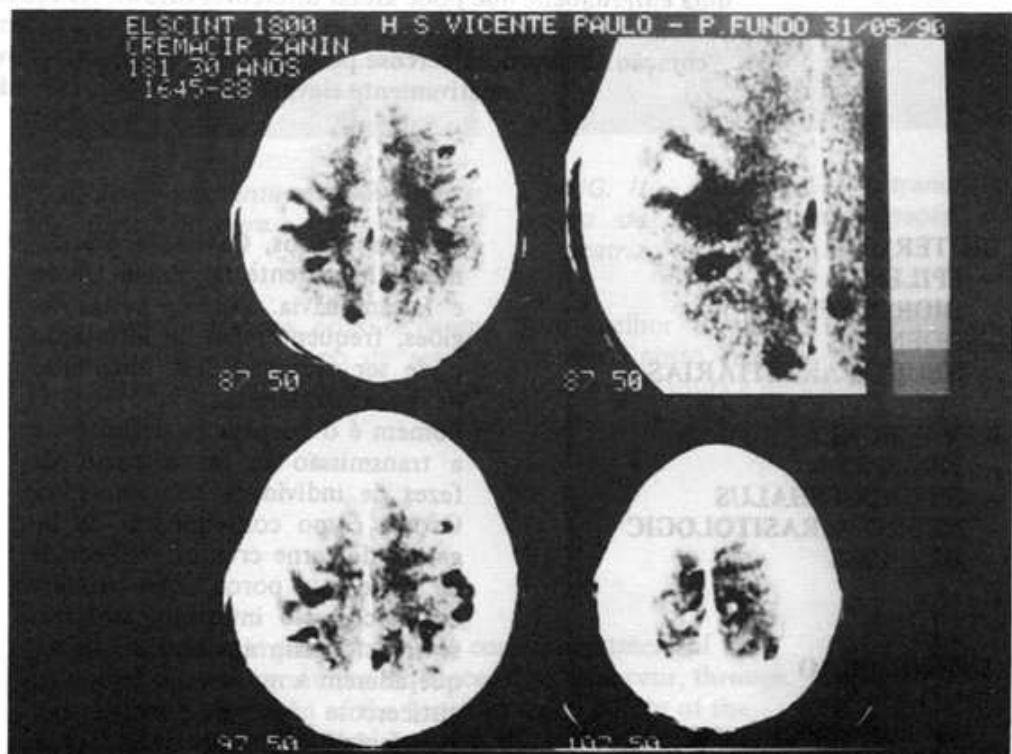


FIG. 1: Neurocisticercose em diferentes fases evolutivas (casuística pessoal dos autores).

nonuclear. Todavia, o achado de líquor absolutamente normal pode ser verificado em muitos pacientes. A ocorrência de eosinofillorraquia no sedimento líquórico pós-centrifugação pode ser encontrado em até 20% dos casos, sendo altamente sugestivo de neurocisticercose, porém não exclusivo. (1,6) Sotelo e cols. (6) obtiveram cerca de 10% em 100 casos estudados em crianças.

Os achados liquorológicos com pleiocitose linfomononuclear, eosinofillorraquia e demonstração de anticorpos específicos são diagnósticos e constituem a Síndrome Líquórica da neurocisticercose, descrita há 50 anos pelo Prof. Oswaldo Lange. (5)

A demonstração de anticorpos

se, às custas de IgG e, menos importante, IgM.

As fases evolutivas da doença podem ser surpreendidas no exame de líquor com normalidade no início, reação inflamatória na fase ativa imuno-alérgica e apenas a detecção de anticorpos na fase crônica cicatricial. (1, 5)

### b) Neuro-radiologia

Com o advento da Tomografia Computadorizada, em nosso meio, o diagnóstico da neurocisticercose tornou-se mais acurado permitindo estabelecer o tratamento adequado ao caso e acompanhar a sua evolução. As neuro-imagens obtidas dependerão do número, localização e fase evolutiva dos cisticercos, levando-se em conside-

ração que num mesmo paciente encontra-se com freqüência cisticercos em diferentes fases evolutivas. Assim, pode-se observar que não captam contraste, regiões com edema encefálico que captam contraste sob forma difusa ou anelar e ainda nódulos calcificados. Os cisticercos intraventriculares ou cisternais podem não ser visualizados em virtude de apresentarem densidade tomográfica similar à do líquido. (1, 5)

c) Outros Métodos

(complicações).

As abordagens terapêuticas neuro-cirúrgicas são utilizadas nos casos com hidrocefalia obstrutiva (estenose ou oclusão aquêdotal, IV<sup>o</sup> ventrículo, forâmens de Lushka e Magendie) ou comunicante (bloqueio dos espaços subaracnóides de base). A instalação de sistemas de derivação líquórica interna (ventrículo-atrial ou ventrículo-peritoneal), remoção de cisticercose racemosa do IV<sup>o</sup> ventrículo ou outras

(por exemplo, 08-12-16h), durante 21 dias. Faz-se tomografia computadorizada e, se não existirem sinais de involução dos cistos parasitários, a terapêutica deve ser prolongada até 30 dias. Os efeitos colaterais são representados por mal-estar, cefaléia, zumbidos, tonturas e desconforto abdominal. A utilização de corticoterapia concomitante é importante para a supressão dos fenômenos imuno-alérgicos que cercam a destruição das paredes dos cistos e para o controle das reações inflamatórias meníngeas e o edema encefálico. Anti-epilépticos são administrados somente se houver concomitância de síndrome epilética; alguns autores preconizam o uso profilático durante o período de tratamento específico. (1, 5, 6, 7)

O Albendazole tem sido considerado como nova opção terapêutica altamente eficaz para o tratamento de cisticercos ativos, na dosagem de 15mg/kg/dia dividido em 3 doses, via oral, durante período de 30 dias. Representa importante alternativa diante da refratariedade observada em alguns casos, com o Praziquantel. (3, 7)

CONCLUSÃO

Os fatores que levam à infestação humana cisticercótica estão relacionados às características sócio-econômicas e culturais dos países subdesenvolvidos. Em nosso meio, a neurocisticercose representa importante entidade nosológica devendo ser lembrada no diagnóstico diferencial em síndromes clínicas que cursam com distúrbios psiquiátricos, síndromes epiléticas, síndrome de HIC e relativas à patologia medular.

As medidas de saúde pública (preventivas) são mais importantes na abordagem desta neuro-parasitose. A identificação e tratamento dos indivíduos que albergam a forma adulta da *Taenia solium*, educação para evitar a contaminação do ambiente e dos alimentos, inspeção sanitária da carne bovina e suína, além de evitar criação extensiva e o contato com fezes (especialmente humanas), são as pedras angulares para a solução definitiva do problema.

