

ANAIS DA I JORNADA ACADÊMICA E MOSTRA DE TRABALHOS DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVATES



ISBN 978-85-8167-234-2

EDITORA
UNIVATES

André Anjos da Silva
Adriane Pozzobon
(Organizadores)

Anais da I Jornada Acadêmica e Mostra de Trabalhos do Curso de Medicina da Univates

1ª edição



Lajeado, 2018



Universidade do Vale do Taquari - Univates

Reitor: Prof. Me. Ney José Lazzari

Vice-Reitor e Presidente da Fuvates: Prof. Dr. Carlos Cândido da Silva Cyrne

Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação: Profa. Dra. Maria Madelena Dullius

Pró-Reitor de Ensino: Prof. Dr. Carlos Cândido da Silva Cyrne

Pró-Reitora de Desenvolvimento Institucional: Profa. Dra. Júlia Elisabete Barden

Pró-Reitor Administrativo: Prof. Me. Oto Roberto Moerschbaecher



Coordenação e Revisão Final: Ivete Maria Hammes

Editoração: Marlon Alceu Cristófoli

Capa: Projetado por Creativeart / Freepik

Conselho Editorial da Editora Univates

Titulares

Adriane Pozzobon

Marli Teresinha Quartieri

Rogério José Schuck

Fernanda Cristina Wiebusch Sindelar

Suplentes

Fernanda Rocha da Trindade

Ieda Maria Giongo

João Miguel Back

Alexandre André Feil

Avelino Talini, 171 – Bairro Universitário – Lajeado – RS, Brasil

Fone: (51) 3714-7024 / Fone/Fax: (51) 3714-7000

editora@univates.br / <http://www.univates.br/editora>

J82 Jornada Acadêmica e Mostra de Trabalhos do Curso de Medicina da Univates (1. : 2017 : Lajeado, RS)

Anais da I Jornada Acadêmica e Mostra de Trabalhos do Curso de Medicina da Univates / André Anjos da Silva, Adriane Pozzobon (Org.) – Lajeado : Ed. Univates, 2018.

101 p.:

ISBN 978-85-8167-234-2

1. Medicina. 2. Trabalhos científicos. 3. Anais. I. Silva, André Anjos da. II. Pozzobon, Adriane. III. Título.

CDU: 61:001.89

Catálogo na publicação (CIP) – Biblioteca da Univates
Bibliotecária Andrieli Mara Lanferdini – CRB 10/2279

**AS OPINIÕES E OS CONCEITOS EMITIDOS, BEM COMO A EXATIDÃO,
ADEQUAÇÃO E PROCEDÊNCIA DAS CITAÇÕES E REFERÊNCIAS,
SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.**

Anais da I Jornada Acadêmica e Mostra de Trabalhos do Curso de Medicina da Univates

09 e 10 de outubro de 2017

COMISSÃO ORGANIZADORA DO EVENTO

- Prof. André Anjos da Silva
- Prof. Adriane Pozzobon
- Acad. Eduardo Lopes
- Acad. Evelyn Gracioli Pandolfi
- Acad. Marcelo Faedo Turra
- Acad. Marianna Bernardi Motta

AVALIADOR TRABALHOS – RESUMOS

- Prof. Adriane Pozzobon
- Prof. André Anjos da Silva
- Prof. Fernanda Rocha da Trindade
- Prof. Luiz Fernando Kehl
- Prof. Paulo Roberto Vargas Fallavena
- Prof. Ramatis Birnfeld de Oliveira
- Prof. Vanderlei Biolchi

AVALIADOR TRABALHOS - POSTER

- Prof. Adriane Pozzobon
- Prof. André Anjos da Silva
- Prof. Ângela Paveglio Teixeira Farias
- Prof. Cláudia Ferri
- Prof. Luciana Knabben de Oliveira Becker Delving
- Prof. Luiz Fernando Kehl
- Prof. Marcia Murussi
- Prof. Rafael Moreno Ferro de Araújo
- Prof. Ramatis Birnfeld de Oliveira
- Prof. Sérgio Luiz Kniphoff
- Prof. Vanderlei Biolchi

AVALIADOR TRABALHOS – APRESENTAÇÃO ORAL

- Prof. Luciana Knabben de Oliveira Becker Delving
- Prof. Ramatis Birnfeld de Oliveira
- Prof. Vanderlei Biolchi

APRESENTAÇÃO

Prezados leitores.

O curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates promoveu nos dias 09 e 10 de outubro de 2017, a I Jornada Acadêmica e Mostra de Trabalhos do curso. O evento teve como objetivo principal difundir o conhecimento através das diferentes áreas da medicina e promover espaço para aprendizagem, reflexão e discussão de assuntos relacionados à prevenção e promoção de saúde.

O evento contou com oficinas organizadas pelas ligas acadêmicas e apresentação de trabalhos nas modalidades pôster e oral. Assim, o evento proporcionou aos alunos e profissionais da área da saúde um local para desenvolvimento do conhecimento científico e crítico, para o aperfeiçoamento acadêmico e profissional dos participantes.

A seguir, são apresentados os 100 trabalhos apresentados no presente evento.

A todos uma boa leitura.

Comissão organizadora

SUMÁRIO

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM USUÁRIOS DE CRACK: COMO PROCEDER?	10
MANEJO EMERGENCIAL EM ERROS INATOS DO METABOLISMO (EIM) DE MANIFESTAÇÃO PEDIÁTRICA	11
PNEUMONIA LIPOÍDICA E A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: RELATO DE CASO	12
MANEJO NUTRICIONAL DO PACIENTE COM SÍNDROME DE RETT	13
AUMENTO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTE COM SÍNDROME METABÓLICA ASSOCIADA A DEPRESSÃO: UM RELATO DE CASO	14
ESTUDO COMPARATIVO DE DUAS TÉCNICAS PARA TRATAMENTO DE CERATOSES ACTÍNICAS: CRIOTERAPIA E 5-FLUOROURACIL	15
DESENVOLVIMENTO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA DESTINADA À EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES DE IDADE	16
MELANOMA MALIGNO DE MEMBRO SUPERIOR - QUANDO O DIAGNÓSTICO TARDIO RESULTA EM TRATAMENTO MUTILADOR	17
INVESTIGAÇÃO DE HIPERTIREOIDISMO DURANTE A GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO	18
HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO E SUAS CONSEQUÊNCIAS: RELATO DE CASO	19
DOENÇA DE HUNTINGTON: UMA SÉRIE DE CASOS	20
RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DIABETES MELLITUS PORTADOR DE NEUROPATIA	21
VIVÊNCIA NA MEDICINA INTERNA EM HOSPITAL D E PORTUGAL, RELATO DE EXPERIÊNCIA	22
COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES MELITTUS TIPO 2: RELATO DE CASO	23
PICADA DE JARARACA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
ADENOCARCINOMA EM BULBO DUODENAL: RELATO DE CASO	25
NEUROPATIA DIABÉTICA E A VISÃO DO PACIENTE SOBRE SUA DOENÇA	26
RELATO DE CASO DE PACIENTE COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E COMPLICAÇÕES METABÓLICAS E HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	27
SÍNDROME DE LI FRAUMENI - RELATO DE CASO DE PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA PRECOCE .	28
PÉ TORTO CONGÊNITO: UM RELATO DE CASO	29
PROTAGONISMO ESTUDANTIL FRENTE ÀS PROPOSTAS DE MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	30
NEUROPATIA DIABÉTICA NA VISÃO DO FAMILIAR DO PACIENTE	31
DOENÇA DE PAGET DE MAMA EM PACIENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO	32
HIRSUTISMO IDIOPÁTICO FAMILIAR: RELATO DE CASO	33
REPRESENTATIVIDADE DA JUNÇÃO ESCAMO-COLUNAR NA COLETA DO CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO EM UM SERVIÇO ESCOLA DE LAJEADO, RS	34

NEFROPATIA DIABÉTICA E A PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE SUA DOENÇA.....	35
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ANÁLISE REFLEXIVA.....	36
TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: RELATO DE CASO	37
PERCEPÇÃO DE UM PACIENTE DIABÉTICO COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA ACERCA DE SEU PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	38
NEFROPATIA DIABÉTICA E A PERSPECTIVA DO FAMILIAR	39
RELATO DE CASO DE PACIENTE COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS QUE ENGRAVIDOU EM AMENORREIA	40
PREVALÊNCIA DE HEPATITES B E C EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS EM LAJEADO/RS	41
RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM SÍNDROME DE PRADER-WILLI DIAGNOSTICADO PRECOCEMENTE	42
RELATO DE CASO SOBRE MIOCARDITE	43
LABORATÓRIO SENSORIAL: UMA VISÃO REALÍSTICA DA NEUROPATIA DIABÉTICA.....	44
LABORATÓRIO SENSORIAL – COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS: CARDIOPATIA.....	45
COMPREENSÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES: RETINOPATIA - A PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE O ADOECIMENTO.....	46
LABORATÓRIO SENSORIAL SIMULANDO RETINOPATIA DIABÉTICA: UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR DA PERSPECTIVA DO PACIENTE CRÔNICO	47
ERRO DIAGNÓSTICO POR EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS EM PACIENTE PRATICANTE DE CROSSFIT : RELATO DE CASO	48
ESOFAGITE POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: RELATO DE CASO.....	49
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO: RELATO DE CASO .	50
TERATOMA CÍSTICO MADURO COM CONGESTÃO VASCULAR EM TUBA UTERINA DE GESTANTE: UM RELATO DE CASO	51
RELATO DE CASO: CORNO CUTÂNEO NA FACE	52
DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA DE PARKINSON: UTOPIA OU FUTURO PRÓXIMO?.....	53
INEFETIVIDADE TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: SITUAÇÃO MULTIFATORIAL	54
OSTEOMIELITE CRÔNICA EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATOIDE GRAVE: RELATO DE CASO ...	55
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE EM PACIENTE MASCULINO: RELATO DE CASO.....	56
PERFURAÇÃO INTESTINAL POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO.....	57
LABORATÓRIO SENSORIAL: CONHECENDO A NEFROPATIA DIABÉTICA	58
GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA EM ADOLESCENTE, CONCOMITANTE AO USO DE ISOTRETINOÍNA ORAL: RELATO DE CASO.....	59

FARMACODERMIA E HIPOTIREOIDISMO SECUNDÁRIOS AO USO DA QUETIAPINA PARA TRANSTORNO DA ANSIEDADE.....	60
ATRASO DO TEMPO CIRÚRGICO EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA, UM RELATO DE CASO....	61
DISTROFIA MUSCULAR DE BECKER: UM RELATO DE CASO	62
ESQUIZENCEFALIA PARIETAL BILATERAL: RELATO DE CASO	63
RELATO DE CASO: MORTE ENCEFÁLICA PÓS-CRANIOTOMIA DE RESSECÇÃO DE TUMOR CEREBELAR	64
PET-SAÚDE MEDICINA: AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE AOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE LAJEADO/RS	65
RELATO DE CASO DE INFECÇÃO FÚNGICA INVASIVA	66
PÂNCREAS DIVISUM - O LADO OCULTO DA PANCREATITE AGUDA: RELATO DE CASO	67
OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR VOLVO DE COLO DIREITO.....	68
ATENDIMENTO DA CRISE SUICIDA: DIFERENÇAS ENTRE QUEM PLANEJA E QUEM TENTA SUICÍDIO	69
DIFERENTES MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA COINFEÇÃO PACOCCIDIODOMICOSE/HIV: RELATOS DE CASO.....	70
TIREOIDITE DE HASHIMOTO: RELATO DE CASO.....	71
TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO: RELATO DE CASO.....	72
DOENÇA CELÍACA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS - UMA REVISÃO BASEADA EM CASO CLÍNICO	73
VITAMINA D E DOENÇAS AUTOIMUNES.....	74
ANÁLISE DAS METAS 90-90-90 DA UNAIDS EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DO INTERIOR DO RS.....	75
RELATO DE CASO: HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO	76
IMUNODEFICIÊNCIA COMBINADA GRAVE: RELATO DE CASO.....	77
HIPOTIREOIDISMO POR TRATAMENTO COM IODO RADIOATIVO: RELATO DE CASO	78
TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL EM INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO.....	79
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO DO VALE DO TAQUARI NO ANO DE 2015	80
FLEBOTOMIA EM HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO	81
MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO.....	82
NEURITE ÓPTICA INFLAMATÓRIA ASSOCIADA AO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO.....	83
PERFIL DE MORTALIDADE POR DIABETES MELLITUS NA REGIÃO DE SAÚDE 29 E NO MUNICÍPIO DE LAJEADO DE 1996 A 2014	84
RELATO DE CASO: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	85
ACOLHIDA SOLIDÁRIA: AÇÕES INTEGRATIVAS ENTRE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA.....	86

TRATAMENTO DA SÍNDROME PULMÃO-RIM ASSOCIADA A GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE (GPA) COM RITUXIMABE: RELATO DE CASO	87
ANEURISMA CORONARIANO POR DOENÇA DE KAWASAKI : RELATO DE CASO	88
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS DO HUMOR DO HOSPITAL SÃO JOSÉ	89
RELATO DE CASO DE TUMORES METACRÔNICOS: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE, LINFOMA NÃO-HODGKIN, ADENOCARCINOMA METASTÁTICO DE ESTÔMAGO E LEUCEMIA LINFÓIDE CRÔNICA	90
ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: RELATO DE CASO	91
EXTENSA DESTRUIÇÃO ARTICULAR DO QUADRIL E SACROILÍACA POR TUBERCULOSE	92
DOENÇA DE KAWASAKI: RELATO DE CASO	93
RELATO DE CASO: CORPO ESTRANHO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO APÓS REMOÇÃO DE CERUME COM CONE CHINÊS	94
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NA REGIÃO DO VALE DO TAQUARI	95
PUSTULOSES CUTÂNEAS BENIGNAS DO PERÍODO NEONATAL, UMA REVISÃO	96
AMAMENTAÇÃO PROLONGADA LIGADA AO DESENVOLVIMENTO DE DOENÇA ATOPICA E ALERGIAS	97
DEPRESSÃO EM PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO	98
“O JULGAMENTO DO GLICÍDIO” - IMPLICAÇÕES NO DIABETES MELLITUS E COMORBIDADES. ESTUDO BASEADO EM METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO E APRENDIZAGEM	99
A INFLUÊNCIA DA VARIAÇÃO SAZONAL DA TEMPERATURA NA PRESSÃO ARTERIAL	100

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM USUÁRIOS DE CRACK: COMO PROCEDER?

Letícia Leão Alvarenga¹, Renata Sartor Fachinelli¹, Ronaldo Rodrigue Oliveira²,
Rafael Moreno Ferro de Araújo³

¹ Acadêmicas de Medicina da Univates

² Residente de psiquiatria do Hospital de São José de Arroio do Meio

³ Professor orientador da instituição Univates

Email: leticialeaoalvarenga@gmail.com

Introdução: O Brasil representa 20% do consumo mundial de crack e é o maior mercado mundial da droga. Além dos efeitos físicos que pode causar, a substância também causa complicações psiquiátricas, que são o principal motivo de busca por atenção médica entre os usuários. Elas podem decorrer tanto na intoxicação aguda quanto na síndrome de abstinência da substância. A consequência do uso de crack em médio e longo prazo é a fácil dependência após o uso inicial e causa grande desconforto durante abstinência gerando depressão, ansiedade e agressividade contra terceiros, levando ao retorno ao uso da droga. Pode também apresentar atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranoia, colocando em risco a própria vida e a dos outros. O paciente em surto psicótico deve ser hospitalizado até a melhora dos sintomas e a contenção mecânica só deve ser utilizada quando o mesmo se torna violento. **Objetivo:** Fazer a revisão bibliográfica de como manejar um paciente usuário de crack em emergências psiquiátricas. **Método:** Relato de protocolo clínico criado pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital São José (Arroio do Meio-RS) baseado em revisão bibliográfica visando o manejo emergencial de pacientes em síndrome de abstinência pelo crack. Foi acessada o banco de dados PubMed, livros, cartilhas e outros artigos científicos pertinentes. **Resultados:** Foram encontrados 25 artigos, sendo que alguns não abordavam tratamentos. Foi então montado o seguinte protocolo de atendimento: em casos de ansiedade leve ou moderada, o manejo não-farmacológico, baseado em técnicas cognitivo-comportamentais de manejo de fissura devem ser utilizadas; em reações de agitação psicomotora ou ansiedade grave utiliza-se a associação farmacológica de Clonazepam até 12mg/dia, Olanzapina 20mg/dia, Biperideno 6mg/dia e Clonidina 0,3mg/dia. **Conclusão:** Inicialmente é necessária uma avaliação do paciente, para saber sobre o efetivo consumo de crack, horário aproximado do último uso, e substâncias utilizadas em conjunto (tabaco, álcool e outras drogas ilícitas). A partir deste perfil, ele deverá ser encaminhado ao ambiente e ao modelo de atenção adequado. Deve ser verificado o grau de dependência e o uso nocivo, assim como a intenção voluntária de busca de ajuda para o tratamento, assim como a necessidade de internação involuntária e compulsória. Além do desafio do tratamento adequado da síndrome de abstinência, a abordagem da prevenção de recaída é outra peça-chave no prognóstico do paciente.

Palavras-chave: Emergência. Psiquiatria. Manejo.

MANEJO EMERGENCIAL EM ERROS INATOS DO METABOLISMO (EIM) DE MANIFESTAÇÃO PEDIÁTRICA

Letícia Leão Alvarenga¹, Renata Sartor Fachinelli¹, André Anjos da Silva²

¹Acadêmicas de Medicina da Univates

²Professor orientador da Univates

Email: leticialaovarenga@gmail.com

Introdução: Os erros inatos do metabolismo (EIM) são distúrbios de natureza genética que geralmente correspondem a um defeito enzimático capaz de acarretar a interrupção de uma via metabólica. Ocasionalmente, portanto, alguma falha de síntese, degradação, armazenamento ou transporte de moléculas no organismo. Por serem relativamente raras, a demora no diagnóstico e tratamento pode trazer danos irreparáveis ao sistema nervoso central da criança. Por outro lado, sabe-se que o esforço na detecção e a intervenção precoces nesses pacientes são recompensados por evoluções clínicas favoráveis. **Método:** Revisão bibliográfica com foco em EIM de manifestação pediátrica **Objetivo:** Revisar o manejo emergencial em casos de EIM. **Resultados:** Um quadro suspeito de EIM envolve crianças que apresentem agudamente um quadro de deterioração geral do sensorio ou que, além disso, apresentem odores peculiares, catarata, visceromegalias ou dismorfias. Deve-se considerar pacientes com uma modificação alimentar, com história de recorrência familiar ou de consanguinidade entre os pais. Os procedimentos de emergência no manejo de EIM incluem a coleta de material para análise laboratorial, como exames sanguíneos e testes de urina, que direcionam a suspeita para determinados tipos de EIM. Também deve ser feito o tratamento do desequilíbrio metabólico (desidratação, acidose, hipoglicemia e distúrbio eletrolítico). Por fim, a suspensão da ingestão de proteínas e carboidratos por cerca de 24 horas, mantendo nutrição parenteral, e, quando possível, a suplementação com cofatores que podem aumentar a atividade da enzima residual. Com a manifestação aguda controlada, segue-se para o controle permanente. **Discussão:** A triagem neonatal é fundamental e possibilita sua detecção em fase pré-clínica, prevenindo o dano neurológico ou mesmo a morte que essas patologias podem ocasionar. Muitas crianças portadoras de EIM parecem ser normais ao nascimento. Os sintomas poderão se iniciar desde as primeiras horas até as primeiras semanas de vida. A clínica que alia a história da doença e um bom exame físico contribui para um diagnóstico preciso e é capaz de conduzir para a realização de exames laboratoriais confirmatórios mais adequados, para a terapêutica precoce, quando esta já se encontra desenvolvida, assim como para o aconselhamento genético. **Conclusões:** Diagnosticar rapidamente é essencial para impedir o agravamento e a irreversibilidade dos sintomas.

Palavras-chave: Emergência. Erros Inatos do Metabolismo. Aconselhamento Genético.

PNEUMONIA LIPOÍDICA E A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: RELATO DE CASO

Bruna Zagonel¹, Carolina Dolinski¹, Bruna De Nez De Barba¹, João Henrique Ardenghi Feldens²

1 Acadêmicas de Medicina, Centro Universitário UNIVATES.

2 Médico Radiologista, Docente do Curso de Medicina da UNIVATES.

bruna.zagonel@gmail.com

Introdução: A pneumonia lipóidica é decorrente da aspiração de óleo mineral, de óleos vegetais e animais presentes nos alimentos ou nos medicamentos e pode resultar em pneumonia lipóide (lipóidica). A causa mais comum é o uso de óleo mineral para tratamento da constipação. O padrão encontrado nos exames de imagem pode sugerir muitas doenças sendo a história clínica de extrema importância para um diagnóstico final e tratamento adequado. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo descrever via relato de caso, os achados radiológicos e a importância da história clínica para o diagnóstico diferencial. **Métodos:** Como procedimentos metodológicos utiliza a coleta de dados via consulta de banco de imagens e entrevista com paciente do estilo anamnese. **Conclusão:** A pneumonia lipóidica é, na maioria das vezes, difícil de diagnosticar por mimetizar várias outras doenças no aspecto clínico e radiológico. O diagnóstico final é baseado na história clínica de uso do óleo mineral, achados radiológicos compatíveis e na presença de lipídios intra-alveolares ou macrófagos carregados de lipídios no lavado bronco alveolar. Assim para um manejo e tratamento adequado desses pacientes é necessária uma história clínica completa que possa fornecer dados para a pneumonia dessa etiologia ser suspeitada.

Palavras-chave: Pneumonia aspirativa. Diagnóstico diferencial. Pneumonia exógena.

MANEJO NUTRICIONAL DO PACIENTE COM SÍNDROME DE RETT

Bruna De Nez De Barba¹, Carolina Dolinski¹, Bruna Zagonel¹, Isaac Bertuol²,
Josemar Marchezan³

¹Acadêmicas de Medicina, Univates

²Médico Neurocirurgião, professor de Medicina da Univates

³Médico Neuropediatra, professor de Medicina da Univates

bruna.barba@universo.univates.br

Introdução A Síndrome de Rett (SR) foi descrita pela primeira vez pelo neurologista alemão Andreas Rett em 1966 como uma desordem neurológica que afeta o desenvolvimento. É mais prevalente em meninas, com uma incidência de um caso para 10.000 nascidos vivos. Apresenta como clínica retardo mental severo, hipotonia muscular, movimentos estereotipados, ataxia de marcha, perda da expressão facial e regressão no desenvolvimento com perda progressiva de habilidades motoras e de fala já adquiridas. É causada pela mutação no gene MECP2 localizado no cromossomo X. Atualmente não existe tratamento específico para a SR, sendo realizadas intervenções sintomáticas e preventivas. Dentre os principais pilares do tratamento da SR inclui-se o manejo nutricional agressivo, com atenção especial ao consumo adequado de calorias e ao metabolismo do cálcio e da vitamina D. **Objetivo** Descrever o manejo nutricional do paciente com SR. **Materiais e métodos** Revisão de literatura. **Resultados** Devido ao distúrbio motor presente na síndrome, a capacidade de mastigação e deglutição pode ser afetada, dificultando a ingestão e podendo prejudicar o estado nutricional. Logo, o ganho pondero-estatural pode ser afetado. Sendo assim, recomenda-se uma dieta contendo as necessidades diárias de nutrientes essenciais, que deve ser administrada em pequenas refeições oferecidas ao longo do dia. Ressalta-se que não há evidências de que dietas com restrição ao glúten ou à lactose promovam o crescimento. Alguns pacientes podem se beneficiar da gastrostomia, que proporciona refeições com tempo mais curto e garantia de volume recebido, além de reduzir infecções pulmonares por aspiração. Contudo, não parece reduzir a incidência de vômitos, refluxo, constipação ou dor. Em estudo realizado com a participação multidisciplinar de profissionais, a maioria concordou que a gastrostomia deve ser considerada nos casos em que as tentativas de aumentar a ingestão calórica por via oral tiverem fracassado; quando a disfunção oromotora estiver causando uma deglutição não-segura; e quando a duração do tempo de alimentação estiver causando estresse, especialmente na criança. É fundamental que a dieta seja pensada de forma individual, observando as necessidades de cada indivíduo. Em relação ao cálcio, recomenda-se aumentar a ingestão de alimentos ricos no mineral. Quando for insuficiente, deve-se considerar o uso de suplementação, assim como em relação à vitamina D. **Conclusão** Por se tratar de uma síndrome multissistêmica, requer tratamento multiprofissional, visando minimizar os seus diversos danos. O manejo nutricional é apenas uma parte do tratamento, porém é essencial para a melhor qualidade e expectativa de vida. Deve-se sempre priorizar a terapia menos invasiva, ou seja, a dieta adequada, mas a gastrostomia é uma opção que deve sim ser considerada em alguns casos.

Palavras-chave: Síndrome de Rett. Neurodesenvolvimento. Nutrição. Gastrostomia.

AUMENTO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTE COM SÍNDROME METABÓLICA ASSOCIADA A DEPRESSÃO: UM RELATO DE CASO

Marjurye Gross Ramos Pereira(1), Luísa Gonçalves da Cunha(1),
Lina Ruppenthal Schneider(1), Marcia Murussi, MD, PhD(2)

(1) Alunas do curso de Medicina da Univates

(2) Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina.

Introdução: A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo, que engloba um conjunto de fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e diabetes. Dentre os critérios diagnósticos, encontram-se obesidade visceral e resistência à insulina (com a presença de pré-diabetes ou diabetes), dislipidemia (HDL baixo e triglicerídeos aumentados) e hipertensão. Muitos estudos têm mostrado a presença de complicações psicológicas associadas à SM, tais como depressão e ansiedade. **Objetivos:** Descrever o caso de uma paciente com síndrome metabólica e depressão. **Materiais e métodos:** Coleta de dados do prontuário de uma paciente do ambulatório de especialidades médicas da Univates. **Relato de Caso:** Paciente de 51 anos, feminina, branca, com hipotireoidismo, hipertensão arterial, diabetes melitus, dislipidemia e depressão, já em tratamento. Queixa-se de falta de motivação, de choro frequente, de que ganhou mais de 25 kg, desde que sua mãe faleceu há 4 anos. Está em tratamento há dois anos com fluoxetina 80 mg/dia e topiramato 150 mg (sem melhora efetiva), sinvastatina, fenofibrato, ácido acetilsalicílico, metformina, anlodipino, metildopa, metoprolol, espironolactona, furosemida, losartana, levotiroxina, e omeprazol. Ao exame, apresenta facies cushingóide, acantose nigricans no pescoço, obesidade abdominal, com abdômen em avental, peso 123 kg, circunferência abdominal 126 cm, pressão arterial 120/80 mmHg. Exames recentes: colesterol 130 mg/dL, HDL 30 mg/dL, triglicerídeos 340 mg/dL, TSH 6,87 mU/mL glicemia de jejum 144 mg/dL e Hba1c 7,2 % (4-6 %). Ecocardiografia transtorácica com sinais típicos de cardiopatia hipertensiva. Foram solicitados exames para excluir Síndrome de Cushing, outra doença endocrinológica que está associada à obesidade e distúrbios psiquiátricos. **Conclusão:** A terapia medicamentosa, isoladamente, não tem se mostrado eficaz, necessitando de uma abordagem terapêutica mais incisiva nas alterações do estilo de vida. A paciente deve aderir a uma dieta para a perda de peso. A atividade física deve ser estimulada. O tratamento medicamentoso da depressão deve ser modificado, e psicoterapia poderá ser iniciada, já que auxilia na melhor aceitação e enfrentamento das doenças, ajudando na reintegração social desta paciente. Além disso, devido à interferência do quadro depressivo na adoção de mudanças de estilo de vida e na aderência ao tratamento medicamentoso pela paciente, a psicoterapia com o atendimento multidisciplinar pode trazer resultados promissores.

Palavras-chave: Síndrome Metabólica. Depressão. Risco cardiovascular.

ESTUDO COMPARATIVO DE DUAS TÉCNICAS PARA TRATAMENTO DE CERATOSES ACTÍNICAS: CRIOTERAPIA E 5-FLUOROURACIL

Camila Borscheid⁽¹⁾, Julia Rangel de Mello Affonso⁽¹⁾, Dóris Milman Shansis⁽²⁾

(1) Alunas do curso de Medicina da UnivatesS;

(2) Médica Dermatologista, Mestre em Dermatologia; Professora do curso de Medicina;

Contato: camila.borscheid@univates.br

Introdução As neoplasias malignas de pele são extremamente frequentes na população mundial e a sua incidência tem aumentado a cada ano. Os carcinomas basocelular e espinocelular são os mais frequentes, representando cerca 25% de todas as neoplasias malignas e 90% dos cânceres da pele diagnosticados no Brasil. As ceratoses actínicas são lesões da pele, resultantes da proliferação atípica de queratinócitos epidérmicos que podem se transformar em carcinoma espinocelular ou de células escamosas (CEC). Ocorrem, predominantemente, em indivíduos de fototipos mais baixos, idosos ou de meia-idade devido a exposição solar prolongada. Embora a maior parte dessas lesões não progrida para o CEC, este origina-se, principalmente, de ceratoses actínicas pré-existentes. Uma vez que não é possível identificar as lesões que possam progredir para o CEC, é necessário, portanto, o tratamento de todas as lesões. **Objetivos:** comparar duas técnicas consagradas na literatura e utilizadas na prática médica para o tratamento das ceratoses actínicas – a crioterapia com nitrogênio líquido e a aplicação tópica de 5-fluorouracil – em relação à eficácia, grau de adesão, desconforto e satisfação dos pacientes **Materiais e Métodos:** Serão avaliados pacientes com diagnóstico clínico de ceratoses actínicas, exclusivamente no dorso de ambas as mãos, atendidos no Ambulatório de Especialidades Médicas da Univates no setor de Dermatologia. Serão formados dois grupos: o Grupo A, que se refere ao dorso da mão direita do paciente, será tratado através da crioterapia com nitrogênio líquido, e o Grupo B, que se refere ao dorso da mão esquerda do mesmo paciente, será tratado com 5-fluorouracil tópico. O paciente retornará em 15 dias para revisão e em 45 dias após o início do tratamento para avaliação do resultado final. Serão realizados registros fotográficos padronizados em ambas as mãos antes do início de ambos os tratamentos e nas consultas de revisão para futura análise comparativa. **Resultados Esperados:** Acredita-se que a crioterapia deve apresentar resultados melhores pois depende apenas do profissional que realiza o tratamento, enquanto o 5-fluorouracil é aplicado pelo próprio paciente, no seu domicílio, dependendo, portanto, da adesão e uso correto para obtenção de melhores resultados.

Palavras-chave: Queratose actínica. Tratamento. Criocirurgia. 5-fluorouracil.