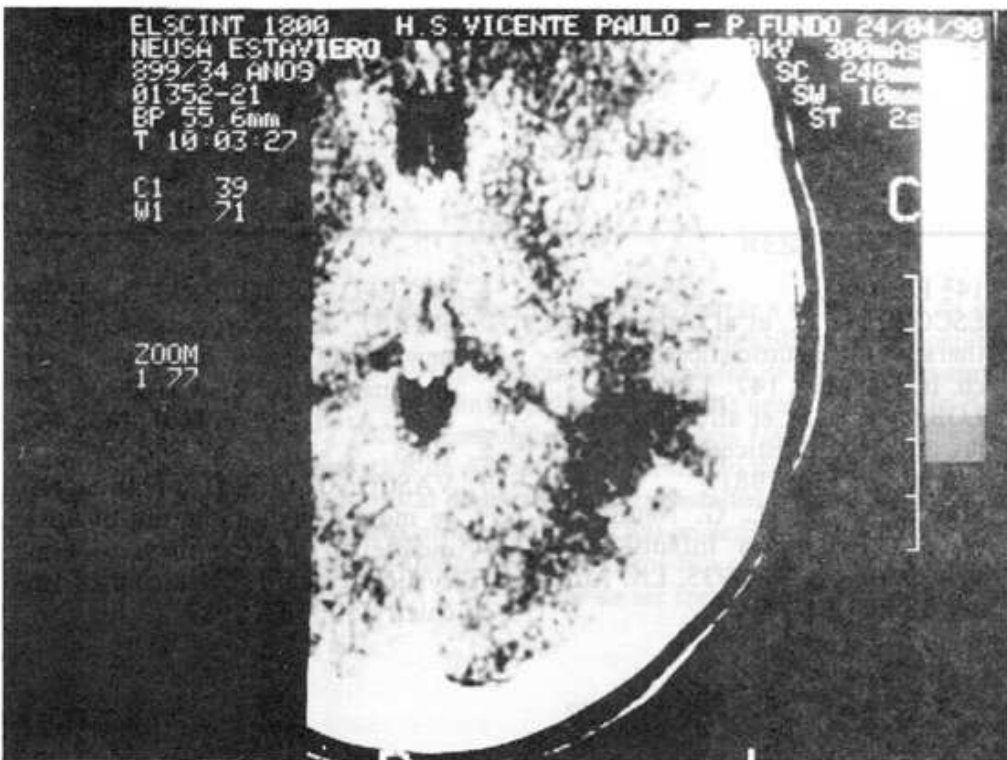


FIG. 2: Cisticerco típico em atividade (casuística pessoal dos autores).

O Rx Simples de Crânio pode revelar sinais de Hipertensão Intracraniana ou calcificações patológicas no encéfalo.

O estudo Eletroencefalográfico é inespecífico e não tem valor diagnóstico.

Com a utilização de metodologia apropriada e racional representada pelos estudos liquorológicos e tomográficos, estes outros exames são dispensáveis. (1, 4, 5, 6)

TRATAMENTO

O tratamento da neurocisticercose dependerá dos achados Neuro-patológicos primários e secundários

dependências ventriculares, e ainda, a possibilidade de acesso à volumosos cistos e/ou granulomas encefálicos são algumas técnicas empregadas. A remoção de lesões temporais anteriores pode representar melhora clínica notável em alguns casos com síndrome epilética de difícil controle. (4, 5, 6)

O tratamento clínico incluiu terapêutica que combate à *Taenia solium* (concomitante em 15% dos portadores de cisticercose) através do uso da Niclosamida (Yomesan<sup>®</sup> 2g – dose única); utilização do Praziquantel (Cisticid, fármaco específico para forma larvária, eficaz contra as formas jovens e ativas de cisticercose. Administrado na dosagem de 50mg/kg/dia dividido em 3 doses com intervalo de 4 horas

## SUMMARY

The humane cysticercosis represents a larval infestation (*Taenia solium*), constituting a illness that can affect different organs. The consequences can be extremely grave if the larvae are localized in the eyes, central nervous system and/or heart.

The neurocysticercosis can take grave incapacities and with a relatively high tax of morbi-mortality.

## BIBLIOGRAFIA

1. DAVIS, L. E. Cysticercosis of the nervous system. *Neurol. Neurosurg. Update* 418:2, 1983.
2. EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBILES EN EL HOMBRE. Informe Oficial de la Association Americana de Salud Publica – Organizacion Pan-Americana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. Publicacion científica n° 507, pg. 425-428, 14<sup>a</sup> Ed, 1987.
3. ESCOBEDO, F., et al. Albendazole therapy for neurocysticercosis. *Arch. Intern. Med.* 147: 738, 1987.
4. LOBATO, R. D. et al. Hydrocephalus in cerebral cisticercosis. *J. Neurosurg.* 55: 786, 1981.
5. MANREZA, M. L. G. Neurocisticercose. *Neurologia Infantil-Lefrève.* cap. 48 pag. 921-935. Liv. *Athe-neu* 2<sup>a</sup> Ed. 1989 SP.
6. SOTELO, J. GUERRERO, V. and RUBIO, F. Neurocysticercosis: A new classification based on active and inactive forms A study of 753 cases. *Arch. Intern. Med.* 145: 442, 1985.
7. VASCONCELOS, D., et. al. Selective indications for the use of Praziquantel in the treatment of brain cysticercosis. *J. Neurosurg. Psychiatry* 50: 383, 1987.

# Prevalência de indicadores de alcoolismo em 200 pacientes adultos internados em Hospital Geral \*

Analaura L. Viero  
Davi de Paula  
Domingos Oliveira  
Luciane O. Heckler  
Jorge Luiz Carrão  
Raquel Sonia Munaretto  
Roger Weingartner  
Rosimar B. Carrão

## RESUMO

O objetivo dos autores é demonstrar a dificuldade de valorizar o uso de bebidas alcoólicas na prática médica hospitalar.

A pesquisa da prevalência de indicadores de Alcoolismo em 200 pacientes (100 homens e 100 mulheres), internados nas diversas áreas médicas do Hospital São Vicente de Paulo (PF), foi feita segundo o questionário CAGE e verificando nos prontuários se havia o diagnóstico de Alcoolismo. A duração da pesquisa foi de dois meses. Observou-se que 17,5% do total de pacientes entrevistados tiveram um resultado positivo para o CAGE. A análise dos prontuários dos 200 pacientes entrevistados apontou que o diagnóstico de Alcoolismo feito pela equipe médica ocorreu em 3,5%. Concluiu-se que o Alcoolismo, apesar de ser freqüente, é pouco diagnosticado.

## UNITERMOS:

– ALCOOLISMO  
– DEPENDÊNCIA QUÍMICA

## KEY WORDS

– ALCOOLISM  
– QUIMICAL DEPENDENCY

## INTRODUÇÃO:

Embora os dados a cerca do Alcoolismo sejam bastante precários alguns trabalhos realizados com pacientes de hospitais gerais têm contribuído para dar uma idéia da dimensão do problema.

Em 1980, Masur e Cols entrevistaram 50 homens e 63 mulheres internados em uma enfermaria geral de um hospital-escola em São Paulo, que atendia na ocasião principalmente indigentes. Os autores relataram que 38% (58% dos homens e 18% das mulheres) tinham um padrão de con-

sumo de álcool indicativo de Alcoolismo.

Jorge e Masur, 1985, entrevistaram 234 pacientes internados em hospitais utilizando o CAGE, e acharam uma freqüência de 17% de pacientes com indicadores de Alcoolismo.

Kerr-Correia e Cols, 1985, também utilizando o CAGE, entrevistaram 120 pacientes internados em hospital geral e relataram uma freqüência de 9,1% de possíveis casos de Alcoolismo.

Entre outubro de 1982 e maio de 1983, foi realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre um estudo da prevalência de Alcoolismo em 106 homens e 49 mulheres, quando da marcação da primeira consulta, nas diversas áreas médicas e verificando se o diagnóstico clínico feito pelos médicos da instituição indicava esta doença. 16% dos pacientes apresentaram um consumo médio superior a 80 ml de etanol/dia, considerado como indicativo de Alcoolismo neste trabalho. Um dado de grande ênfase é o de que, apenas um dentre os sujeitos com indicadores de Alcoolismo, foi detectado pelo corpo clínico da instituição.

Quando são utilizados registros de prontuários médicos, as taxas de Alcoolismo são muito baixas, como no trabalho de Santana (1977), que com uma amostra de 208 prontuários de pacientes em um centro de saúde encontrou uma freqüência de 1%.

A falta de dados a respeito de Alcoolismo em nosso meio motivou os autores a realizarem o presente trabalho, que tem por objetivo detectar a prevalência de Alcoolismo em pacientes adultos internados no Hospital São Vicente de Paulo e provar se o diagnóstico clínico feito pelos médicos da instituição identifica esta doença.