DESENVOLVIMENTO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA DESTINADA À EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES DE IDADE

Amanda Pacheco¹, Augusto Konrath¹, Carolina da Silva Stumpf¹, Elisa Hoerbe¹,
Hélio Tarnoski Filho¹, Inaiá Lourenzon¹, Jaqueline Schnorr¹, Jocilaine Mendes¹,
Lauana Lovatto¹, Luiza Trevizan¹, Cláudia Ferri²

¹ Acadêmicos do curso de Medicina Univates

² Médica Pediatra e Professora da Univates

E-mail: claudia.ferri@univates.br

Introdução: Há certa dificuldade e escassez de recursos físicos, estruturais e materiais em grande parcela dos serviços de saúde. Manuais de cuidado em saúde e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas. A contribuição desses materiais para a promoção da saúde depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração. A qualidade da cartilha, bem como a adequação da linguagem e das ilustrações são relevantes para um bom entendimento dos pais e cuidadores. Um material educativo de alta qualidade requer informações confiáveis e o uso de vocabulário claro, para permitir o entendimento de seu conteúdo. **Objetivo:** Descrever o processo de construção de uma cartilha educativa dirigida à promoção de saúde de crianças de 0 a 12 meses de idade acompanhadas no Ambulatório de Pediatria da CURES. **Materiais e Métodos:** O método da pesquisa-ação foi seguido durante todo o processo de desenvolvimento da cartilha. Para o desenvolvimento do material educativo o estudo foi composto por doze colaboradores. A elaboração da cartilha foi realizada no período de agosto a setembro de 2017 e composta por quatro fases - sistematização de conteúdo, composição do conteúdo, escolha das ilustrações e validação da cartilha pelos colaboradores. Foram escolhidos o 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês de vida do bebê e os marcos de desenvolvimento dos períodos correspondentes. A partir disso, orientações foram elaboradas obedecendo cada idade correspondente e ilustrações foram escolhidas a fim de representar e facilitar as condutas mãe-bebê/responsável-bebê. A cartilha educativa é destinada às mães ou responsáveis por crianças de 0 a 12 meses de idade que realizam atendimento na CURES e o material pode ser consultado no domicílio, caso existam dúvidas, sobre a estimulação a ser realizada em cada marco do desenvolvimento do bebê. **Resultados:** A versão final da cartilha foi aprovada pelos participantes do estudo e constitui um instrumento criativo para auxiliar nas atividades de educação em saúde dirigida a mães e responsáveis por bebês de 0 a 12 meses de idade. O material educativo direciona as condutas e orienta na memorização dos conteúdos a serem utilizados pela mãe ou responsável. **Conclusão:** Essa metodologia mostrou-se adequada, de fácil compreensão e condução para o alcance do objetivo proposto, abrindo novo e estimulante caminho para as atividades de Educação em Saúde. Este estudo contribuirá para o preparo técnico-intelectual das mães ou responsáveis por crianças de 0 a 12 meses de idade promovendo o desenvolvimento adequado dos marcos de desenvolvimento do bebê.

Palavras-chave: Marcos do desenvolvimento. Estimulação precoce. Puericultura.

MELANOMA MALIGNO DE MEMBRO SUPERIOR - QUANDO O DIAGNÓSTICO TARDIO RESULTA EM TRATAMENTO MUTILADOR

Marjurye Gross Ramos Pereira(1), Gabriel Alves Martinelli(1), Igor Minasi Stankevicius(1)
Douglas Coltro(2), Prof. Caroline Dalla Lasta Frigeri(3)

(1) Acadêmicos do Curso de Medicina da Univates, Lajeado, RS

(2) Serviço de Oncologia- Hospital Bruno Born, Lajeado, RS

(3) Serviço de Oncologia do Hospital Bruno Born, Lajeado, RS e Professora do Curso de
Medicina da Univates, Lajeado, RS.

marjuryegross@hotmail.com/marjurye.pereira@universo.univates.br

Introdução: Uma alteração num nevo pode ser o primeiro sinal de alerta do melanoma. O médico deve estar atento, pois o melanoma pode surgir de diferentes maneiras e muitas vezes o diagnóstico só pode ser realizado pela retirada da lesão e exame anatomopatológico. **Objetivos:** Descrever o caso de um paciente com diagnóstico de melanoma tardio que evoluiu para cirurgia de desarticulação de membro. **Materiais e métodos:** Estudo qualitativo e exploratório, em formato de relato de caso. Este projeto teve aprovação do Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Bruno Born, em Lajeado – RS. **Resultado:** Mulher, 52 anos, branca, doméstica, apresentou lesão nodular em braço direito há um ano. Diagnóstico clínico de lesão benigna. Retornou após crescimento e ulceração da lesão associada à dor. Encaminhada para biópsia e após diagnóstico de melanoma para tratamento em CACON de referência. Apresentava lesão de 20 cm, necrótica, extensiva para a região articular do ombro direito e adenomegalias axilares direita. Indicada cirurgia de desarticulação do membro. **Conclusão:** Sabe-se que o melanoma maligno é uma lesão potencialmente grave, com grande risco de produzir metástases e altas taxas de mortalidade nos estágios avançados. Num primeiro momento o diagnóstico é clínico e leva em conta o aspecto da lesão. Quando não diagnosticado e não tratado precocemente, o tumor aumenta de tamanho, podendo haver ulceração, sangramento, dor ou inflamação. É necessário um olhar acurado do médico no intuito de diagnosticar precocemente estas lesões para evitar tratamentos mutiladores como no caso descrito.

Palavras-chave: Melanoma. Diagnóstico. Tratamento.

INVESTIGAÇÃO DE HIPERTIREOIDISMO DURANTE A GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

Gabriela Alérico Casaril⁽¹⁾; Camila Borscheid⁽¹⁾; Ana Lucia Abujamra⁽¹⁾; Marcia Murussi⁽²⁾

(1) Discentes do curso de Medicina da Univates

(2) Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina.

Contato: gabriela.casaril@universo.univates.br

Introdução: Durante a gestação, a gonadotrofina coriônica humana (hCG) estimula a secreção de hormônios da tireoide e, por sua similaridade estrutural com o hormônio tireoestimulante (TSH), diminui as concentrações maternas do TSH, que pode estar supresso em até 18% das gestações no primeiro trimestre. O desafio é o diagnóstico diferencial com o hipertireoidismo materno e suas causas. A incidência de hipertireoidismo fetal e neonatal é de 1% a 5% em todas as mulheres com história ativa ou prévia de hipertireoidismo, e está associada ao aumento da morbidade e mortalidade fetal/neonatal. **Objetivo:** Relatar um caso exemplificando investigação e conduta para hipertireoidismo durante a gestação. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados do prontuário do Centro Clínico da UNIVATES, de acordo com a Resolução 466/12. **Descrição do caso:** Paciente de 23 anos, parda, gestante (G1A0P0) de 36+6 semanas, vem à consulta em 30/08/17 com TSH de 0,02 (0,4-4,5 mUI/mL), sem outras alterações laboratoriais, queixas ou comorbidades. Ao exame físico: bom estado geral, normotensa, frequência cardíaca de 86 bpm, raras extrassístoles, eupneica. Nódulo palpável em lobo direito da tireoide de 1,5 a 2 cm. Apresentava TSH de 0,039 mUI/mL em 31/07/2017, e de 0,082 mUI/mL em 24/08/2017. Foram solicitados anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb), TSH, T4 total e hemograma e, após a coleta imediata, foi iniciado metimazol 5 mg uma vez ao dia. Em 13/09/2017 a paciente retornou assintomática com TRAb de 0,65 (positivo > 1,75 UI/L), T4 total de 13,14 (6,9-12,33 ug/dL), TSH de 0,16 mUI/mL, leucócitos totais 8.800 mm³. Conduta: mantido 5 mg metimazol até o parto, redução para 2,5 mg no primeiro mês pós-parto e, posteriormente, suspensão. Solicitada ultrassonografia (US) de tireoide dois meses pós-parto, com plano de punção aspirativa com agulha fina (PAAF) do nódulo, mediante o resultado da US. **Conclusão:** O diagnóstico diferencial na maioria dos casos é entre doença de Graves (DG) e tireotoxicose transitória gestacional. O TRAb negativo não exclui a doença de Graves, que pode até piorar após o parto, por isso o tratamento foi iniciado e o retorno da paciente será em 30 dias pós-parto, com novos exames de TSH e T4 total para revisão diagnóstica e terapêutica. A determinação do TRAb é útil para detectar o risco de hipertireoidismo neonatal. Um valor > 5 IU/L ou três vezes o limite superior do normal na mãe indica que a tireoide fetal pode ser estimulada pelo TRAb passando pela placenta. O recém-nascido pode, portanto, desenvolver hipertireoidismo transitório nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é importante determinar casos de hipertireoidismo com TRAb positivo em gestantes, a fim de realizar adequado acompanhamento da mãe e do recém-nascido. Portanto, nesta paciente, o TRAb negativo afasta o risco de hipertireoidismo transitório no neonato.

Palavras-chave: TRAb. Hipertireoidismo transitório do neonato. Hipertireoidismo na gestação.

HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO E SUAS CONSEQUÊNCIAS: RELATO DE CASO

Larissa Isabela Lunkes⁽¹⁾; Luiz Henrique Missio⁽¹⁾; Simone Trebien⁽¹⁾;
Marcia Murussi, MD, PhD⁽²⁾

(1) Acadêmicos do curso de Medicina da Univates;

(2) Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina.

E-mail: larissa.lunkes@univates.br

Introdução O hipotireoidismo congênito (HC) é uma doença hereditária caracterizada pela ausência da glândula tireoide ou deficiência da síntese dos hormônios tireoidianos que impedem o crescimento e o desenvolvimento do lactente. O Teste do Pezinho, como parte da triagem neonatal, é fundamental para a detecção do HC, e para que o tratamento com reposição do hormônio seja iniciado o mais precocemente possível². **Objetivo:** Relatar o caso clínico de uma paciente com hipotireoidismo congênito. **Método:** Coleta de dados do prontuário da paciente no ambulatório de especialidades da Univates. **Descrição:** Paciente feminina, 39 anos, do lar. Nasceu com 3400g, não chorava e não conseguia se alimentar adequadamente. Aos 2 meses, apresentava-se com projeção exteriorizada da língua, alteração postural e disfagia, devido à macroglossia, além de aumento abdominal e atraso de desenvolvimento desde o nascimento. Com 1 ano e 6 meses, foi diagnosticada com hipotireoidismo congênito e foi iniciado tratamento com levotiroxina. Realizou acompanhamento na APAE por 6 anos para reforço da aprendizagem. Começou a caminhar aos 5 anos, falar aos 6 e teve a menarca aos 16 anos. Ao exame físico: Lúcida, comunicativa, com retardo mental leve. PA 110/70 mmHg e tireoide de difícil palpação. Exames de T4 Livre de 0,99 (N = 0,6-1,48 ng/dL) e Hormônio Tireoestimulante (TSH) ultrasensível de 4,95 (N = 0,5-5 mUI/mL). Foi aumentada a dose de levotiroxina de 125 mcg/dia para 137,5 mcg/dia. Retornou após 2 meses com TSH de 1,8 mUI/ml e T4 Livre de 1,24 ng/dL. Ecografia de tireoide com dimensões acentuadamente reduzidas e contornos aparentemente regulares. Hipotireoidismo controlado, prescrição foi mantida e o retorno em 6 meses. **Conclusão:** Ao ser diagnosticado precocemente, o hipotireoidismo congênito pode ter seus danos amenizados. No entanto, se não tratada, a maioria das crianças desenvolverá graus de deficiências neurológicas, motoras e de crescimento, incluindo o retardo mental, por vezes irreversível, assim como descrito neste caso. Atualmente, a partir da triagem neonatal nas primeiras 48 horas de vida, é possível identificar a deficiência do hormônio tireoideano e promover o tratamento de reposição hormonal adequado, antes mesmo do aparecimento de sinais e sintomas¹.

Palavras-chave: Hipotireoidismo congênito. Levotiroxina. Retardo mental.

DOENÇA DE HUNTINGTON: UMA SÉRIE DE CASOS

Lazaroto, Vanderson Tobias; Cavagnolli, Fúlvio E.B.; Cossul, Giovana; Marzari, Matheus;
Oliveira, Rafael Boito de; Machado, Vitor Hugo

Curso de Medicina Univates
Vitor.machado@univates.br

Introdução: A Doença de Huntington (DH) é uma doença neurológica hereditária, autossômica dominante, progressiva, caracterizada pela presença de movimentos coreiriformes, demência e distúrbios cognitivos. Sua prevalência é de 4-8/100.000, com diagnóstico baseado nos sintomas neurológicos associados a forte história familiar positiva. Seu tratamento é somente sintomático. **Objetivos:** Avaliar o perfil clínico de uma amostra de pacientes com Doença de Huntington seguidos em uma clínica neurológica. **Material e Métodos:** Foram selecionados 5 pacientes com Doença de Huntington, em acompanhamento clínico em um serviço de neurologia, e avaliados de maneira retrospectiva. Avaliaram-se: sintomas e sinais neurológicos, história familiar, idade de início dos sintomas, tempo de sintomas até a primeira consulta, presença de tratamento prévio, doenças associadas, tempo de seguimento de cada paciente e tratamentos instituídos. **Resultados:** O acompanhamento médio foi 5 anos (1-14a). Havia 4 pacientes (80 %) masculinos e uma paciente do sexo feminino, com idade média de início dos sintomas de 42,6 anos (24-70a). A primeira consulta ocorreu, em média, após 3,8 anos do início dos sintomas. Todos, com exceção de um paciente que veio à consulta em função de sua história familiar positiva para Doença de Huntington, procuraram atendimento em função de seus sintomas motores. Dos 4 pacientes sintomáticos, somente 2 já estavam em tratamento prévio. Todos tinham uma forte história familiar positiva, com parentes em primeiro grau apresentando a mesma patologia. Somente um apresentava outra patologia associada (Hipertensão Arterial Sistêmica). Em relação aos sintomas, todos apresentaram movimento coreiriformes, generalizados, com predomínio em tronco e membros superiores, com um grau importante de dificuldade na articulação das palavras. Tais sintomas os tornavam dependentes para atividades de vida diárias. Quatro pacientes eram portadores de sintomas comportamentais associados, sendo que 2 os apresentaram antes do aparecimento de seus sintomas motores. Todos os 5 pacientes tinham exames laboratoriais e de imagem normais. Somente uma paciente tinha avaliação genética, e positiva. As medicações mais comumente usadas foram tetrabenazina (3), ácido valproico (4), haloperidol (4) e antidepressivos (4). Todos os pacientes foram submetidos à fisioterapia motora. Um paciente evoluiu para óbito (suicídio) e os demais seguem em acompanhamento clínico. **Conclusão:** Os resultados observados mostraram que o perfil clínico de nossos pacientes se compara ao perfil descrito por outros estudos descritivos sobre pacientes portadores de Doença de Huntington.

Palavras-chave: Doença de Huntington. Movimentos coreiriformes. Perfil clínico. Tratamento.

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DIABETES MELLITUS PORTADOR DE NEUROPATIA

Bruna Zagonel¹, Patricia Tirelli Lenna¹, Carolina Dolinski¹, Ângela Paveglio Teixeira Farias²

1 Acadêmicas de Medicina, Univates

2 Médica Endocrinologista, Docente do Curso de Medicina da Univates.

bruna.zagonel@gmail.com

Introdução: A neuropatia diabética (ND) é uma complicação crônica comum e incapacitante do Diabetes Mellitus (DM). Apresenta-se de duas formas principais, a polineuropatia sensorimotora simétrica e a neuropatia autonômica (cardiovascular, respiratória, digestiva e geniturinária). O diagnóstico das formas mais frequentes de ND baseia-se na caracterização do quadro clínico com os sintomas e sinais clínicos mais típicos e na realização de testes neurológicos. As manifestações clínicas de comprometimento somático são de dormência ou queimação em membros inferiores, formigamento, pontadas, choques, agulhadas em pernas e pés, desconforto ou dor ao toque de lençóis e queixas de diminuição ou perda de sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa. A ND é na maioria das vezes de difícil diagnóstico acarretando prejuízos ao paciente. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente diabético com neuropatia sensorimotora e suspeita diagnóstica de neuropatia autonômica. **Procedimentos metodológicos:** Revisão de prontuário, revisão da literatura e escuta ativa do paciente. **Resultados:** Paciente de 70 anos, com diagnóstico de DM há 1 ano após episódios de síncope e emagrecimento de 10 kg em 6 meses. Refere diminuição da sensibilidade dos pés e mãos, formigamento e dormência. Apresenta diarreia crônica há 5 anos. Fazia uso de doses elevadas de Cloridrato de Loperamida. Realizou exames laboratoriais, imagem e colonoscopia os quais não definiram diagnóstico, mas descartaram patologias que entram no diagnóstico diferencial. Realizada avaliação da sensibilidade dolorosa, sensibilidade tátil e vibratória evidenciando diminuição da sensibilidade. Foi instituída insulino-terapia com bom controle glicêmico. Prescrita Amitriptilina 25mg 2 comprimidos com melhora da sensibilidade. Paciente persiste com diarreia sendo a neuropatia do trato gastrointestinal um dos prováveis diagnósticos. Fez uso de antibiótico de amplo espectro e orientação nutricional. Suspensa dose de NPH devido à hipoglicemia e inibidor da bomba de prótons para descartar a possibilidade de efeito adverso atribuído a esta medicação. O plano terapêutico é iniciar Domperidona. Paciente e familiar mantém bom vínculo com a equipe, aderência às consultas e orientações médicas e estão empenhados em obter resolução para a retomada de convívio social. **Conclusão:** O bom controle metabólico do diabetes é considerado um fator preventivo e reduz a frequência e a intensidade da neuropatia diabética. Com o controle glicêmico e com o uso de Amitriptilina houve melhora da sensibilidade em mãos e pés. A neuropatia autonômica é de difícil diagnóstico. Requer investigação de diagnósticos diferenciais, avaliação de efeitos colaterais de medicações em uso e tratamento empírico. Cabe um olhar especial para as angústias acarretadas pela complicação crônica do DM.

Palavras-chave: Neuropatia diabética. Diabetes *mellitus*. Neuropatia autonômica.

VIVÊNCIA NA MEDICINA INTERNA EM HOSPITAL D E PORTUGAL, RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabela Borella da Silva ⁽¹⁾, Ângela Paveglio Teixeira Farias ⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES.

⁽²⁾ Mestre em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da UNIVATES.

E-mail: isabela.silva1@universo.univates.br

Introdução: O curso de medicina possibilita aos alunos vivências em diversas áreas médicas, predispondo a busca de áreas com maior identificação, e realização de estágios extracurriculares para complementar seus currículos e se certificar da área que deseja seguir após formado. Com isso, estágio no exterior é uma opção que permite que o acadêmico fique inserido em um sistema de saúde diferente, teste seus conhecimentos e volte com uma visão mais abrangente e real da medicina.

Objetivo: Relatar a experiência de uma aluna do quarto ano na Medicina Univates em estágio na Medicina Interna (MI) no Hospital de Santo André (HSA), em Leiria, Portugal.

Materiais e Métodos: Relato da experiência de um mês de estágio no exterior.

Resultados: Estar inserido em um sistema de saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em momento de instabilidade financeira no país, aumentou o desejo de conhecer um sistema de saúde diferente. Por meio de contato via internet, foi obtida a aprovação do estágio extracurricular no serviço de medicina interna do HSA, em Leiria Portugal. Durante todo o mês de janeiro do presente ano, foi acompanhado uma das equipes da enfermagem, que possuía 60 leitos destinados a pacientes da MI. A equipe era composta por médico com título em MI, residente do quinto ano e residente do primeiro ano. Nos primeiros dias do estágio, houve resistência dos médicos em permitir examinar os pacientes, pois os acadêmicos de Portugal, apenas tem contato direto com doentes no último ano da graduação. Com o passar dos dias foi possível mostrar à equipe os conhecimentos prévios de clínica e conquistar o direito a atividades destinadas a estágios mais avançados do curso. Com isso, pode aplicar os conhecimentos realizando diversos exames físicos e pequenos procedimentos, participando de discussões de casos, e de discussões sobre condutas referentes a doentes internados. Além disso, pode passar um dia assistindo aos leitos da equipe, evoluindo e renovando prescrições. Ademais, ficou evidente a qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, o fácil acesso da população aos serviços, e a oferta de medicações e exames de última geração pelo sistema público.

Conclusão: Estagiar em outro país em um sistema de saúde diferente permite conhecer condutas diferentes, novos métodos de aprendizado, ampliação do conhecimento do acadêmico e amadurecimento diante das situações encontradas com os pacientes em cenário de prática diferente da sua. Concomitante permite constatar a qualidade e quantidade de serviços ofertados gratuitamente para a população e confrontar com a realidade vivida no Brasil promovendo o despertar de uma crítica reflexiva sobre as perspectivas a serem vivenciadas. Por fim, com a conclusão do estágio além de receber carta de recomendação do HSA, foi possível adquirir uma visão ampliada da medicina e experiências únicas.

Palavras-chave: Estágio. Medicina. Sistema de saúde. Serviço nacional de saúde

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES MELITTUS TIPO 2: RELATO DE CASO

Isabela Borella da Silva⁽¹⁾, Stephanie de Lemos Bonotto⁽¹⁾, Matheus Prevedello⁽¹⁾, Ana Luísa Lanius,⁽¹⁾ Ângela Paveglio Teixeira Farias⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates.

E-mail: isabela.silva1@universo.univates.br

Introdução: O *diabetes mellitus* (DM) do tipo 2, predominante em adultos com sobrepeso ou obesidade, é uma síndrome caracterizada por distúrbios metabólicos crônicos, resultantes sobretudo de um estado hiperglicêmico (valores acima de 126 mg/dL) causado por defeitos acionais ou secretórios da insulina, hormônio secretado pelas células beta pancreáticas. Níveis glicêmicos elevados estão associados a diversas complicações micro e macrovasculares como a doença vascular. Estudos estimam que cerca de 45% de todos os pacientes que sofrem amputação de membro inferior têm o DM como comorbidade. **Objetivos:** Descrever o caso clínico de uma paciente com DM tipo 2 descompensada, prováveis complicações crônicas, implicações e dificuldades no manejo da glicemia. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados do prontuário da paciente, em serviço de endocrinologia no Rio Grande do Sul. **Resultados:** Paciente de 51 anos, feminina, branca, vem à consulta com queixa de “diabetes descompensada”. História da doença atual com diagnóstico de DM tipo 2 há 7 anos, sem controle glicêmico adequado, em uso de Insulinas NPH e Regular, perda de sensibilidade em membro inferior direito (MID) e visão turva. Evoluiu com episódios de dor intensa, parestesia e eritema em MID, sem alívio com o uso de Ciclobenzaprina. Ao exame físico, insensibilidade ao toque, pele espessada em porção distal e telangiectasias ipsilateralmente, temperatura do membro diminuída, empastamento e pulso pedioso não palpável. Aumentada doses de insulinas, prescrito Amitriptilina e solicitado exames laboratoriais e de imagem. Retorna com glicemia capilar 268 mg/ e ecodoppler de MID com sinais de arteriopatia diabética nas artérias tibiais com placas e calcificações reduzindo a luz vascular em até 40%. Solicitado ecodoppler arterial bilateral de membros inferiores e encaminhada urgente para médico vascular. Otimizado o esquema de insulino terapia. Na consulta seguinte, paciente retornou com melhora do eritema em MD e trouxe exames: glicemia de jejum 280 mg/dL (valor de referência: 60 a 99 mg/dL), HbA1c 10,4% (valor de referência: menor do que 7%), glicosúria (3+/4+) e ecodoppler de carótidas sem evidência de estenoses hemodinamicamente significativas. Não consultou com médico vascular. Prescrito Varfarina, solicitado Tempo de Protrombina (TP) e encaminhada ao Ambulatório de Anticoagulação. Reforçadas orientações quanto ao controle glicêmico. **Conclusão:** Complicações crônicas como a neuropatia e doença vascular são comuns nos pacientes com DM tipo 2 com difícil adesão ao tratamento. O diagnóstico precoce do DM e complicações, aderência ao tratamento, acompanhamento com equipe multidisciplinar, educação em DM, acesso a consultas regulares, exames laboratoriais e de imagem e apoio familiar tornam-se essenciais para o manejo. A meta é torná-lo o ator principal no processo saúde-doença-cuidados e melhorar sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Melittus. Neuropatia. Vasculopatia. Equipe Multidisciplinar. Qualidade de Vida.

PICADA DE JARARACA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Renata Sartor Fachinelli¹, Letícia Leão Alvarenga¹, Ana Carolina Barros Leite Manjabosco²,
Natalia Laste Beckenkamp Wald² e Cláudia Ferri³

¹Acadêmicas do curso de Medicina da Univates

²Médicas pediatras do Hospital Bruno Born

³Professora do curso de Medicina Univates

Email: renatafachinelli@gmail.com

Introdução: A jararaca (*Bothrops*) é uma das mais conhecidas cobras venenosas do Brasil e possui uma coloração parda. Os acidentes botrópicos são classificados em leve, moderado e grave, variando o grau de dor e do edema local, além de outros componentes. A maioria dos venenos botrópicos ativa, de modo isolado ou simultâneo, o fator X e a protrombina. Essas ações produzem distúrbios da coagulação, podendo ocasionar incoagulabilidade sanguínea. O Tempo de Coagulação alterado pode ser o único elemento que possibilite o diagnóstico.

Objetivos: Revisar o manejo do paciente em casos de picada de jararaca. **Materiais e Métodos:** Relato de caso utilizando prontuário do paciente e revisão bibliográfica. **Resultados:** Paciente masculino de 6 anos, procurou o pronto socorro no interior do Rio Grande do Sul por ter sido vítima de uma picada de cobra (jararaca) no segundo metatarso do pé direito. Ao exame físico, apresentava edema palpebral bilateral, choro ao manuseio, sem petéquias e sem sangramento gengival. Glasgow 11. Apresenta edema e equimose no pé e tornozelo direito e pulsos palpáveis. Coletou exames: Tempo de Coagulação > 30 min, Tempo de pró-trombina (TP) e Tempo total de trombina ativada (TTPA) incoaguláveis, ureia 15, creatinina 0,8, hemoglobina 12,1 e hematócrito 40,1, leucócitos 15200, plaquetas 170000. Exame de urina com proteínas +++, hemoglobina +, cilindros hialinos 10 por campo, cilindros granulosos 10 por campo, leucócitos 8 por campo e hemácias 10 por campo. Recebeu infusão parenteral de soro antibotrópico 12 ampolas. Foi orientado para manter o membro afetado elevado. Ficou internado na UTI do hospital por 3 dias, quando os exames de controle 24 horas após a soroterapia deram dentro da normalidade recebeu alta. **Conclusão:** Deve-se fazer uma limpeza da área da picada com água e sabão ou soro fisiológico, elevar passivamente o membro picado, permitindo a extensão de todas as articulações e administrar analgésicos, se necessário. Deve-se manter a hidratação e controlar a diurese e encaminhar o paciente, para receber o indicado soro antiveneno. O soro antibotrópico (pentavalente) e antilaquétrico, heterólogo e hiperimune, é indicado como um dos tratamentos para envenenamento causado por picada de serpentes do gênero *Bothrops*. Seu efeito inicia-se imediatamente após a sua administração, neutralizando as toxinas do veneno encontradas no sangue e depois, possivelmente, nos tecidos. Quanto antes iniciar a administração do soro, maior é o seu potencial de tratamento. Cada 1 ml neutraliza 5,0 mg de veneno das “jararacas”. Sendo assim, esse caso contribui para o manejo emergencial em casos de acidentes ofídicos pediátricos.

Palavras-chave: Emergência. Picada de Jararaca. Pediatria.

ADENOCARCINOMA EM BULBO DUODENAL: RELATO DE CASO

Igor Minasi Stankevicius⁽¹⁾, Luiz Henrique Missio⁽¹⁾, Rafael Neves Brondani⁽¹⁾

(1) Acadêmicos do curso de Medicina da Univates

Email: luiz_missio@hotmail.com

Introdução: O intestino delgado é considerado relativamente resistente as neoplasias, visto que possui fatores de proteção. Com isso, o adenocarcinoma de duodeno é muito raro, ele representa cerca de 0,5% de todas as neoplasias intestinais (delgado e grosso) e cerca de 30% de todas as neoplasias do intestino delgado. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é descrever um caso raro de adenocarcinoma em bulbo duodenal e elucidar a patologia através de uma revisão literária. **Materiais e Métodos:** A metodologia é um relato de caso de um paciente oncológico em tratamento paliativo com análise de prontuário e revisão literária. **Descrição:** Paciente masculino, 59 anos, branco, em acompanhamento oncológico em um hospital de médio porte do estado do Rio Grande do Sul. Paciente iniciou a sintomatologia com distensão abdominal em faixa após as refeições em porção superior (mais focalizada em região epigástrica), fezes em fita e sensação de empanzimento. Após 2 meses, iniciou com quadro de vômitos incoercíveis e do tipo alimentar, aumento da distensão abdominal e constipação prolongada. Relata perda de 24 kg em 3 meses e não ter fatores de remissão e exacerbação dos sintomas. Realizou endoscopia digestiva alta com biópsia, a qual deu como resultado esofagite e adenocarcinoma em bulbo duodenal. Foi encaminhado para serviço especializado em oncologia, realizando cirurgia oncológica. No momento da cirurgia, constou-se a impossibilidade de ressecção tumoral e diversas metástases. Então, optou-se por uma cirurgia paliativa (gastroenteroanastomose) e 6 ciclos quimioterápicos paliativos (esquema FOLFOX – Leucovorina, Fluoracila Oxaliplatina). **Conclusão:** A importante morbidade apresentada por esse paciente foi devido à neoplasia intestinal, a qual foi considerada não passível de cura devido a metástases e extensão tumoral e, assim, foi optado por cuidados paliativos.

Palavras-chave: Câncer de bulbo duodenal. Tumor em bulbo duodenal. Neoplasia de intestino delgado.

NEUROPATIA DIABÉTICA E A VISÃO DO PACIENTE SOBRE SUA DOENÇA

Bruna Zagonel¹, Carolina Dolinski¹, Andressa Cavalcante Paz e Silva¹, Bruna Schneider¹,
Douglas Basso Lorenz¹, Ângela Paveglia Teixeira Farias²

1 Acadêmicos de Medicina, Univates

2 Médica, Mestre em Endocrinologia, Docente do Curso de Medicina da Univates bruna.zagonel@gmail.com

Introdução: A prática médica, em sua busca constante da beneficência, deve retornar sua atenção para o paciente e sua perspectiva acerca da doença. Assim sendo, a metodologia baseada na narrativa da vivência possibilita ao paciente relatar as dificuldades encontradas, seus sentimentos em relação à doença e as mudanças mais significativas em sua vida após o diagnóstico de uma doença crônica, como o Diabetes Mellitus, a qual pode acarretar comprometimento em órgãos-alvos e limitar a vida dos pacientes. Dessa forma, o aluno é um dos protagonistas do processo de aprendizado e, também, do tratamento realizado. Este trabalho contribui para entendimento do processo saúde-doença de paciente portador de neuropatia diabética. **Objetivos:** Aproximar o estudante de Medicina dos problemas enfrentados pelo paciente com neuropatia diabética através da escuta e reflexão empáticas. **Materiais e Métodos:** No ambulatório do centro clínico um grupo de estudantes do curso de Medicina elaborou uma questão norteadora ao paciente: “Quando que você percebeu que algo estava diferente?”. Convidaram um paciente para lhes contar sua história a partir da apresentação da pergunta. Foi feita a escuta empática pelos estudantes do sétimo semestre do curso de Medicina no módulo Diabetes e Hipertensão sem interferências no discurso do paciente. Feita a transcrição e análise da narrativa. **Resultados:** O grupo pode entender como o paciente se vê sendo portador de neuropatia diabética, como a família o ampara e contribui para a preservação de sua saúde e como ele notou as diferenças que apareceram com a evolução da doença. O paciente relatou diminuição da sensibilidade nos pés e mãos, fraqueza nas pernas, forças para realizar seus afazeres e diarreia, principal causa de sua reclusa social. A sintomatologia apresentada pelo paciente o impede de sair de casa para encontros, festas e até simples caminhadas. Percebemos o quanto sua vida mudou após o início dos sintomas, como deixou de realizar atividades simples e como o convívio social desse paciente ficou prejudicado. Percebemos com isso como as complicações do Diabetes interferem na vida dos pacientes e acabam por modificar sua rotina. **Conclusões:** A prática de metodologia baseada na narrativa de vivência possibilita a constatação da realidade enfrentada pelo paciente crônico. Integra o exercício da escuta, o estabelecimento de uma relação próxima e um momento de conforto e valorização do paciente como protagonista. Desperta o interesse dos estudantes na busca de novos saberes para a compreender a percepção do paciente reativa ao seu processo saúde-doença-cuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Complicações Diabéticas. Neuropatia Diabética. Aprendizagem Baseada em Problemas.