## MATERIAL E MÉTODOS

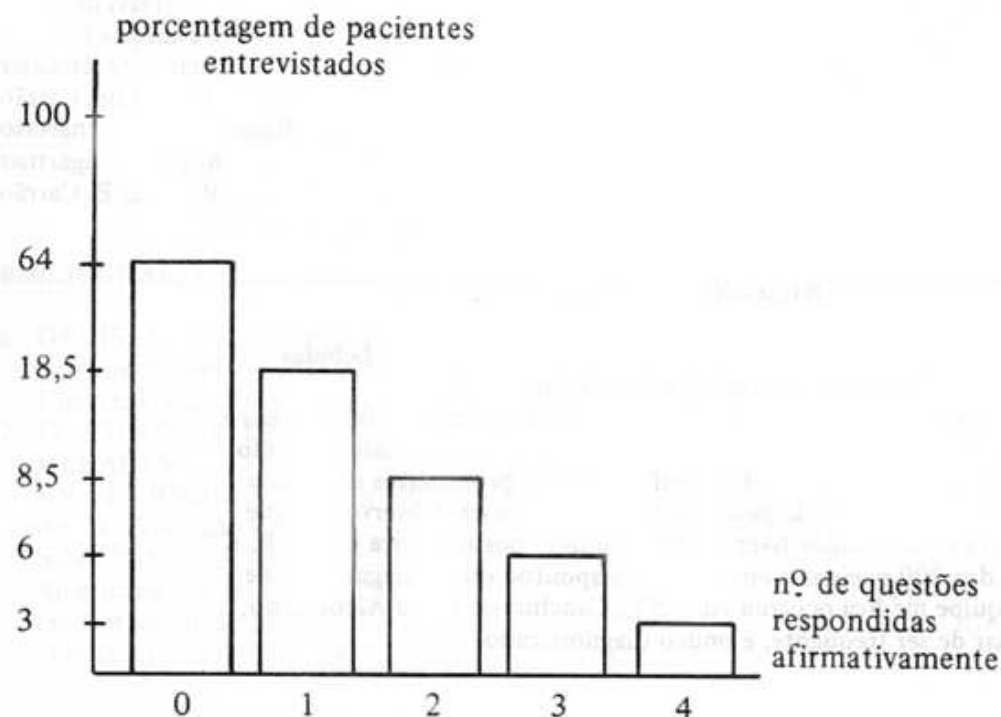
a – **Sujeitos:** Os sujeitos foram pacientes internados em enfermarias do HSVP, com exceção da maternidade, pediatria e CTIs, totalizando 100 homens e 100 mulheres, com idade mínima de 18 anos. Estes pacientes foram entrevistados e seus prontuários submetidos a análise de indicadores de Alcoolismo.

\* Trabalho realizado no Serviço de Dependência Química do Hospital de Ensino São Vicente de Paulo – Passo Fundo - RS.



b – **Entrevista:** Foram realizadas entrevistas individuais, com pacientes internados, onde incluiu-se dentro de um questionário de 50 questões, sobre hábitos de vida em geral, e sua possível relação com a saúde dos entrevistados, o questionário CAGE.

FIG. 1: Número de questões respondidas afirmativamente pelos pacientes entrevistados.



As perguntas específicas do CAGE estavam diluídas no restante do questionário, para que os entrevistados não percebessem o real objetivo da pesquisa, podendo alterar os dados em função de uma série de preconceitos.

percepção de consumo excessivo de bebidas alcoólicas por parte do entrevistado e de pessoas que lhe sejam próximas, assim como do beber matutino, indicativo de Síndrome de Abstinência e conseqüentemente Alcoolismo. A sigla C.A.G.E. resulta da primei-

A tabela 1 mostra a porcentagem de respostas positivas para cada questão do CAGE, relacionando homens e mulheres.

Questões do CAGE	homens (100)	mulheres (100)	total (200)
C	44%	16%	30%
A	21%	10%	15,5%
G	16%	10%	13%
E	7%	2%	4,5%

Tabela 1: porcentagem de respostas afirmativas para cada questão do teste CAGE.

O CAGE é um questionário padronizado, que foi proposto por Ewing e Rouse, que se baseia no diagnóstico da presença ou não de Alcoolismo. Optou-se por analisar as

ra letra das palavras chaves contidas em uma das quatro perguntas: Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener. As quatro perguntas do CAGE são:

1. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que

deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

2. As pessoas o(a) aborrecem ou criticam o seu modo de beber?
3. O(a) Sr.(a) se sente culpado(a) (chateado consigo mesmo), pela maneira com que costuma beber?
4. O(a) Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

O entrevistado deve ser considerado CAGE positivo quando responder afirmativamente a duas ou mais de suas quatro questões discriminadas.

c – **Análise dos prontuários:** Os prontuários foram separados em 3 grupos. O primeiro grupo compreende os prontuários nos quais foram encontrados diagnósticos considerados como sinônimos de Alcoolismo. Então os seguintes diagnósticos foram admitidos: Alcoolismo, Etilismo crônico, Síndrome de Dependência do Álcool e Síndrome de Abstinência do Álcool. Síndrome de Abstinência do álcool, literalmente, é uma complicação do Alcoolismo, mas, uma vez que seu aparecimento, mesmo que de maneira sutil, significa a confirmação indiscutível de Alcoolismo, ela foi enquadrada neste primeiro grupo.

O segundo grupo inclui os diagnósticos de complicações do Alcoolismo. São eles: intoxicação alcoólica, gastrite alcoólica, hepatite alcoólica e psicose alcoólica.

O último grupo era formado pelos prontuários onde não eram encontrados dados acerca do álcool.

d – **Procedimento:** As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã e tarde por seis (6) entrevistadores, com treinamento prévio e sem que tivessem conhecimento anterior da patologia dos entrevistados. A entrevista foi realizada estando o paciente no leito e a duração média de cada entrevista foi de 13 minutos.

Os prontuários foram analisados imediatamente após as entrevistas sem que os entrevistadores tivessem conhecimentos de dados clínicos do paciente.

A pesquisa foi realizada entre os dias 6 de março e 6 de maio de 1990.

## RESULTADOS

Com relação aos dados demográficos da amostra, pode-se constatar que a média de idade dos 200 pacientes entrevistados foi de 50,79 anos, sendo a média de idade das mulheres

52,33 anos e dos homens de 49,25 anos. Considerando-se apenas os pacientes com CAGE positivo a média de idade geral foi de 48,66 anos, de 50 anos para as mulheres e de 47,76 anos para os homens.

Apreciando-se como teste positivo a resposta afirmativa em pelo menos duas das quatro questões do CAGE, 17,5% dos entrevistados podem ser considerados como possíveis casos de Alcoolismo. (Fig. 1) Analisando-se homens e mulheres separadamente, encontra-se um índice de 14% entre as mulheres (10% com duas respostas afirmativas, 2% com três respostas afirmativas e 2% com quatro respostas afirmativas) e entre os homens 21% (7% com duas respostas afirmativas, 10% com três respostas afirmativas e 4% com quatro respostas afirmativas). (Tabela I).

Encontrou-se na pesquisa sete (7) pacientes com diagnóstico de alcoolismo, ou seja, 3,5% da população pesquisada. Achou-se um (1) paciente, isto é, 0,5% dos pesquisados no grupo classificado como complicações de Alcoolismo.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os dados do presente trabalho mostram que o questionário CAGE pode ser aplicado sem maiores dificuldades. Foram confirmadas também as suas características de simplicidade e brevidade de utilização. (2)

Empregando o critério de pelo menos duas respostas afirmativas, 17,5% do total dos entrevistados (21% entre os homens e 14% entre as mulheres) tiveram resultado CAGE positivo. Embora não possamos extrapolar estes resultados para a população brasileira, os percentuais encontrados

nos fornecem um importante indicador da magnitude do Alcoolismo em nosso meio. A interpretação destes dados requer alguns cuidados. Seguindo o critério de duas ou mais respostas afirmativas como CAGE positivo, tem-se uma sensibilidade de 88% (percentagem de alcoolistas com o teste alterado) e uma especificidade de 83% (percentagem de não-alcoolistas com teste normal) para o questionário. Portanto, entre os entrevistados, há uma parcela de falsos negativos e falsos positivos. Esta vulnerabilidade, no entanto, não é exclusiva do CAGE e, embora para se estabelecer o diagnóstico preciso de Alcoolismo sejam necessários outros procedimentos, os resultados são muito satisfatórios.