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E COMPLICAÇÕES METABÓLICAS E HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

Autores: Ana Cristina Eickhoff¹, Luana Kremer¹, Natalia Wojeick¹ e Márcia Murussi²

- (1) Discentes do curso de Medicina da Univates;
(2) Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates.

Introdução: Síndrome de Ovários Policísticos (SOP), é um conjunto de disfunções que se caracteriza, segundo os critérios de Rotterdam, por hiperandrogenismo clínico ou bioquímico, associado a disfunção ovulatória (irregularidade menstrual) e presença de ovários policísticos, quando outras etiologias são excluídas. A SOP é a causa mais comum de anovulação, que inicia no período peripuberal e progride com o tempo. A resistência à insulina faz parte da patogênese da SOP, e as pacientes possuem tendência à obesidade, hiperinsulinemia compensatória, intolerância à glicose, diabetes *mellitus* tipo 2 (DM 2), diabetes *mellitus* gestacional (DMG), dislipidemia e hipertensão. Todos esses fatores, implicam aumento de risco cardiovascular.

Objetivo: Descrição do caso de uma paciente com SOP que desenvolveu complicações na gestação. **Materiais e Métodos:** Análise de prontuário eletrônico do Ambulatório de Especialidade da Univates – Lajeado/RS. **Resultados:** E.F.D.J, 37 anos, feminina, branca, vem encaminhada ao ambulatório de endocrinologia da Univates por amenorreia há 3 anos. Sua menarca foi aos 15 anos, e permaneceu em amenorreia até os 18 anos de idade. É hipertensa e teve DMG que necessitou uso de insulina durante a gravidez do segundo filho em 2014, que foi interrompida com urgência às 34 semanas de gestação por eclampsia. Esta evoluiu para Síndrome de HELLP (sigla da pré-eclâmpsia grave que se acompanha de hemólise (H), níveis elevados de enzimas hepáticas (EL) e contagem baixa de plaquetas (LP), que progrediu para Coagulopatia Intravascular Disseminada e Insuficiência Renal Aguda. O bebê evoluiu a óbito por sepse após 19 dias do parto, mas a paciente sobreviveu. Ao exame físico: 86 Kg e altura 1,63 m (índice de massa corporal - IMC 32 Kg/m² – obesidade grau 2). À inspeção, não se observou acne, mas leve hirsutismo. Ecografia transvaginal de 2015 mostrava ovários maiores do que 10 cm³ e policísticos. Após o início de anticoncepcional oral (etinilestradiol 0,035 mg + acetato de ciproterona 2 mg) houve retorno dos ciclos menstruais de pequeno fluxo. **Discussão e Conclusão:** O caso apresentado reforça a ideia de que a SOP é um conjunto de riscos metabólicos, inclusive durante a gestação, os quais podem culminar em complicações graves para mãe e bebê. A SOP aumenta a incidência de DMG, de obesidade e de hipertensão. Nesta paciente, o DMG foi mais proeminente, tanto que precisou de tratamento com insulina. A hipertensão se apresentou com a forma mais grave, associada à eclampsia com Síndrome de HELLP que, se não fosse interrompida a gestação precocemente, teria culminado em óbito da gestante, mas que, infelizmente, não evitou a morte do bebê.

Palavras-chave: Amenorreia. Síndrome de HELLP. Eclampsia. Gestação.

SÍNDROME DE LI FRAUMENI - RELATO DE CASO DE PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA PRECOCE

Amanda Sotoriva ⁽¹⁾, Flávia Manfio Moro ⁽¹⁾, André Anjos da Silva ⁽²⁾

⁽¹⁾ Acadêmicas de Medicina da Universidade do Vale do Taquari – Univates

⁽²⁾ Médico Geneticista; Professor do curso de Medicina da Univates

E-mail: amanda.sotoriva@outlook.com

Introdução: A Síndrome de Li Fraumeni (LFS) é considerada uma síndrome rara autossômica dominante que se caracteriza por múltiplos casos de tumores primários de início precoce, que incluem primordialmente sarcomas ósseos e de tecidos moles, câncer de tórax, câncer cerebral, leucemia, câncer de mama e tumores adrenocorticais. **Objetivo:** Buscar embasamento teórico a partir do caso da SLF e realizar a revisão de literatura para amplificar os conhecimentos de genética. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso sobre a Síndrome de Li Fraumeni e, para conseguir atingir os objetivos do estudo, foram utilizados como fonte de dados, além das bases bibliográficas, o prontuário médico da paciente e análise do histórico familiar. **Descrição do Caso:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, que como queixa principal apresentava a avaliação para câncer de mama. Aos 39 anos precisou realizar uma mastectomia total unilateral esquerda, por possuir câncer precoce do tipo ductal invasivo. No histórico familiar relatou pai falecido aos 65 anos, por câncer de pulmão (não fumante), irmã de 37 anos com nódulos mamários em investigação e, tia paterna com câncer de mama aos 45 anos (atualmente com 59 anos). A investigação genética tida como conduta constatou mutação R337H no gene TP53 com diagnóstico para a Síndrome de Li Fraumeni. **Conclusão:** Neste relato de caso, associado à busca bibliográfica e à análise da história familiar, pode-se concluir que a SLF é uma doença autossômica dominante de câncer hereditário que aumenta o risco de um indivíduo desenvolver uma variedade ampla de cânceres precocemente em relação à população em geral. Dada, pois, a complexidade do caso vale ressaltar a importância do aconselhamento genético relacionado ao conhecimento dessa síndrome pelos médicos, para que encaminhem seus pacientes adequadamente, bem como o entendimento de acadêmicos de Medicina sobre a patologia, ajudando, assim, na formação de profissionais que zelem pelo aconselhamento, encaminhando e evitando as complicações da doença.

Palavras-chave: Li Fraumeni (SLF). Mutação TP53 p. R337H. Câncer de Mama precoce.

PÉ TORTO CONGÊNITO: UM RELATO DE CASO

Luíza Schulz Fabricio¹, Mariana Longhi Zandonai¹, Fernanda Ceron Damiani¹, Brenda Rodrigues Gheno¹, André Anjos da Silva²

¹ Acadêmicos do curso de Medicina Univates

² Professor do curso de Medicina Univates

luiza.fabricio@universo.univates.br

Introdução: O pé torto congênito é uma deformidade ortopédica congênita comum em crianças, com prevalência de 1 a cada 1000 nascidos vivos. Acomete em maior número o sexo masculino, em proporção de 2:1, sendo que em metade dos casos, ambos os pés são acometidos. É caracterizado por um complexo mau alinhamento do pé, envolvendo partes ósseas e moles, com deformidades em equino e varo do retropé, cavo e adução do médio e retropé. Atualmente, um dos métodos mais utilizados para o tratamento é o método de Ponseti que vem apresentando resultados mais satisfatórios que métodos anteriores.

Objetivos: Apresentar um relato de caso sobre pé torto congênito evidenciando a origem etiológica da condição e o método de tratamento utilizado e realizar uma revisão de literatura para ampliar os conhecimentos clínicos.

Materiais e Métodos: Análise de anamnese e exame físico do paciente e posterior revisão bibliográfica.

Resultados: Indivíduo masculino, 2 anos, diagnosticado com pé torto congênito ao nascimento, sendo encaminhado para centro de referência, onde foi confirmada ausência de outras patologias relacionadas. Mãe relata gravidez sem intercorrências com acompanhamento pré-natal mensal, sem traumas, infecções ou contato com teratógenos. Filho de casal hígido e não consanguíneo. Histórico de um primo em segundo grau com pés tortos congênitos. O paciente começou o tratamento com 20 dias de vida, realizou duas tenotomias e usou oito gessos ao longo de todo o processo pelo método de Ponseti, obtendo êxito. Atualmente, não apresenta dificuldades relacionadas à anomalia congênita observada no nascimento.

Conclusão: Várias teorias têm sido sugeridas para elucidar a etiologia desconhecida do pé torto congênito. Entre elas pode estar a posição intra-uterina do feto, oligodrâamnio, defeito no desenvolvimento da estrutura óssea e defeitos genéticos. Até pouco tempo atrás, amplas liberações cirúrgicas eram a regra, apesar de não apresentarem resultados satisfatórios. Entretanto, nos últimos anos, novos tratamentos têm sido desenvolvidos apresentando resultados eficazes. Um desses métodos é o método de Ponseti. Em casos com envolvimento genético, sugere-se uma herança de padrão poligênico multifatorial, com dominância incompleta e penetrância variável. Além disso, se não tratadas, as deformidades persistirão, tornando-se rígidas e comprometendo as atividades diárias de locomoção. Os métodos de tratamento vêm evoluindo, proporcionando melhores resultados na correção do pé torto congênito.

Palavras-chave: Pé torto congênito. Método Ponseti. Deformidades do pé. Anomalias congênitas.

PROTAGONISMO ESTUDANTIL FRENTE ÀS PROPOSTAS DE MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Andressa Cavalcante Paz e Silva¹, Paola Iana Fucks da Veiga¹, Pedro Reckziegel¹,
Cássia Gotler Medeiros²

¹Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari – Univates. andressa.silva2@universo.univates.br

²Enfermeira, docente do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari – Univates.

Introdução: A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem sido um dos principais instrumentos de desenvolvimento e consolidação do SUS. No entanto, recentemente, iniciou-se um debate para alterar o texto da PNAB. No dia 31 de agosto de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) deliberou sobre as mudanças da PNAB, definindo importantes alterações que podem afetar a estrutura da Estratégia Saúde da Família, comprometendo algumas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivos:** Relatar a atuação de estudantes da Liga Acadêmica de Saúde da Família e Comunidade da Univates (LIGA DA SAÚDE) frente às possibilidades de tais mudanças. **Materiais e Métodos:** A partir da sugestão de um dos docentes fundadores da Liga, foi organizado um evento extraordinário sobre a temática. **Resultados:** Participaram estudantes de diversos cursos da área da saúde, profissionais da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde e da Secretaria de Saúde do município de Lajeado e professores da Univates. Durante a discussão, um quadro de *Brainstorm* foi montado, apontando as dificuldades mais significativas que as mudanças poderiam ocasionar na Atenção Básica à Saúde. Deliberou-se sobre a necessidade de desenvolver um documento de manifestação contra as reformas para divulgar os fatos e engajar mais estudantes brasileiros ao movimento. Durante a elaboração do manifesto, obteve-se o apoio da Associação das Ligas Acadêmicas de Saúde da Família (ALASF). **Conclusão:** Após duas semanas de divulgação do manifesto, conseguiu-se mobilizar 12 Movimentos Estudantis, incluindo 9 Ligas Acadêmicas de Saúde da Família e Comunidade de seis estados brasileiros. Por fim, pretende-se ampliar o alcance do Manifesto através das Mídias Sociais e da produção de conteúdo digital. Estas ações reforçam o protagonismo estudantil na defesa de Políticas Públicas de Saúde que respondam às necessidades da população brasileira.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Complicações Diabéticas. Núcleo Familiar. Aprendizagem Baseada em Problemas.

NEUROPATIA DIABÉTICA NA VISÃO DO FAMILIAR DO PACIENTE

Andressa Cavalcante Paz e Silva¹, Bruna Zagonel¹, Carolina Dolinski¹, Bruna Schneider¹,
Douglas Basso Lorenz¹, Ângela Paveglío Teixeira Farias²

¹Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari – Univates. andressa.silva2@universo.univates.br

²Médica Endocrinologista, docente do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari- Univates

Introdução: O Diabetes é uma doença crônica e tem a neuropatia como complicação de alta prevalência acompanhando sua evolução temporal. O acompanhante do paciente, que por vezes também é cuidador e familiar, tem papel fundamental no processo saúde-doença-cuidado. Conhecer a rotina e o perfil psicossocial do paciente através do relato do familiar ou cuidador proporciona riqueza de detalhes para complementar a anamnese. **Objetivos:** Relatar a experiência de um acompanhante de paciente com diabetes e complicações neurológicas. **Materiais e Métodos:** Após a realização de consulta com o paciente, os estudantes de Medicina do módulo Diabetes e Hipertensão fizeram uma escuta singular com o acompanhante do paciente com base na metodologia História de Vida. Perguntou-se acerca da percepção do familiar quanto à doença do paciente acompanhado. **Resultados:** O acompanhante entrevistado era genro do paciente com diabetes. Ele relatou que o quadro iniciou com um súbito mal-estar do paciente, seguido de fraqueza, diarreia e perda de peso. Dentre as dificuldades durante o processo de doença, o familiar cita a negação inicial por parte do paciente em procurar ajuda médica. Relata, ainda que o paciente não segue orientação nutricional e faz uso de doces. Por fim, foi dito que a família acompanha adequadamente o paciente e o apoia no tratamento. **Conclusões:** O grupo entendeu como a família vê o portador de neuropatia diabética, como notaram as limitações com a evolução da doença. Percebeu como o amparo familiar contribui para a preservação da saúde do paciente. A metodologia baseada na narrativa da vivência do processo saúde-doença-cuidado pelo acompanhante possibilitou maior compreensão pelos estudantes das dificuldades enfrentadas pelo paciente e família. O presente trabalho ampliou empatia ao paciente crônico e despertou a busca do conhecimento científico e ferramentas para entendimento das complicações decorrentes do DM.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Complicações Diabéticas. Núcleo Familiar. Aprendizagem Baseada em Problemas.

DOENÇA DE PAGET DE MAMA EM PACIENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO

Ana Luísa Lanius⁽¹⁾, Débora Luísa Ritter⁽¹⁾, Carolina Zamboti Rodrigues Silva⁽¹⁾,
Ana Cristina Zamboni⁽¹⁾, Amanda Savaris Ludwig⁽¹⁾, Lina Ruppenthal Schneider⁽¹⁾,
Gerson Jacob Delazeri⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em Medicina, Professor do curso de Medicina da Univates.

E-mail: ana.lanius@universo.univates.br

Introdução: A Doença de Paget Mamária (DPM) corresponde de 1 a 3% dos cânceres de mama. A DPM é quase sempre um sinal de neoplasia maligna de mama subjacente - carcinoma intraductal em 65% e carcinoma ductal invasor em 35% dos casos. Tem maior incidência entre os 50 e 70 anos, mas pode ser encontrada, ainda que raramente, em outras faixas etárias. Apresentam-se como lesões eritematosas, descamativas e pruriginosas que afetam a papila e a aréola mamária, podendo ou não ser acompanhadas de secreções papilares. Os diagnósticos diferenciais para DPM podem ser eczema areolar, adenoma de mamilo, dermatite por radiação, carcinoma epidermoide escamoso, carcinoma de células basais, melanoma maligno de espalhamento superficial. **Objetivos:** Descrever o caso clínico de uma paciente com doença de Paget Mamária. **Materiais e Método:** Coleta de dados do prontuário em serviço de oncologia de hospital do interior do estado do RS, após consentimento do paciente. **Relato do Caso:** Paciente feminina, MQ, 36 anos. Em uso de anticoncepcional oral. Encaminhada para atendimento com queixa de lesão pruriginosa na aréola e mamilo da mama direita há 2 anos. Tratamentos prévios com corticoide tópico e antibiótico, obtendo alívio parcial dos sintomas. No exame das mamas, percebe-se área eczematosas e descamativa no complexo aréolopapilar da mama direita, modificações na forma do mamilo e apagamento da pigmentação areolar. Não foram observadas alterações na mama esquerda. Na palpação da mama direita, observou-se adensamento em quadrante superior externo. Na mamografia foi observada área focal com microcalcificações pleomórficas região retroareolar e em quadrante superior lateral da mama direita de aspecto suspeito (Birads 4C). Ultrassonografia da mama direita, demonstrou uma área hipoeoica, mal delimitada, medindo aproximadamente 4,2 x 2,9 x 1,4 cm. Ausência de linfonodomegalias axilares. A biópsia de pele da lesão confirmou neoplasia maligna intraepitelial, de padrão pagetoide, ulcerada. A core biopsy da lesão da mama confirmou Carcinoma Ductal in situ da mama. A imunohistoquímica (IHQ) foi compatível com Doença de Paget da mama, com expressão de Her 2 (3+) e Receptores Hormonais negativos. Devido ao volume da mama, a área de pele acometida e a presença de extensa área de microcalcificações, a paciente foi submetida a mastectomia simples associada à biópsia do linfonodo sentinela, que no exame intraoperatório de congelação não demonstrou metástase axilar. **Conclusão:** O diagnóstico precoce e a suspeita clínica desde o primeiro exame físico são fundamentais. O prognóstico e tratamento dependem da presença ou não de lesão subjacente, suas características e a extensão da doença.

Palavras-chave: Doença de Paget mamária. Carcinoma ductal. Câncer de mama.

HIRSUTISMO IDIOPÁTICO FAMILIAR: RELATO DE CASO

Stephanie de Lemos Bonotto⁽¹⁾, Sérgio Vieira Bernardino⁽¹⁾, Lucas Freitas⁽¹⁾,
Márcia Murussi, MD, PhD⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates.

E-mail: stephanie.bonotto@universo.univates.br

Introdução: O hirsutismo, que ocorre em aproximadamente 7% do sexo feminino em idade fértil, é definido como a presença de pêlos terminais excessivos em mulheres, sendo causador de um vasto impacto negativo emocional nas pacientes acometidas. Dentre suas causas estão hiperplasia adrenal congênita, tumores ovarianos ou de adrenal, hirsutismo familiar idiopático (HFI), e mais comumente, síndrome dos ovários policísticos (SOP). O HFI é um diagnóstico de exclusão, podendo ser o grau de hirsutismo em si avaliado pelo escore de Ferriman & Gallwey. Para avaliação e correto manejo do caso é, portanto, de suma importância um exame clínico e avaliação laboratorial minuciosos. **Objetivos:** Descrever o caso clínico de uma paciente com hirsutismo familiar idiopático. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados do prontuário do Ambulatório de Especialidades da Univates. **Resultados:** Paciente de 35 anos, feminina, branca, vem à consulta com queixa de “excesso de pêlos”. História da doença atual demonstra hirsutismo pré-puberal com piora após o uso de Carbamazepina há 15 anos e ciclos menstruais regulares. Histórico familiar de irmã e tias maternas com hirsutismo. Ao exame físico apresenta escore de Ferriman & Gallwey caracterizando hirsutismo severo (índice = 20). Exames laboratoriais: testosterona total 31.24 ng/dL (valor referência: menor do que 75 ng/dL), FSH 8.92 MUI/ML (valor referência: 1.79 a 22,51 MUI/ML), LH 4.66 MUI/ML (valor referência: 1.20 a 103.03 MUI/ML), 17-alfa-hidroxiprogesterona 100.00 ng/dL (valor referência: 20 a 450 ng/dL). Ultrassonografia (US) abdominal total sem alterações anatômicas - ovário direito com volume estimado de 5,0 cm³ e ovário esquerdo não individualizado. **Conclusão:** A determinação da causa etiológica do hirsutismo se faz essencial para a correta conduta do caso. O HFI é um diagnóstico de exclusão, sendo confirmado após o exame clínico evidenciar ciclos menstruais regulares e US abdominal total normal - excluindo, portanto, SOP - bem como cronicidade da doença e exames laboratoriais incompatíveis com a presença de tumores ou hiperplasia adrenal congênita. Por não se tratar de uma alteração hormonal, não há tratamento farmacológico para o HFI, sendo procedimentos estéticos, como a laserterapia, padrão-ouro nesses casos.

Palavras-chave: Hirsutismo. Hirsutismo familiar idiopático. Hipertricrose.

REPRESENTATIVIDADE DA JUNÇÃO ESCAMO-COLUNAR NA COLETA DO CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO EM UM SERVIÇO ESCOLA DE LAJEADO, RS

Stephanie de Lemos Bonotto⁽¹⁾, Isabela Borella da Silva⁽¹⁾, Melissa Sofia Dickel⁽¹⁾,
Carolina Dolinski⁽¹⁾, Nadiane Albuquerque Lemos⁽²⁾

⁽¹⁾ Discentes do curso de Medicina na Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Doutora em Medicina e docente do curso de Medicina da Univates.

E-mail: stephanie.bonotto@universo.univates.br

Introdução: O câncer de colo uterino (CCU) é a quarta maior causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, sendo, no mundo, um dos tipos de tumor mais incidentes. Resultado da infecção pelos subtipos de Papilomavírus Humano oncogênicos, a forma mais eficaz de prevenção secundária para o CCU é a coleta do exame citopatológico (CP) de colo uterino, que, de acordo com as diretrizes brasileiras, é preconizado anualmente no grupo feminino de faixa etária entre 25 e 64 anos. O colo do útero divide-se em endo e ectocérvice, sendo a primeira revestida por epitélio colunar simples e a segunda por epitélio escamoso estratificado. A junção dos epitélios é denominada junção escamo-colunar (JEC), local em que mais de 90% das lesões pré-cancerosas são localizadas. É, portanto, de fundamental importância sua representatividade em amostras coletadas pelo CP de colo uterino. **Objetivos:** Comparar com a literatura atual a representatividade da JEC na coleta do CP de colo uterino em um serviço-escola em Lajeado, RS. **Materiais e Métodos:** Análise de dados retrospectivos de pacientes atendidas entre Março e Junho de 2016 com realização de coleta do CP de colo uterino no Ambulatório de Especialidades da Univates e laudo disponível no sistema. **Resultados:** Foram analisados os resultados dos exames citopatológicos de colo uterino de 38 mulheres, entre 16 e 63 anos de idade. Destes, a JEC foi adequadamente representada em 20 (52,63%), sendo que em 3 pacientes encontrou-se epitélios escamoso e glandular, em 6 pacientes epitélios glandular e metaplásico, enquanto nas 11 pacientes restantes foram encontrados os epitélios escamoso, glandular e metaplásico. Ainda, todas as amostras foram consideradas satisfatórias, ou seja, com material adequado à análise. **Conclusão:** Não há um consenso de porcentagem ideal de representatividade da JEC na literatura atual, porém artigos científicos relatam em média 70% das amostras como adequadas. Por se tratar de um serviço-escola, ou seja, no qual os alunos são responsáveis por coletar o CP de colo do útero, fica enfatizado, no presente estudo, a necessidade de supervisão do profissional médico para assegurar a qualidade do material, e, conseqüentemente, permitir que as pacientes tenham um exame adequado, prevenindo, assim, o CCU.

Palavras-chave: Escamo-colunar. Citopatológico. Colo Uterino.

NEFROPATIA DIABÉTICA E A PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE SUA DOENÇA

Paula Aguiar Grandi⁽¹⁾, Stephanie de Lemos Bonotto⁽¹⁾, Kadja Ferraz Campara⁽¹⁾, Melissa Sofia Dickel⁽¹⁾, Romualdo Pilecco⁽¹⁾, Osvaldo Yoshida⁽¹⁾, Angela Paveglio Teixeira Farias⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates.

E-mail: paula.aguiar@universo.univates.br

Introdução: Há tempos tenta-se resgatar na educação médica uma função primordial do médico, a escuta do paciente. Na metodologia “História de Vida Focal” ao fazer uso da narrativa, o paciente expõe sua visão do processo de adoecimento, restituindo a importância de tal ferramenta na aproximação do médico-paciente. Nas metodologias Aprendizagem Baseada em Equipes e Aprendizagem Baseada em Problemas, exercita-se o trabalho colaborativo entre os alunos para capturar os detalhes da narrativa, entender o problema e exercer a capacidade de resolução respeitando a percepção do paciente em relação à doença. **Objetivos:** Relatar a experiência de estudante de Medicina na perspectiva de ouvir a posição do paciente frente sua situação. **Métodos:** Convidamos um paciente diabético com complicações renais, previamente selecionado, a colaborar com sua narrativa sobre seu processo de adoecimento. Explicamos a importância de sua contribuição para nosso entendimento sobre sua situação de saúde e utilizamos uma questão norteadora formulada especificamente para sua fala e para evitarmos intervenções: “Qual o entendimento do senhor sobre a diabetes, desde o diagnóstico até hoje, destacando os prejuízos renais?”. **Resultados:** Observou-se duas respostas distintas: 1) o paciente narrou como se sentiu durante o diagnóstico e o manejo das complicações causadas pelo diabetes e, 2) como isso transformou sua visão sobre a gravidade da doença mudando seu auto-cuidado e da sua família para com ele. **Conclusão:** As metodologias utilizadas reiteraram a importância de estudar sobre a condição crônica de saúde abordada antes da escuta; fortaleceram o trabalho em grupo; levaram ao entendimento da necessidade de postura reflexiva na construção do conhecimento e no aprendizado por vivência. Ademais, a narrativa empoderou o paciente de sua história e nos levou a valorizar a ferramenta tanto quanto sinais e sintomas os são.

Palavras-chave: Aprendizagem por Associação. Metodologias ativas. Nefropatia Diabética.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ANÁLISE REFLEXIVA

Maurício Tedesco¹, Leonardo Rickes da Rosa¹, Lucas Vieira¹, Ioná Carreno²

¹ Acadêmico do curso de Medicina Univates

² Professora do curso de Medicina Univates

mauricio.tedesco@universo.univates.br

Introdução: A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma síndrome psiquiátrica que pode iniciar na gestação ou nas primeiras semanas após o parto, presente em cerca de 10% a 20% das puérperas. Tal transtorno psiquiátrico atua de forma negativa na relação mãe-filho e nas relações sociais. Se percebido pela equipe de saúde, amigos ou familiares durante o período gravídico-puerperal, podem auxiliar a fim de que a mulher receba o tratamento adequado.

Objetivos: Refletir sobre a depressão pós-parto sob os aspectos conceituais, clínico, epidemiológico e prognóstico.

Materiais e Métodos: O presente trabalho tem como método uma revisão bibliográfica não-sistemática sobre depressão puerperal.

Resultados: O quadro clínico da patologia surge de maneira insidiosa e, na maioria das vezes, nas duas primeiras semanas após o parto. Os principais sintomas que a caracterizam são tristeza, choro fácil, abatimento, labilidade, às vezes náuseas, distúrbios do sono, pesadelo, hipocondria, fadiga principalmente envolvendo os cuidados com a criança, irritabilidade, dificuldade de concentração e memorização. Os estudos científicos mostram associação significativa entre DPP e gestação não planejada, baixa autoestima, história de abuso na infância, fraco suporte social, história prévia ou familiar de transtorno mental. Evidencia-se associação significativa entre DPP e desfechos obstétricos desfavoráveis e história de abortos induzidos ou espontâneos. Apesar da patologia apresentar um quadro clínico severo e de início abrupto, pode cursar com um bom prognóstico. É preciso identificação precoce dos sintomas iniciais a fim de elaborar os planos terapêuticos adequados; se não for bem tratada, pode se tornar crônica e refratária ao tratamento, estendendo-se até o terceiro ano após o parto e causando prejuízos psicológicos, morbidades e mortalidade. A proposição da saúde mental pelos profissionais da saúde é de suma importância, visto que diminui a morbimortalidade relacionada a essa afecção.

Conclusão: O puerpério é uma fase de inúmeras mudanças, tanto no âmbito físico, quanto psicossocial. A DPP é marcada pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina. A etiologia envolve fatores orgânicos e hormonais, destacando-se as condições socioeconômicas desfavoráveis, falta de rede de apoio, gravidez indesejada, pouca idade, depressão anterior e problemas obstétricos. É importante que os profissionais da saúde, em especial o profissional médico, esteja atento aos sinais e sintomas da DPP durante o pré-natal, além de desenvolver ações preventivas com a equipe, com ênfase no cuidado integral à mulher no período gravídico-puerperal, no intuito de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

Palavras-chave: Depressão Puerperal. Sintomas Depressivos. Período Pós-Parto.

TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: RELATO DE CASO

Diana Kuhn¹; Rafael Rocha², Ronaldo Rodrigues de Oliveira¹; ³Dra. Maria Rosa Iorra Camargo

PRM em Psiquiatria da Sociedade Sulina Divina Providência, Hospital São José, Arroio do Meio, RS.

¹Médico residente em psiquiatria;

² Acadêmico de Medicina da Kursk State Medical University – Rússia;

³Médica psiquiatra da Infância e Adolescência, preceptora.

dianakuhn@gmail.com

Introdução: O Transtorno Explosivo Intermitente (TEI), classificado como um tipo de Transtorno do Controle dos Impulsos (TCIs), se caracteriza por episódios graves e isolados de agressividade de forma desproporcional ao evento que os desencadearam¹. A prevalência no Brasil do TEI é de 3,1%, sendo mais comum em homens jovens. O TEI tem início em uma idade precoce, aos 13 anos nos homens e 19 nas mulheres. O início de TEI geralmente precede o aparecimento das co-morbidades psiquiátricas e é significativamente mais co-mórbido com os transtornos de humor, ansiedade e uso de substâncias². **Objetivo:** Relatar o caso de TEI que esteve internado em uma enfermaria de psiquiatria. **Materiais e Métodos:** as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão da literatura. **Relato:** Paciente masculino, 12 anos, foi encaminhado para internação psiquiátrica devido ao risco de heteroagressão. Paciente relata que não consegue controlar seus impulsos e quando percebe já está “quebrando as coisas” (quebrou celular com machado, joga pedra nas paredes de casa), sendo sua ação desproporcional ao ato desencadeante. Paciente refere que não tem interesse em ir para escola, pois na escola “todos pegam no seu pé” devido ao fato de ter diagnóstico de Retardo Mental leve. Aos 6 anos de idade foi encaminhado ao neurologista devido aos sintomas de agitação e descontrole de impulsos, sendo diagnosticado com Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Uso de medicações prévias: Metilfenidato 40mg/dia e Risperidona 2mg/dia. **Discussão:** Este caso é notável, porque o TEI pode passar despercebido quando está correlacionado com outros transtornos mentais. Durante internação optamos pelo uso do fármaco ácido valproico na dosagem final de 1000mg/dia associado a clonidina 0,450mg/d. Após 21 dias de tratamento – medicamentoso, abordagem multiprofissional, psicoeducação, treino de relaxamento e respiração diafragmática, treino de assertividade e prevenção de recaídas percebemos evidente progresso no comportamento do paciente, pois ele conseguiu identificar os gatilhos (internos e externos) que contribuem para o comportamento agressivo, reduziu a expressão da raiva e conseguiu aumentar o controle sobre o comportamento explosivo. **Conclusão:** O TEI é uma condição presente nos serviços de psiquiatria e possui características clínicas que lhe dão certa peculiaridade nos manejos diagnóstico e terapêutico. Por isso mesmo, os clínicos devem estar atentos ao seu rápido reconhecimento e tratamento, a fim de melhorar a qualidade de vida, aumentar a capacidade de resiliência e diminuir sofrimento dos portadores de TEI. Sugere-se a realização de uma revisão sistemática a fim de compilar todos os estudos já publicados acerca deste transtorno.