Observou-se na pesquisa dos registros dos prontuários taxas muito baixas de Alcoolismo (3,5%), principalmente se as compararmos com aquelas obtidas pelo método CAGE. É importante notar que todos os pacientes com diagnóstico de Alcoolismo nos prontuários tiveram um resultado positivo no CAGE, enquanto muitos dos pacientes com CAGE positivo não tiveram diagnóstico de Alcoolismo nos prontuários. Faz-se necessário observar que todos os pacientes que tiveram um diagnóstico relacionado com o uso do álcool (Alcoolismo ou complicação) também apresentaram, associado a este, outro diagnóstico clínico. (6)

Evidencia-se, de acordo com os resultados desse trabalho, uma deficiência no sistema de registro nas unidades de saúde, bem como, dificuldade de reconhecimento e identificação de casos de Alcoolismo por parte das equipes de saúde dos referidos serviços.

Levando-se em consideração que foi encontrado um baixo percentual de diagnóstico de Alcoolismo nos

prontuários e que não havia, em muitos casos, correlação deste diagnóstico com outras patologias que motivaram a internação, podemos supor que está sendo difícil vincular o grande número de patologias médicas que são causadas ou desencadeadas pelo Alcoolismo com a sua real etiologia. Conclui-se que essas patologias não são adequadamente conduzidas em todo o seu contexto terapêutico no que tange ao consumo do álcool.

Quais seriam as possíveis causas desse número de diagnóstico de Alcoolismo e da dificuldade da sua associação com outras doenças?

Supõe-se que uma delas seja a não valorização tóxica do álcool possivelmente pela sua venda legal, sua ampla aceitação e pelo preconceito dos profissionais da saúde no sentido de compreender a importância do Alcoolismo. O preconceito decorre do fato da equipe médica pertencer ao mesmo meio em que vivem os pacientes e por isso sofrem as mesmas pressões sociais daqueles.

Um segundo aspecto seria a não orientação adequada dos alunos dos cursos médicos, com relação ao Alcoolismo, quando estes iniciam o contato com os pacientes. Existe a necessidade de incrementar a atenção daqueles que estão em formação universitária nesse sentido, dando ênfase às características, obtidas através da anamnese e do exame físico, que mostram o Alcoolismo. (3,5) Além disso dentro do ensino das diversas especialidades médicas, deveria ser destacada a importância do álcool como causador ou desencadeador de muitas patologias. (6)

Em suma, o presente trabalho manifesta que o diagnóstico de Alcoolismo é pouco realizado embora esta doença seja muito freqüente.

## SUMMARY

The authors' purpose is to demonstrate the difficulty to valorize the use of alcohol drinks in the hospitalary medical practice.

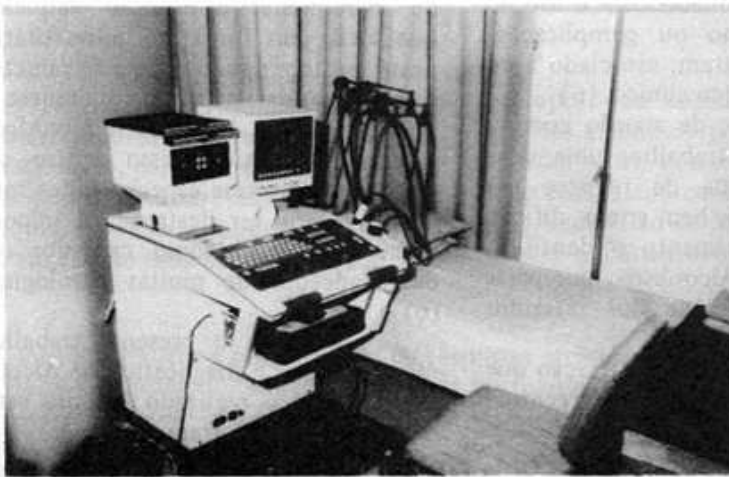
The alcoholism indicators prevalence search in 200 patients (100 men and 100 women), admitted in several medical areas from the Hospital São Vicente de Paulo (PF), was done according to the CAGE questionnaire and verifying of the patients if there was an alcoholism diagnostic. The duration of this search was two months. It was noticed that 17,5% of the patients interviewed had a positive result to the CAGE.

The participants analysis of the 200 patients interviewed showed that the alcoholism diagnostic done by the medical equip ocured in 3,5%.

I was concluded that the alcoholism, although be frequently, it is not much diagnosed.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. CAPRIGLIONE, M. J.; MONTEIRO, M. G.; MASUR, J. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. *Rev. Ass. Bras. Psiq.*, vol. 7, nº 25: 50-23, 1985.
2. EWING, J. A. & ROUSE, B. A. Identifying the hidden alcoholic. *International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*, 29, Sydney, Austrália. - Fev., 2-6, 1970.
3. JORGE, M. R. O diagnóstico do alcoolismo: entrevistas estruturadas, questionários e exames de laboratório. In: Ramos, S. P. *Alcoolismo Hoje*. 2ª edição. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. C. S., p. 63-73.
4. JORGE, M. R. & MASUR, J. An attempt to improve identification of alcohol dependent patients in a leaching General Hospital. *Drug and Alcohol Dependence*, 16: 67-75, 1985.
5. KERR-CORRÊA F. Importância do estudo da prevalência de ingestão alcoólica excessiva para diagnóstico de alcoolismo em enfermarias gerais e especializadas. *Rev. Ass. Bras. Psiq.* 7: 159-162, 1985.
6. KISSIN, B. Dependência ao álcool e doenças relacionadas ao álcool. In: Wyngaarden, J. B. & Smith, L. H. *Tratado de Medicina Interna*. 18ª edição. - Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 1990. Vol. 1, c. 15, p. 42-46.
7. MASUR, J.; CUNHA, J. M.; ZWICKER, A. P.; LARANJEIRA, R. R.; KNOBEL, E. SUSTOVICH, D. R. & LOPES, A. C. Prevalência de alcoolismo internados em uma enfermaria de clínica geral. Relevância da forma de detecção. *Acta Psiquiát. Psicol. América Latina*, 26: 125-130, 1980.
8. PECHANSKY, F.; SOIBELMAN, M.; BASTOS, A. F.; MEIRELLES, M. C. G.; SANT'ANNA, R. N. Um estudo de alcoolismo em hospital - escola. *Rev. Psiq. RS*, 6(1): 38-42, jan./abr., 1984.
9. SANTANA, V. S. Transtornos mentais em um centro de saúde de Salvador - BA. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 4(3/4): 160-167, jul./dez., 1977.
10. SANTANA, V. S. & FILHO, N. A. Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. In: Ramos, S. P. *Alcoolismo Hoje*. 2ª edição. Porto Alegre, Artes Médicas. 1990. c. 3, p. 36-54.



*O Serviço de Ultra-sonografia do Hospital São Vicente de Paulo realiza exames em Ginecologia, Obstetria, Medicina Interna e Cardiologia.*

*Para isso conta com um aparelho de última geração para Ecocardiografia com mapeamento de fluxo a cores (Doppler colorido) que permite realizar diagnósticos anatômicos e funcionais das cardiopatias adquiridas e congênitas e um aparelho uni e bidimensional para os demais exames de Ultra-sonografia geral inclusive prostático intra-retal.*

# Cirurgia Ortognática de Prognatismo \*

Roque M. Rhoden  
Idalmir Nicolini

## RESUMO

As deformidades crânio-faciais constituem um conjunto de anormalidades que resultam em danos estéticos e funcionais aos pacientes. O prognatismo representa importante patologia, determinando alterações estéticas e, mais graves, funcionais, comprometendo a mastigação, fonação e o sono. Felizmente, a possibilidade de correção cirúrgica trouxe novas perspectivas de reabilitação funcional e psicossocial desses pacientes.