Palavras-chave: Transtorno Explosivo Intermitente, psiquiatria infantil, agressividade.

PERCEPÇÃO DE UM PACIENTE DIABÉTICO COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA ACERCA DE SEU PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Amanda Moreira de Morais¹, Antônio Carlo Klug Cogo¹, Bethynna Farias Saldanha¹,
Bruna De Nez De Barba¹, Helena Oliveira Ererich¹, Isabel Schuster Argenton¹,
Ângela Paveglio Teixeira Farias²

¹Discentes do curso de Medicina da Universidade Univates

²Mestre em Endocrinologia, docente do curso de Medicina da Universidade Univates
amandamdemorais@gmail.com

Introdução: O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica, heterogênea com alto risco para doença cardiovascular. Tal repercussão pode acarretar uma depreciação da qualidade de vida como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional e dificuldades no relacionamento social. Conhecer a história do paciente através da escuta de narrativa desperta empatia na relação médico-paciente, acolhimento e conforto para o paciente. **Objetivo:** Entender o processo de adoecimento de um paciente diabético e das suas complicações cardiológicas com base nas sensações e informações obtidas através da metodologia História de Vida Focal. **Materiais e métodos:** Entrevista com o paciente, baseada na pergunta norteadora: “Como iniciou a sua busca por cuidado desde o início do seu adoecimento até os dias de hoje e o que isso mudou em sua vida?” **Resultados:** O paciente afirmou ser saudável até investigar lesões penianas há 20 anos e ser diagnosticado com DM. Devido a histórico familiar de DM e ao sedentarismo, estava ciente de que poderia receber o diagnóstico. Desde então, relata que sua vida “virou uma página”. Tem conhecimento de que faltaram esforços de sua parte para mudar seu estilo de vida, como atividades físicas regulares, adequação alimentar, cessação do tabagismo e etilismo. “Talvez eu não estivesse tomando insulina”, diz ele com pesar, mostrando consciência de seu processo saúde-doença. Iniciou caminhadas diárias. Cessou tabagismo e álcool há três anos. “A diabetes em si não é o que mata, é o que ela provoca na gente”. Foi com essa percepção da sua doença que o paciente relatou as complicações decorrentes do DM. Há cinco meses realizou cirurgia de revascularização do miocárdio. No mesmo período perdeu a visão do olho direito, o que o impede de exercer a sua profissão e o faz temer a não renovação da carteira da habilitação. O que mais lhe causa sofrimento e sensibilizou os alunos é a impossibilidade de brincar e pegar os filhos no colo, uma vez que o esforço lhe causa dores no peito devido à doença coronariana. Relata sentir falta de comer doces. As adequações alimentares estão sendo introduzidas conforme sua situação econômica permite. Relata o papel fundamental da sua esposa no cuidado com sua diabetes e a motivação familiar para a adesão ao tratamento. **Conclusão:** Com base na escuta, os estudantes de Medicina puderam entender como é o processo de doença de um paciente diabético com complicações cardiológicas. Por meio do relato foi possível entender as dores e as angústias desses pacientes, fazendo com que se estabeleça um vínculo médico-paciente com maior empatia e entendimento de tudo o que o DM acarreta.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Cardiopatia. História de Vida Focal. Empatia. Vínculo médico-paciente.

NEFROPATIA DIABÉTICA E A PERSPECTIVA DO FAMILIAR

Oswaldo Iha Yoshida⁽¹⁾, Romualdo de Lima Pilecco⁽¹⁾, Melissa Sofia Dickel⁽¹⁾,
Stephanie de Lemos Bonotto⁽¹⁾, Paula Aguiar Grandi⁽¹⁾, Kadja Ferraz Campara⁽¹⁾,
Angela Paveglio Teixeira Farias⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates.

E-mail: osvaldo.yoshida@universo.univates.br

Introdução: A educação médica requer resgate da arte da escuta, função essencial na relação médico-paciente-familiar. Na metodologia “História de Vida Focal”, a narrativa possibilita ao cuidador expor suas percepções em relação ao processo de adoecimento, cuidado e restabelecimento do familiar doente e perceber seu papel. Nas metodologias Aprendizagem Baseada em Equipes e em Problemas, a integração, aliada à aplicação prática, facilitam a retenção e resgate do conhecimento. Valorizam o conteúdo a ser aprendido e a maneira como ocorre o aprendizado, reforçando o papel ativo do aluno neste processo. **Objetivo:** Relatar a experiência de estudantes de Medicina no entendimento da percepção do familiar envolvido no cuidado do paciente. **Métodos:** Convidamos a filha de paciente portador de nefropatia diabética, previamente selecionado, a prestar seu depoimento. Foi elaborada questão norteadora: “Qual a experiência da filha como familiar e cuidadora de pessoa com doença crônica, desde o início da doença até hoje?” O grupo procedeu à entrevista com a familiar, usando a retomada da cronologia e o sentimento relacionado à condição de saúde de seu congênere. **Resultados:** Os alunos compreenderam a rede constituída em torno de um doente renal crônico diabético para oferecer cuidados específicos aliando a preocupação do familiar com o bem-estar do parente enfermo quando ausente. Percebeu-se que o autocuidado do doente é limitado implicando na inteiração do familiar nos aspectos higiene, sono, alimentação e medicações. **Conclusões:** O nível de organização familiar na rede de cuidado propicia autonomia ao paciente e boa evolução com a adequação do tratamento. As metodologias utilizadas aliaram o conhecimento técnico-científico pormenorizado no ensino médico à valorização da responsabilidade individual dos estudantes perante a equipes de trabalho. Permitiram a compreensão sentimental do familiar e de seu entendimento a respeito da condição de saúde de seu parente.

Palavras-chave: Educação médica. Nefropatia diabética. Aprendizagem por associação.

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS QUE ENGRAVIDOU EM AMENORREIA

Rafael Neves Brondani⁽¹⁾; Roberto Lemos dos Santos ⁽¹⁾; Rodrigo Spinato Morlin⁽¹⁾;
Marcia Murussi, MD, PhD⁽²⁾

(1) Alunos do curso de Medicina da Univates;

(2) Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina.

Introdução: A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é responsável pela maioria das causas de hiperandrogenismo em mulheres. A presença dessa doença significa uma chance maior de desenvolvimento de infertilidade, síndrome metabólica, diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares². **Objetivos:** Descrever o caso clínico de uma paciente com SOP que engravidou enquanto estava em amenorreia há cerca de 3 anos. **Método:** Coleta de dados do prontuário do ambulatório de especialidades de ginecologia da Univates. **Descrição do caso:** Paciente de 24 anos, feminina, branca, teve 2 gestações, 2 partos normais (filhos de 7 e 3 anos de idade) e nenhum aborto vem com queixa de amenorreia há cerca de 7 anos, a qual iniciou após a gestação de seu primeiro filho. Após o nascimento do primogênito, utilizou injeções de Medroxiprogesterona por 9 meses (3 aplicações) e, depois disso, abandonou o tratamento, e refere não ter tido mais fluxo menstrual. Antes da primeira gestação, refere ciclos menstruais regulares, entretanto, eram regulados pelo uso de anticoncepcional oral (ACO). Mesmo em amenorreia, descobriu-se gestante do segundo filho há 3 anos. Atualmente refere cólicas e um sangramento mínimo e sem periodicidade. Exame de ultrassonografia constatou a presença de pequenos e múltiplos cistos ovarianos, os quais vão ao encontro do diagnóstico de SOP. Além disso, a paciente apresenta obesidade e acne. Como conduta, foi recomendada dieta (encaminhada para acompanhamento com nutricionista) e atividade física, que são fundamentais para a perda de peso e melhora clínica da SOP. Além do mais, foi prescrito ACO (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg) para controle do ciclo menstrual e solicitado nova ultrassonografia transvaginal. **Conclusão:** Os dados clínicos (irregularidade menstrual, obesidade, acne; juntamente com os achados de imagem (presença de múltiplos cistos ovarianos), praticamente confirmam a suspeita de SOP, que está associada à diminuição da fertilidade. Entretanto, é possível concluir que pacientes com SOP em amenorreia não estão protegidas quanto à gravidez, visto que, apesar dos ciclos irregulares, podem ter ovulação e, conseqüentemente, engravidar, tal como a nossa paciente. Portanto, o tratamento com ACO, além de regularizar o ciclo, prevenir a hiperplasia endometrial por anovulação crônica, também previne uma gestação não planejada.

Palavras-chave: Síndrome dos ovários policísticos. SOP. Amenorreia.

PREVALÊNCIA DE HEPATITES B E C EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS EM LAJEADO/RS

Melissa Sofia Dickel⁽¹⁾, Isabela Borella da Silva⁽¹⁾, Stephanie de Lemos Bonotto⁽¹⁾,
Paula Aguiar Grandi⁽¹⁾, Gabriela Alerico Casaril⁽¹⁾, Roberto Reckziegel⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em Gastroenterologia; Professor do curso de Medicina da Univates.

E-mail: melissa.dickel@gmail.com

Introdução: Hepatites virais são doenças causadas por agentes etiológicos com tropismo primário pelo tecido hepático. A hepatite B aguda compreende cerca de 70% por casos. A hepatite C é muitas vezes autolimitada, porém, sua forma crônica pode evoluir para formas graves de doença hepática. Estimou-se que cerca de 4 milhões de brasileiros estão infectados com as hepatites B ou C, entretanto, uma pequena parcela deles conhece sua situação. O HCV crônico é a causa mais comum de cirrose, além do alto número de casos que evoluem para hepatocarcinoma (CHC). A maioria das pessoas com HCV tiveram infecção crônica por mais de 20 anos, explicando assim o aumento das taxas de cirrose e CHC, tornando-se um grave problema de saúde pública. Atualmente estima-se que 45% a 85% das pessoas com a doença crônica do HCV não sabem que estão infectadas. Assim como a hepatite C, a hepatite B tem alto risco de evolução para cirrose e CHC. Hepatites B e C são doenças subdiagnosticadas, assim, o seu diagnóstico mostra-se de extrema necessidade. **Objetivo:** Estudar e descrever a prevalência de hepatites por vírus B e C em pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades Médicas da Universidade Univates em Lajeado, Rio Grande do Sul. **Método:** O estudo caracteriza-se como quali-quantitativo e utiliza como procedimento técnico o estudo transversal. O método será o levantamento de dados por meio de ficha-modelo previamente confeccionada e triagens sorológicas para hepatites por vírus B e C aos pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades Médicas do Centro Clínico da Universidade Univates. **Resultados Esperados:** Espera-se que a realização de testes sorológicos para rastreamento na população adulta usuária do ambulatório de especialidades da Universidade Univates acuse novos diagnósticos e denote um valor de prevalência dessa população. Detectar de forma precoce estes casos, bem como catalogar a prevalência local fidedigna, é de grande importância para o conhecimento do perfil desta comunidade, além de auxiliar no manejo da consulta, diagnóstico, tratamento e prognóstico destes pacientes.

Palavras-chave: Hepatite B. Hepatite C. Subdiagnóstico. Prevalência.

RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM SÍNDROME DE PRADER-WILLI DIAGNOSTICADO PRECOCEMENTE

Manoela Michel Kohl¹, Mariana Severo Caselli¹, Morgana Vielmo Cáceres¹ e
Vitória Enderle Puña¹, André Anjos da Silva²

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Univates, Lajeado, RS.

² Médico Geneticista. Professor do Curso de Medicina da Univates, Lajeado, RS.

morgana.caceres@universo.univates.br

Introdução: a síndrome de Prader-Willi (SPW) é uma rara doença genética e possui duas fases de evolução distintas. A primeira é no período neonatal e na primeira infância, em que os pacientes apresentam diferentes graus de hipotonia, o qual não é progressivo e tende a melhorar a partir dos 8 meses, aproximadamente. Além disso, observa-se hipogenitalismo, dificuldades de sucção e pequenas anomalias faciais. Na fase em que a hipotonia melhora, a criança começa a ficar mais alerta e começa a apresentar hiperfagia e conseqüentemente obesidade, a qual é um marco para a segunda fase. **Objetivo:** no presente estudo pretende-se apresentar o caso de um recém-nascido portador de SPW diagnosticado precocemente. **Materiais e Métodos:** análise de prontuário e exames realizados pelo paciente, associado a revisão da literatura. **Relato do Caso:** recém-nascido de sexo masculino, filho único de casal hígido, não consanguíneo e sem história familiar de doenças genéticas. Gestação sem intercorrências, notada diminuição da movimentação fetal no fim da gestação. Nascido com 38 semanas. Apgar 6/9, peso ao nascimento: 2170 g, comprimento ao nascimento: 44,5 cm e perímetro cefálico ao nascimento: 34 cm (todas as medidas adequadas para a idade gestacional ao nascimento). Paciente avaliado no 2º dia de vida por hipotonia grave. Apresentava criptorquidia bilateral, micrognatia, eletroencefalograma normal e hipotonia grave, com engasgos à sucção. Aos 2 meses foi internado por Bronquiolite, sem intercorrências posteriores, apresentando eliminações fisiológicas e alimentação por sonda nasointestinal. Exame específico de metilação para SPW confirmou o diagnóstico no final do primeiro mês de vida. Aos 3 meses estava fazendo acompanhamento fonoaudiológico e fisioterápico uma vez ao dia, e endocrinológico, o qual iniciou nesse período o uso de Somatotropina 4UI (hormônio de crescimento). **Conclusão:** o diagnóstico do paciente foi feito baseado nas análises do padrão de metilação do DNA, especificamente no cromossomo 15, sustentadas na anamnese e exame físico no momento da admissão do paciente. Além disso, outros sinais e sintomas apresentados pelo paciente são previstos na síndrome, como hipotonia, hipogenitalismo e alterações faciais. A suspeita clínica e o diagnóstico precoce permitiram o início igualmente precoce do tratamento com o hormônio do crescimento, reconhecidamente útil para a normalização do crescimento, melhora na mobilidade e adequação na massa corporal.

Palavras-chave: Síndrome de Prader-Willi. Diagnóstico precoce. Hipotonia. Hipogenitalismo.

RELATO DE CASO SOBRE MIOCARDITE

Leonardo Luz Sperb¹, Raphael Percegon²

¹ Acadêmico de medicina Univates (leonardo.sperb@universo.univates.br)

² Médico cardiologista HMD – Hospital Mãe de Deus Porto Alegre

Introdução: A miocardite é uma inflamação do miocárdio de etiologia infecciosa ou não. Tem maior prevalência entre adultos jovens masculinos, sendo uma das principais causas de morte súbita abaixo de 40 anos. Em estudos com pacientes portadores de insuficiência cardíaca idiopática, a prevalência é de 9,6%. A principal causa é viral. Entre as não infecciosas encontram-se doenças autoimunes, por toxicidade a fármacos ou outras substâncias. A apresentação clínica é pouco específica, pois se assemelha a diversas doenças cardiovasculares e de outros órgãos.