### UNITERMOS:

- DEFORMIDADES DENTO-FACIAIS
- CIRURGIA ORTOGNÁTICA
- CIRURGIA MAXILO-FACIAL

### KEY WORDS

- DENTOFACIAL DEFORMITIES
- ORTOGNATHIC SURGERY
- MAXILOFACIAL SURGERY

### INTRODUÇÃO

Dentre as deformidades ósseas da face, uma das que chamou atenção dos cirurgiões desde os primórdios do século, foi a do prognatismo.

Cirurgia ortognática é uma cirurgia no tecido ósseo, onde realizamos uma osteotomia com o objetivo de alcançar ou recuar a mandíbula, buscando não só um balanço facial mais harmônico, como também, conseguindo e ou conquistando uma melhor oclusão, uma melhor função, uma melhor estabilidade e estética.

#### Prognatismo mandibular

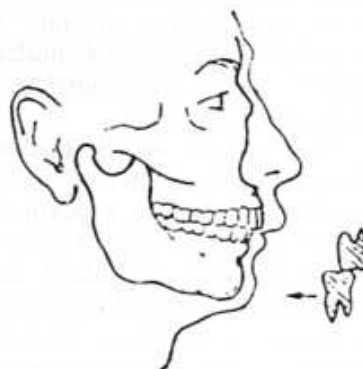
É uma patologia que ocorre na mandíbula e que na maioria das vezes é congênita. A grande percentagem dos autores relata como sendo resultado de uma falha no desenvolvimento embrionário. Outros a têm como consequência do trauma ou infecção nos principais centros do crescimento

mandibular na vida pós-natal, proporcionando à mandíbula crescimento anormal.

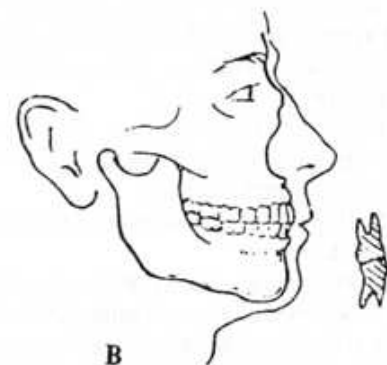
O paciente procura o profissional da saúde, relatando que sente a mandíbula projetada em relação à maxila. Relata enorme dificuldade no ato mastigatório. Menciona que os dentes não se tocam. Percebe mordida cruzada uni ou bilateral. Queixa-se de mal oclusão, dificuldade de deglutição, fonação e respiração. Acrescenta ainda presença de limitação funcional a nível da A. T. M. (articulação têmporo mandibular). (1, 4, 7)

Ao analisar o paciente, procuramos reconhecer o que é estético, o que é harmônico e o que é desarmônico numa face e cavidade oral. É de fundamental importância o conhecimento de oclusão por parte do profissional que se propõe a realizar cirurgia ortognática. (3, 6)

#### Classificação da oclusão segundo Angle:



A



B



C

A) Classe II – distocclusão. O primeiro molar inferior e posterior ao superior. B) Classe I – neuro-occlusão – os primeiros molares, superior e inferior, estão numa relação ântero-posterior e C) Classe III mesoocclusão – o primeiro molar inferior é anterior ao superior.

#### INDICAÇÕES:

A cirurgia ortognática é indicada para o paciente com ossificação no estágio final (idade biológica). Paciente com os dentes permanentes já erup-

\* Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital São Vicente de Paulo – Passo Fundo - RS.

cionados, presentes na cavidade oral, com exceção do 3º molar. (5, 7)

Indicamos para a cirurgia uma idade cronológica ideal para o sexo feminino de 14 a 17 anos e para o sexo masculino, de 15 a 17 anos.

O paciente com indicação cirúrgica deve realizar avaliação odontológica e médica. Na avaliação odontológica, o paciente deve fazer dentisteria e ortodontia. (3, 4, 7)

O tratamento ortodôntico é de fundamental importância no preparo do paciente. É do conhecimento dos profissionais que a cirurgia ortognática veio juntamente com a ortodontia, como mais uma alternativa na busca da estabilidade funcional e estética.

O tratamento ortodôntico tem a finalidade de nivelar e alinhar os dentes em suas bases iniciais, eliminando a discrepância dentária, permanecendo apenas a verdadeira discrepância óssea. O que facilita o planejamento cirúrgico. (4, 5)

O paciente ao retornar do tratamento ortodôntico, é solicitado a submeter-se a exames do tipo:

“teleperfil, panorâmico de face, oclusal e do carpo”!

Após análise dos exames, realizamos a cefalometria, e sobre esta, elaboramos os traçados predictivos. Dos dados cefalométricos, destacamos o SNA, SNB, ANB, ângulo goníaco, distância go – gn, go – A, relação interlabial, ângulo lábio mental, oclusão e dimensão vertical.

Diante dessas inúmeras informações e com o exame clínico do paciente, partimos para a realização da cirurgia no modelo de gesso, o qual está posicionado previamente no articulador.

Reposicionados o segmentos dentários conforme os estudos realizados, fixamos-os. Logo após, confeccionamos o guia oclusal, que manterá intacto a oclusão proposta para o paciente no período de consolidação óssea.

É importante após a liberação do bloqueio, o uso das borrachas interoclusais, com finalidade de proporcionar a intercuspidação. Auxilia a postura muscular à nova situação. Em seguida, encaminhamos o paciente ao ortodontista para a intercuspidação final. (4, 6, 7)

Certos casos de prognatismo mandibular exigem cirurgia associada, tal como: retroposicionamento mandibular com avanço da maxila. Outros casos, exigem cirurgia complementar

do tipo apical, do tipo expansão maxilar ou segmentação. Todos esses procedimentos cirúrgicos, muitas vezes, são necessários para proporcionar o equilíbrio oclusal. (3, 6)

É muito importante o bom relacionamento entre o bucomaxilo facial e o cirurgião.



#### Técnicas:

Várias técnicas foram descritas durante todos esses anos, com finalidade de corrigir o prognatismo. Duas se destacam das demais por serem “intra oral” e porque proporcionam menor agressão aos tecidos nobres da face.

1º) Osteotomia sagital no ramo mandibular

2º) Osteotomia no corpo mandibular.

A técnica da osteotomia no corpo mandibular é recomendada nos casos em que há necessidade de se eliminar o espaço protético existente. Outros recomendam quando existe boa relação oclusal nos molares e quando o ângulo mandibular se apresentar normal. Figura 1

Nas poucas oportunidades que pudemos indicar a técnica no corpo mandibular, alertamos a possibilidade de haver má consolidação óssea, por presença de raízes dentárias e da presença do nervo limitando o traçado da osteotomia. Há relatórios de que houve pacientes que permaneceram com mordidas abertas. Figura 2 (2, 5, 7)

A técnica da osteotomia Sagital do ramo proposta por Obwegeser é

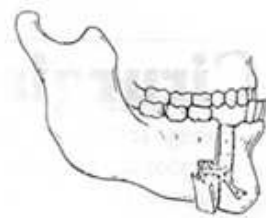


FIG. 1

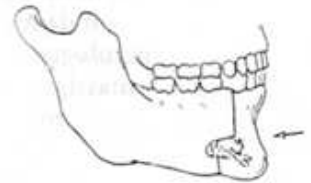


FIG. 2



\* Aspecto clínico e radiológico de paciente com prognatismo.

considerada pela grande maioria dos autores a técnica de eleição nos casos de avanço ou recuo mandibular. Figura 3

A técnica nos possibilita: – grande superfície de contato ósseo entre os fragmentos; – facilidade de consolidação óssea; – possibilidade de mudanças de posição entre os fragmentos tanto no avanço, como no recuo; – permite melhorar o contorno do ângulo mandibular; – diminui a chance de recidiva, porque a relação côndilo e glênóide permanece a mesma pré-ope-

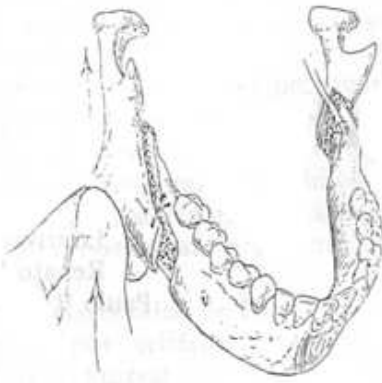


FIG. 3: Osteotomia sagital no ramo.

ratória; — facilita a adaptação dos músculos da mastigação às novas relações anatômicas e biomecânicas; — permite a correção de outras deformidades, como: o micrognatismo e o

laterognatismo. (4, 6, 7)

As desvantagens que relatam sobre a técnica, incidem na possibilidade de lesar o nervo alveolar, ocorrer hemorragias e edema pós-operatório importante.

Há possibilidades de ocorrer uma necrose asséptica do fragmento proximal.

#### Recidivas

Há inúmeras causas relatadas.

Citamos algumas:

- a) — planejamento inadequado;
- b) — ausência do tratamento ortodôntico pré e pós-operatório;
- c) — falta do guia oclusal;
- d) — técnica inadequada;
- e) — tempo de bloqueio (silêncio biológico necessário para a consolida-

ção óssea);

f) — memória muscular;

g) — excesso de recuo ou de avanço mandibular;

h) — macroglossia;

i) — indicação precoce da cirurgia, etc...

#### CONCLUSÃO:

O sucesso da cirurgia ortognática, quando bem planejada, proporciona ao portador do prognatismo uma recuperação no seu equilíbrio psico-social. Este estágio provém da devolução do balanço oclusal, da função mastigatória, da estabilidade dentária e da estética facial.

#### SUMMARY

The cranium facial deformities constitute a whole of abnormalities that result in aesthetic and functional damages to the patients.

The prognathism represents important pathology, determining aesthetic alterations and, more grave, functional implicating the chewing, phonation and the sleepiness.

Fortunately, the possibility of surgical correction brought new prospects of psychosocial and functional rehabilitation of this patients.

#### BIBLIOGRAFIA

1. MOLINA, O. F., Fisiopatologia craniomandibular. Pancast Ed. SP Pg. 385-388, 1989.
2. ZANINI, S.A., Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Ed. Revinter, Pg. 251-317, 1990.
3. BELL W. H. Surgical correction of dentofacial deformities Vol. II, Pg. 868-1010, 1980.
4. EPKER, B. and WOLFORD, L. Dentofacial deformities. Surgical orthodontic Correction. Pg. 03-111, 1980.
5. KRUGER, Cirurgia bucal e maxilofacial. Ed. Guanabara Koogan, 5ª Ed., Pg. 351-461, 1984.
6. HENDERSON, D. Atlas and text book of orthognatic surgery. Ed. Wolfe Medical., Pg. 171-237, 1985.
7. OBWEGESER, H. Indications for surgical correction of mandibular deformity by sagital spliting technique. Dr. J. Oral surg. 1:157-168, 1964.

# Hemorragia Digestiva Alta \*

Lourival Brito  
Renato B. Gai  
Paulo R. Reichert

## RESUMO

Os autores relatam um estudo retrospectivo de 297 prontuários, e 341 episódios de Hemorragia Digestiva Alta, de pacientes internados no Hospital São Vicente de Paulo num período de oito anos. Entre os vários fatores avaliados, pode-se observar que os pacientes eram predominantemente do sexo masculino, com idade média de 55 anos. Estes pacientes referiram, no momento de internação, história de hematêmese, e foram tratados de maneira clínica. Todos pacientes foram submetidos a esofagogastroduodenoscopia, através da qual foi possível identificar as lesões agudas da mucosa gastro-duodenal (LAMGA) como principal etiologia da Hemorragia Digestiva Alta.

### UNITERMOS:

- HEMORRAGIA DIGESTIVA
- LESÕES AGUDAS DA MUCOSA GASTRO-DUODENAL.
- ENDOSCOPIA

### KEY WORDS:

- DIGESTIVE BLEEDING
- ACUTE GASTRODUODENAL MUCOUS LESIONS
- ENDOSCOPY

ETIOLOGIA	Nº CASOS	%.
LAMGD	128	37,5
Ulc. Péptica	119	34,9
Ulc. Duodenal	84	24,6
Variz. esôfago	55	16,1
Ulc. Gástrica	35	10,3
Mall. Weiss	15	4,4
Esofagite	14	4,2
Neo. Gástrico	10	2,9
TOTAL	341	100,0

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA - TABELA 1 - ETIOLOGIA \*

\* Fonte: SAME HSVP

Obs.: em ulcerapéptica foram somados úlcera gástrica e duodenal.

## INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva é um quadro que assusta o paciente, e o leva, de imediato, à procura de atendimento médico. Desta forma, tem constituído-se numa das principais razões de atendimento em salas de emergência. Trata-se de uma emergência clínico-cirúrgica e, por isso, exige precisão e rapidez diagnóstica e terapêutica. Exige dos Socorristas o conhecimento da sua história natural.

Assim sendo, preocupamo-nos em determinar a etiologia, conduta diagnóstica, terapêutica e mortalidade da Hemorragia digestiva alta dos pacientes atendidos em nosso meio. Para tanto, realizamos um estudo retrospectivo

ETIOLOGIA	ÓBITOS	%.a	%.b
Varizes de esof.	16	44,5	29
LAMGD	11	30,5	8,3
Úlcera duodenal	7	19,5	8,3
Neoplasia gastr.	2	5,5	20
TOTAL	36	100	10,5

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA - TABELA 2 - MORTALIDADE

\* Fonte: SAME HSVP

a: %. em relação ao total de óbitos

b: %. em relação ao nº de episódios determinado por cada patologia.

tivo dos prontuários de pacientes admitidos ao Hospital São Vicente de Paulo, acometidos por esse quadro.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente levantamento é um

estudo retrospectivo, realizado com base nos prontuários dos pacientes admitidos ao setor de emergência do Hospital São Vicente de Paulo, no período compreendido entre 01 de

\* Trabalho realizado no Serviço de Residência de Cirurgia Geral do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo - RS.

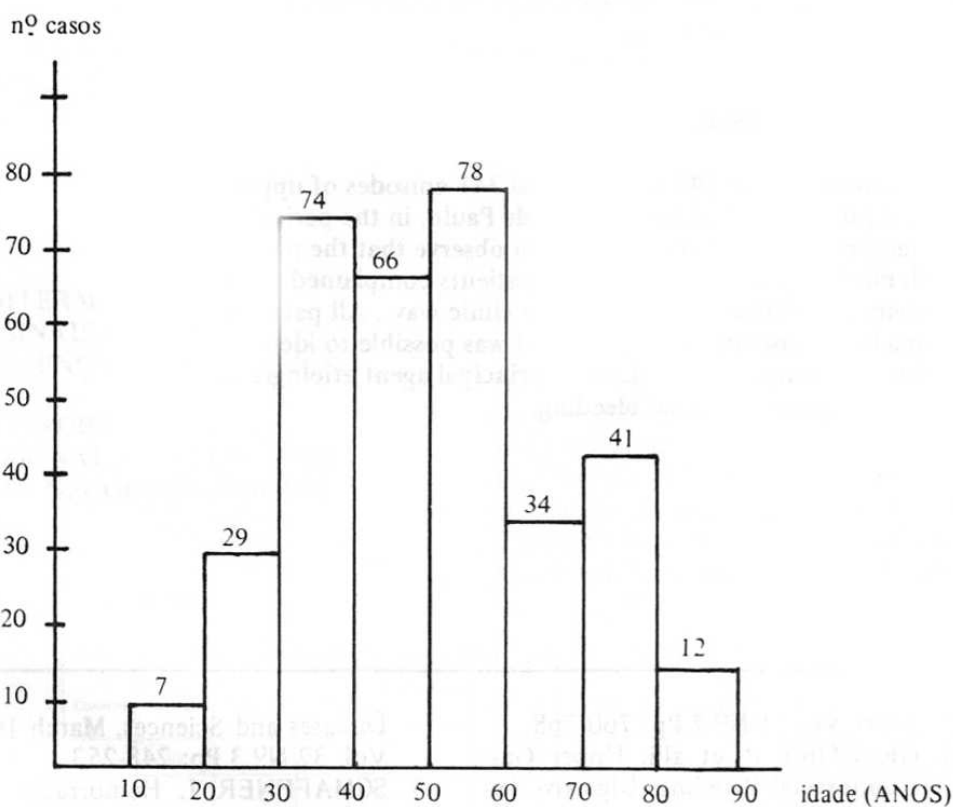
janeiro de 1980 a 31 de dezembro de 1988, com quadro de hemorragia digestiva alta. (HDA).

Foram revistos 297 prontuários, e um total de 341 episódios de HDA, o que se deve ao fato de alguns pacientes apresentarem recidivas do sangramento (pacientes que já haviam tido alta hospitalar e retornaram a sangrar).

O diagnóstico de HDA fora estabelecido por critérios endoscópicos, conforme Forrest (7). Discriminando o grupo de estudo, temos: 266 pacientes do sexo masculino e 75 do sexo feminino, numa relação de 3,5:1 em favor do primeiro. Em relação a faixa etária a média de idade encontrada foi aproximadamente 55 anos e variou dos 16 aos 84 anos. (Figura 1)

### Hemorragia Digestiva Alta

Gráfico nº 1 – Distribuição etária \*



\* Fonte: SAME HSVP

### RESULTADOS

Inicialmente, é importante ressaltar que em todos os pacientes a esofagogastroduodenoscopia (EGDC) foi realizada. Em 300 episódios, foi o único meio semiotécnico empregado, demonstrando uma eficácia na faixa dos 80%.

Verificamos, em primeiro lugar, a etiologia da HDA, a qual encontra-se

sumarizada no quadro 1. Constatase que as Lesões agudas da mucosa gastro-duodenal (LAMGD), são as responsáveis pelo maior número de casos de sangramento digestivo alto. Superando, embora que discretamente, o número de episódios determinados pela úlcera péptica (soma do número de episódios de úlcera duodenal e gástrica).

Cento e oitenta e dois pacientes chegaram à sala de emergência referindo história de hematêmese e melena; 94 referiram apenas hematêmese enquanto que 65 referiram melena. Portanto 276 pacientes que apresentaram HDA (81%), referiram queixa de hematêmese isolada ou associada a melena.

Com relação a conduta terapêu-

– sondagem e lavagem naso-gástrica

O controle laboratorial foi realizado através de eritogramas diários inicialmente, e posterior espaçamento com a melhora do paciente. O tratamento cirúrgico, quando necessário, foi voltado para o tratamento da causa básica, em pacientes com melhores condições clínicas, ou apenas paliativo. O sucesso destas medidas avaliamos através da mortalidade. (Quadro 2)

Podemos observar na tabela acima que dentre as patologias que determinam a HDA, a de pior prognóstico foi as varizes de esôfago.

### DISCUSSÃO

Por definição, hemorragia digestiva alta é todo o sangramento gastrointestinal que ocorrer proximal ao ângulo de Treitz (1, 2, 3, 10). No entanto, existe uma classificação baseada no grau de gravidade. (1, 3, 9)

- HDA LEVE: o sangramento é inferior a 10% da volemia, o que determina mínima ou nenhuma manifestação clínica.
- HDA MODERADA: a perda sanguínea localiza-se entre 10 e 20% da volemia, a frequência cardíaca está entre 100 e 120 batimentos/minuto, a pressão arterial sistólica está entre 80 e 100 mmHg e o Hematócrito entre 20 e 30%.
- HDA GRAVE OU MACIÇA: há um comprometimento da volemia superior a 30%, frequência cardíaca superior a 120 batimentos/minuto, pressão arterial sistólica inferior a 80 mmHg, hematócrito inferior a 20% e necessidade de reposição volêmica superior a 1,5 L de sangue total sem estabilização hemodinâmica.

O paciente portador de HDA é, na maioria dos casos, do sexo masculino e encontra-se na faixa etária entre 40-60 anos (2, 3, 10). Os trabalhos até a metade da década passada (1, 2, 10), apontavam a úlcera péptica como principal etiologia de HDA, seguida pelas LAMGD. No entanto, em trabalho recente, Sugawa (11) encontrou, numa revisão de seus resultados endoscópicos, uma tendência a inversão nesta relação, atribuindo a mesma ao aprimoramento médico, no sentido de fornecer maior sobrevida a pacientes graves e a um aumento no uso da automedicação.

O quadro clínico da HDA varia com a importância da perda sanguínea.

tica, pode-se constatar que 321 pacientes foram conduzidos clinicamente, através de internação em unidade de terapia intensiva, com:

- monitorização rigorosa de sinais vitais, diurese e manifestações de sangramentos.
- tratamento da causa básica
- cateterismo de veia central
- reposição volêmica
- medidas para diminuir o PH gástrico



Porém, o paciente refere, mormente, hematêmese acompanhada ou não de melena e, eventualmente, enterorragias (em sangramentos maciços) (2, 3, 10). Outros sinais podem ser encontrados, desde hipotensão postural até choque hipovolêmico. Para que ocorra melena é necessário um sangramento superior a 200 ml, e a queda da pressão arterial em posição ortostática em 10 mmHg indica uma perda sanguínea superior a 10%. (9).

A esofagogastroduodenoscopia (EGDC) tem-se constituído no método diagnóstico preferencial, com uma precisão diagnóstica entre 80-95%.

Com o raio X seriado de esôfago-estômago e duodeno esta precisão cai para 50%. (4, 5, 6, 11). A arteriografia é um método útil, e auxiliar em casos que a EGDC é inconclusiva (8, 11). Porém, exige sangramentos im-

portantes. A EGDC permite, além do diagnóstico, a instituição de medidas terapêuticas (embolização e/ou cauterização), e o estabelecimento de critérios prognósticos, classificados por Forrest da seguinte forma (5, 7, 10, 11):

- 1 a – sangramento em jato
- 1 b – porejamento de sangue
- 2 – coágulo aderente ou vaso visível
- 3 – sem sangramento

O tratamento de pacientes com HDA habitualmente é conservador, mas nas seguintes condições acha-se indicado tratamento cirúrgico: (2, 3, 10):

- necessidade de reposição superior a 1,5L em 24 horas
- recorrência do sangramento
- hemorragia associado a perfuração (raro)
- tipo raro de sangue

– sangramento por neoplasia

Apesar de ter havido uma significativa melhora técnica da medicina, a mortalidade da HDA vem mantendo-se constante na faixa de 10%, o que é explicado na literatura por um aumento na sobrevida de pacientes com doenças mais graves (2, 3, 10).

Pelos achados de nosso estudo podemos chegar a conclusões semelhantes as encontradas na literatura. É importante, mais uma vez, ressaltar os resultados de Sugawa, quanto a etiologia, e que foi corroborado pelo presente; ou seja de que a HDA, em nosso meio, é determinada por LAMGD, o que nos parece estar diretamente relacionado a melhores condições de se diagnosticar e tratar a úlcera péptica, evitando que ela se manifeste por suas complicações.

#### ABSTRACT

The authors report a retrospective study of 297 patients, and 341 episodes of upper gastrointestinal bleeding, admitted into the Hospital São Vicente de Paulo, in the period of 8 years. Between the different factors estimated, it is possible to observe that the patients were predominantly male, with middle age of 55 years. These patients complained, at the moment of admission, hematemese and they were treated by clinic way. All patients were submitted at esofagogastroduodenoscopy, through that it was possible to identify the Acute Gastroduodenal Mucous Lesions (AGDML) how principal agent etiologic of the upper gastrointestinal bleeding.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ALVES J. A. et alli. Hemorragia Digestiva Alta. *Jornal Brasileiro de Medicina*. Outubro de 1986. Vol 51, n 4, Pp: 52-79
2. COELHO L. G. V. in Dani R. & Castro L. P. **Gastroenterologia Clínica**. Ed. Guanabara Koogan. 1988. RJ. Vol. 1 Pp: 535-545
3. CONDO R. E. ? NYHUS L. M. **Manual de Terapêutica Cirúrgica**. Ed. Medsi. 1983. RJ. Pp: 121-128
4. ERICKSON R. A. ? GLICK M. E.. Why have controlled trials failed to demonstrate a benefit of esofagogastroduodenoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding? *Digestive diseases and Sciences*. July 1986. Vol 31 Nº 7 Pp: 760-768.
5. GREGORY P. et alli. Upper Gastrointestinal Bleeding. *Digestive Disease and Science*. July 1981 (sup) Vol 26 Nº 7 Pp: 65-69
6. LICHTENSTEIN J. L. Accuracy and reability of endoscopy and X ray in upper gastrointestinal bleeding. *Digestive Diseases and Science*. July 1981 (sup) Vol 26 Nº 7 Pp: 70-74
7. LUNA L. L. in Julio Moraes. **Gastroenterologia I**. Ed. Sarvier. SP. 1987 Pp: 217
8. KOWALL A. et alli. Agressive angiografic diagnosis in acute gastrointestinal hemorrhage. *Digestive Diseases and Sciences*. March 1987. Vol. 32 Nº 3 Pp: 248-253.
9. SCHAFFNER J. Hemorragia Gastrointestinal Aguda. *Clin. Méd. Am. do Norte*. 1986. Vol 5 Pp: 1115-1127.
10. SCHWATRZ S., SHIRES T., SPENCER F. & STORER E. H. **Princípios de Cirurgia**. Ed. Guanabara Koogan. 1988, RJ. Vol 2 Pp: 1161-1167.
11. SUGAWA C.. Diagnóstico e tratamento endoscópico do sangramento gastrointestinal alto. *Clin. Cir. Am. do Norte*. 1989 Pp: 1269-1287 Vol. 5

# A queixa principal da mulher dados do IGOPAM\*

Diogenes L. Basegio  
Glênio Spinato  
Tadeu U. Feres  
Jucelino P. Alves

## RESUMO

Foram vistas 1565 pacientes com os mais variados sinais e sintomas, catalogando-se conforme faixa etária de ocorrência. A queixa principal mais freqüente foi a leucorréia com 363 pacientes; a mastalgia vem a seguir com 233 pacientes e 235 pacientes chegaram à clínica relatando que apresentavam dor pélvica. Revisando os dados apresentados, observou-se que sempre foram encontrados sintomas na faixa etária dos 20 aos 40 anos. A amenorréia foi a patologia menos freqüente e motivou a consulta de apenas 9 pacientes (0,5%).

## UNITERMOS:

- SINAIS E SINTOMAS
- DOENÇA GINECOLÓGICA

## KEY WORDS:

- SIGNAL AND SYMPTOMS
- GYNECOLOGY DISEASE

## INTRODUÇÃO

Os prontuários do IGOPAM (Instituto de Ginecologia-Obstetrícia e Patologia Mamária) foram revistos desde agosto de 1985 e foram registrados 1541 atendimentos para a observação da queixa principal da mulher ao se dirigir à uma clínica de Ginecologia. As pacientes foram reunidas em gru-

- Consulta (inclui citopatológico, mamografia, exames periódicos de revisão...)
- Mastalgia.
- Nódulo de Mama.
- Leucorréia associada ou não à dor pélvica.
- Gestação.
- Irregularidade menstrual, com ou sem dismenorréia.

Tabela I - IGOPAM

	Consulta	Mastalgia	Nódulo de Mama	Leucorréia	Dor pélvica + Leucorréia	Dor Pélvica	Gestação	Dismenorréia	Irregularidade Menstrual	Metroragia	Disúria + Irritação Vulvar	Dispareunia	Esterilidade	Abortamento	Retocèle + Cistocele	Amenorréia
0 - 10	02	01		10						1						
10 - 20	17	20	13	42	07	14	25	19	15	02	4	1	1			
20 - 30	31	72	46	98	28	60	74	30	28	04	5	13	13	4	2	6
30 - 40	44	73	45	102	17	59	48	20	20	17	3	8	6	6	10	2
40 - 50	26	49	31	43	01	35	12	06	11	05	1	2			9	1
50 - 60	19	11	21	06		10	5		01	12		2			4	
>60 +	03	07	19	11		06			04				4			
TOTAL	142	233	175	312	53	184	164	75	75	44	14	26	20	10	29	9

\* Trabalho realizado no IGOPAM - Instituto de Ginecologia-Obstetrícia e Patologia Mamária e Serviço de Residência Médica G. O. do Hospital S. V. P. - Passo Fundo - RS.

pos conforme a sua patologia ou queixa principal e separadas também segundo sua faixa etária. Os sintomas e sinais, motivos da consulta, mais importantes relatados por elas são os que se seguem abaixo:

- Dispareunia.
- Disúria.
- Vulvites.
- Esterilidade.
- Distopias urogenitais.

A tabela I nos mostra o percentual de ocorrência de cada dado em relação à idade da paciente.

Este gráfico nos evidencia que a mastalgia e a leucorréia são os sintomas que tiveram ocorrência em todas as faixas etárias. Se consideramos apenas o período após a menarca, em todos os casos a metrorragia esteve presente, claro, que em percentual significativamente menor.

A vulvite acompanhada de irritação ou disúria, foi observada nos períodos onde a mulher tem realmente maior atividade sexual, ou seja, da menarca aos cinquenta anos.

Um dado importante é descrito abaixo:

De acordo com a estatística do IGOPAM, 1226 mulheres (78,3%) consultaram dos 20 aos 50 anos; estes dados coincidem com a estatística mundial e com a literatura atual, pois é nesta faixa etária onde ocorrem o grande percentual das patologias.

Os dados do IGOPAM mostram a realidade diária do consultório, onde atende-se um grande número de pacientes com o sintoma dor, menor número de casos de esterilidade e menor ainda o número de pacientes com amenorréia (de causa ginecológi-

ca).

Se somarmos o número total de pacientes que vêm ao consultório com a queixa "dor", veremos que são 585 mulheres (37,4%) e que abrangem a maioria das consultas.

Um dado que merece comentários é que num total de 1565 pacientes, apenas 10 consultaram por motivo de abortamento. Isto demonstra que o aborto sofre muitas restrições éticas e morais da sociedade.

O IGOPAM dedica-se, também, ao diagnóstico e tratamento de patologias mamárias. É por isso que observa-se uma grande incidência de consultas por este motivo.

Tabela II - IGOPAM

	Consulta	Mastalga	Nód. mama	Leucorréia	Dor Pélvica + Leucorréia	Dor Pélvica	Gestação	Dismenorréia	Irrég. menstrual	Metrorragia	Dis. + irrit. vulvar	Dyspareunia	Esterilidade	Abortamento	Retocelé. + Cistocele	Amenorréia	TOTAL
20 - 50	101	194	122	243	46	154	134	56	59	26	6	23	19	10	21	9	1226

### SUMMARY

It was seen 1565 patients with several Signs and symptoms, registering according to their age of occurrence. The main problem was leucorrhoea with 363 patients, mastalgia with 233 patients; and 235 patients got to the clinic with pelvicache. Looking over the numbers, it noticed that there were always symptoms. At the age from 20 to 40 years. The amenorrhoea was not the pathology very often, and it was noticed in just 9 patients. (0,5%).