Objetivo: Evidenciar a importância do alto grau de suspeição para diagnosticar a miocardite, podendo ser determinante para o desfecho. **Métodos:** Foi feita revisão do prontuário do paciente. **Caso Clínico:** Paciente masculino, branco, 56 anos, não faz uso de medicação regular e sem comorbidades. Chegou à emergência com quadro de diarreia há 4 dias com frequência de 3 episódios diários. Queixava-se de tonturas e náuseas. Ao exame físico, estava desidratado, afebril, com PA de 90/60mmHg, FC de 100bpm, ECG: com ritmo sinusal, sem alterações isquêmicas agudas e ausculta cardíaca com ritmo regular, sem sopros e com bulhas hipofonéticas. No primeiro momento, se pensou em um quadro de gastroenterite e a conduta da equipe foi infundir 1L de soro fisiológico 0,9%. Ao ser reavaliado 2 horas após, apresentava-se mais hipotenso, com PA de 84/60mmHg, mesmo após reposição volêmica, além disso, apresentou bulhas hipofonéticas à ausculta cardíaca. Diante disso foi realizada a infusão de mais 500 ml de Soro fisiológico 0,9% e solicitado raio x de tórax e exames laboratoriais. Após, sem grande aumento dos níveis pressóricos, foi solicitada a avaliação da cardiologia pensando na hipofonese das bulhas. Realizado ecocardiograma na beira do leito, foi observado uma hipocinesia ventricular esquerda. Diante disso foi solicitado troponina, que veio alterada, com valor de 0,65ng/ml. O mesmo foi internado, naquele momento com principal hipótese diagnóstica, do ponto de vista cardiológico, de miocardite. Realizado na internação Ressonância magnética cardíaca e a mesma apresentou presença de fibrose em mesocárdio e em subepicárdio das paredes pósterolateral e inferior do ventrículo esquerdo, compatível com miocardite. Iniciado tratamento com anti-inflamatórios não esteroides e sintomáticos. Liberado após 2 dias de internação com melhora clínica e orientado a realizar acompanhamento com cardiologista. **CONCLUSÕES:** Importante ressaltar a boa anamnese clínica e a necessidade de reconhecer as interfaces entre patologias que, aparentemente, possuem algumas relações em comum. Um paciente hígido, sem dor torácica e sem alterações no ECG levou à suspeição de alterações cardíacas pela não responsividade à reposição volêmica. Cabe a nós, portanto, mostrar esta experiência para que, em situações semelhantes, a identificação seja precoce.

Palavras-chave: Cardiologia. Miocardite. Diagnóstico.

LABORATÓRIO SENSORIAL: UMA VISÃO REALÍSTICA DA NEUROPATIA DIABÉTICA

Carolina Dolinski¹, Bruna Zagonel¹, Andressa Paz¹, Bruna Schneider¹, Douglas Henrique Basso Lorenz¹, Ângela Paveglia Teixeira Farias²

¹Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari-Univates

² Médica Endocrinologista, docente do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari-Univates

E-mail: carolina.dolinski@univates.br

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrina crônica caracterizada por níveis aumentados de glicose no sangue devido a defeitos na ação e/ou secreção de insulina. Pacientes diabéticos estão suscetíveis a lesões em órgãos-alvo como complicações do DM, sendo a neuropatia uma das principais. Tal complicação pode gerar inúmeros malefícios para os pacientes, como dor constante, formigamento, sensação de ardência e, em casos mais avançados, redução da sensibilidade protetora de membros inferiores e pés. **Objetivos:** reproduzir, por meio de laboratório sensorial, limitações e sintomas vivenciados por um paciente com neuropatia diabética. **Materiais e métodos:** os estudantes de Medicina do sétimo semestre, no módulo de Diabetes e Hipertensão, realizaram escuta empática de um paciente diabético com neuropatia em membros inferiores e em pés, a partir de uma pergunta norteadora “Quando você percebeu que algo estava diferente?” O paciente relatou os principais sintomas e mudanças em sua vida após o diagnóstico de DM. A entrevista se deu de forma cronológica, com poucas intervenções, de modo que o usuário relatasse de maneira fidedigna suas impressões acerca de sua patologia e limitações. A escuta permitiu que os estudantes compreendessem melhor a neuropatia e as angústias ocasionadas por tal complicação. Para tornar a experiência relatada algo concreto, será construído um laboratório sensorial, no qual os indivíduos hígidos poderão colocar-se no lugar do usuário. Para tanto, os pés dos participantes serão enfaixados, de modo que não consigam sentir a superfície que estão tocando, ou discernir acerca do que estão sendo expostos, como materiais pontiagudos, algodão, temperatura oscilando entre quente e frio, simulando quadro de neuropatia diabética. **Resultados esperados:** Espera-se que os indivíduos que participarem do laboratório sensorial tenham uma visão realística do dia a dia de um diabético com neuropatia, levando à reflexão empática dessa comorbidade. Ademais, que os participantes apropriem-se de conhecimento dessa patologia de importante prevalência, associando, portanto, conhecimento científico-acadêmico à visão do próprio paciente; e que se leve a todas as esferas contribuintes um maior conhecimento do DM e da neuropatia.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Neuropatia Diabética. Laboratório Sensorial.

LABORATÓRIO SENSORIAL – COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS: CARDIOPATIA

Amanda Moreira de Morais¹, Antônio Carlo Klug Cogo¹, Bethynna Farias Saldanha¹,
Bruna De Nez De Barba¹, Helena Oliveira Ererich¹, Isabel Schuster Argenton¹,
Ângela Paveglio Teixeira Farias²

¹Acadêmicos de Medicina, Univates

²Médica Endocrinologista, professora de Medicina, Univates

Introdução: O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma anormalidade endócrino-metabólica, ocasionada por uma deficiência absoluta do hormônio insulina ou uma resistência à ação desta. Indivíduos com diabetes apresentam maior prevalência de cardiopatia isquêmica. Tal repercussão pode acarretar uma depreciação da qualidade de vida, pois reflete em seus diferentes aspectos, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dificuldades no relacionamento social, entre outros. **Objetivos:** Reproduzir, através da construção de um laboratório sensorial, as limitações vivenciadas por um usuário portador de DM que desenvolveu cardiopatia isquêmica. **Materiais e métodos:** A partir de uma narrativa de vida coletada através da metodologia História de Vida Focal, no ambulatório do Centro Clínico Univates, os estudantes de Medicina perceberam as limitações vivenciadas por um paciente com DM no decorrer de 20 anos desde o diagnóstico e o desenvolvimento de cardiopatia isquêmica. Por meio da pergunta norteadora: “Como iniciou a sua busca por cuidado desde o início do seu adoecimento até os dias de hoje e o que isso mudou em sua vida?”, iniciou-se o compartilhamento da experiência narrada pelo paciente. A escuta permitiu aos estudantes conhecer a interpretação e significado do paciente ao processo saúde-doença por ele vivenciado e sua busca por cuidado. Para reproduzir as percepções e sensações relativas à complicação da cardiopatia isquêmica, os estudantes confrontaram o que foi dito pelo paciente, com seus conhecimentos prévios e a busca na literatura e transformaram em laboratório sensorial. O público será convidado a experimentar o laboratório sensorial e realizar atividades físicas utilizando-se de pesos e faixas enquanto passa por um painel contendo questões que buscam estimular a reflexão sobre o processo de adoecimento e a influência de seus hábitos de vida atuais para tal. **Resultados esperados:** Espera-se que o participante vivencie uma experiência fidedigna sensorialmente de como é a vida de um paciente diabético e cardiopata. Ademais, levantar questões que levem à reflexão sobre o autocuidado e a partir disso estimular a adoção de práticas saudáveis que contribuam para a promoção da saúde. Dessa forma, construir uma interface entre paciente, médico e sociedade onde as partes se comunicam para haver um entendimento e maior compreensão das complicações cardíacas causadas pela DM 2.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Cardiopatia. História de Vida Focal. Laboratório Sensorial.

COMPREENSÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES: RETINOPATIA - A PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE O ADOCIMENTO

Stefânia Gazola Faé⁽²⁾, Mariana Zamboti Rodrigues Silva⁽²⁾, Matheus Conterno Prevedello⁽²⁾,
Matheus Toldo Kazerski⁽²⁾, Yuri Carlotto Ramires⁽²⁾, Ângela Paveglia Teixeira Farias⁽¹⁾

¹Médica, especialista em Endocrinologia e Metabologia, professora do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Taquari

²Estudante de Medicina da Universidade do Vale do Taquari
E-mail: angela.farias@univates.br

Introdução: Analisando-se a construção da relação médico-paciente, nota-se a necessidade de transcender o cenário da formação acadêmica tradicional, focando o olhar para a humanização e para a escuta, percebendo o indivíduo em sua totalidade. A abordagem metodológica “História de Vida” permite que o paciente discursive com liberdade sobre a experiência pessoal, fornecendo uma perspectiva detalhada do tema proposto. A “Aprendizagem Baseada em Problemas” e a “Aprendizagem Baseada em Equipes” são utilizadas para potencializar a capacidade analítica do estudante e as habilidades de comunicação, além de desenvolver o trabalho coletivo para apreender a história do paciente. **Objetivo:** Relatar a experiência de um grupo de alunos de Medicina acerca da escuta focada nas impressões do paciente sobre sua doença. **Materiais e métodos:** Paciente do Centro Clínico Univates, portador de retinopatia diabética, foi convidado a depor sobre a percepção de seu quadro patológico, a partir da questão norteadora “Como percebeu a evolução de sua doença, desde o momento em que foi diagnosticado o diabetes, seu problema nos olhos, até os dias atuais?”. Utilizou-se questionamentos para retomada de cronologia e foco nos sentimentos e percepções do assistido. **Resultados:** Através da narrativa constatou-se a relação entre o paciente e a retinopatia, bem como aspectos acerca da sua história de vida, da descoberta da patologia e suas perspectivas sobre a possibilidade de melhora diante do acometimento de sua visão. Possuía boa percepção sobre a cronologia de sua comorbidade, bom entendimento tanto sobre a diabetes quanto sobre seu problema oftalmológico, e os fatores que levaram ao surgimento da retinopatia secundária. Relatou suas percepções ao longo da diminuição da acuidade visual, e como ele notava essa mazela em simples atividades diárias que passaram a exigir maior atenção, cuidado e concentração. Contudo, permaneceu confiante nos cuidados médicos, e mostrou-se esclarecido sobre as chances relativamente baixas de recuperar grande porcentagem da visão. **Conclusão:** A mudança da perspectiva tradicional no ambulatório, o resgate da escuta, o registro das percepções e a utilização de metodologias ativas possibilitaram uma visão mais ampla, empática, detalhada para um maior entendimento da vida do paciente e do impacto da doença no dia a dia. Seus anseios e idealizações serviram para enriquecer o aprendizado, e demonstrar que nem sempre a cura de doenças ou os melhores tratamentos são feitos por meio de prescrições, é preciso, antes, compreender o contexto com o qual trabalhamos, na tentativa de manejar o quadro, valorizando não apenas a doença, mas o paciente como um todo.

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Equipes. Complicações do Diabetes. Retinopatia diabética. Educação Médica.

LABORATÓRIO SENSORIAL SIMULANDO RETINOPATIA DIABÉTICA: UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR DA PERSPECTIVA DO PACIENTE CRÔNICO

Stefânia Gazola Faé⁽²⁾, Ângela Paveglia Teixeira Farias⁽¹⁾, Mariana Zamboti Rodrigues Silva⁽²⁾,
Matheus Conterno Prevedello⁽²⁾, Matheus Toldo Kazerski⁽²⁾, Yuri Carlotto Ramires⁽²⁾

¹Médica, especialista em Endocrinologia e Metabologia, professora do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Taquari

²Estudante de Medicina da Universidade do Vale do Taquari
E-mail: angela.farias@univates.br

Introdução: A retinopatia diabética é uma das complicações microvasculares mais importantes do Diabetes *mellitus* (DM), especialmente em pacientes com longo tempo de doença e inadequado controle glicêmico. É considerada a causa mais frequente de cegueira adquirida em indivíduos com idade entre 25 e 74 anos, constituindo fator importante de morbidade e piora da qualidade de vida. O uso de metodologias ativas de aprendizagem permitiu que os estudantes de Medicina acompanhassem a narrativa de um paciente sobre o processo de perda visual. As percepções relatadas geraram a elaboração de um laboratório sensorial a fim demonstrar aos participantes os impactos causados pelo acometimento da visão. **Objetivo:** Proporcionar uma experiência sensitiva sobre a diminuição da acuidade visual ocasionada pela retinopatia diabética. **Metodologia e materiais:** Propor-se-á uma oficina, com entrada aberta ao público, na qual haverá uma série de atividades que remetam às morbidades visuais de pacientes diabéticos. Por meio do uso de adereços que dificultem ou impeçam a visão dos participantes, serão propostos desafios que envolvam tarefas diárias desses pacientes, como tentativas de dosar e realizar a aplicação de insulina, exemplificando a dificuldade experimentada no cotidiano baseado em seus tratamentos. Em seguida, convidaremos os presentes a passarem por um circuito com alguns obstáculos, com os olhos vendados e auxiliados apenas pela voz de um aluno, reproduzindo mais uma situação comum na vida destes pacientes. **Resultados esperados:** A partir da experiência sensorial relacionada à perda de visão, ficarão evidentes as adversidades diárias enfrentadas pelo paciente, bem como as limitações impostas ao autocuidado. Deseja-se que os participantes percebam a necessidade do manejo correto do DM para evitar o agravamento das comorbidades, o que pode ser alcançado com o diagnóstico precoce, adesão à terapêutica e controle da doença. Espera-se ressaltar a importância de desenvolver uma rede de cuidado que integre a atenção multidisciplinar em saúde e o âmbito familiar, buscando adequar o tratamento e fornecer apoio ao paciente. Ao final da atividade, almejamos que a oficina possa causar impactos positivos e duradouros no processo de compreensão da retinopatia diabética, complicação secundária ao diabetes, proporcionando um maior estímulo ao manejo adequado da doença.

Palavras-chave: Complicações do Diabetes. Retinopatia diabética. Experimentação sensorial.

ERRO DIAGNÓSTICO POR EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS EM PACIENTE PRATICANTE DE *CROSSFIT*: RELATO DE CASO

Yuri Carlotto Ramires ⁽¹⁾, Sérgio Vieira Bernardino Júnior ⁽¹⁾, Roberto Reckziegel ⁽²⁾

¹Estudante do curso de Medicina da Univates

²Médico, especialista em Gastroenterologia, mestre em Ciências em Gastroenterologia,
professor no curso de Medicina da Univates
E-mail: yuri.ramires@universo.univates.br

Introdução: O exercício extenuante pode aumentar algumas enzimas, entre elas a creatinofosfoquinase (CPK) e as transaminases hepáticas, TGO e TGP. Além disso, alterações nos marcadores citados podem indicar doença em pacientes sedentários, como infarto do miocárdio e lesão hepatocitária, podendo levar o médico a falsos diagnósticos. **Objetivos:** Descrever, via relato de caso, como exercícios intensos podem modificar exames laboratoriais e promover erros de interpretação. **Materiais e métodos:** Análise de exames de paciente praticante de *crossfit* e revisão da literatura. **Resultados:** Paciente masculino, 25 anos, 1,70m e 71 kg. Não tabagista, não etilista, atleta amador de crossfit, nega uso de medicações. Procura dermatologista por lesões purulentas pruriginosas em região torácica. Solicitados exames, incluindo hemograma, função hepática e sorologias. Resultados evidenciaram TGO 499 U/L (valor de referência: 17 a 59 U/L) e TGP 139 U/L (21 a 72 U/L), demais exames normais. Diante disso, o paciente foi encaminhado ao gastroenterologista por suspeita de doença hepática. Este então solicitou ecografia abdominal e novos exames, porém orientou o paciente a se abster de exercícios três dias antes do exame. Ao retorno, a ecografia mostrou abdome normal, tal qual as enzimas hepáticas: TGO 48 U/L e TGP 35 U/L. Os marcadores para hepatites B e C também eram negativos. Entretanto, o resultado para a enzima CPK mostrou-se elevado, com 640 U/L (valor de referência: 55 a 170 U/L). O diagnóstico final foi de estresse muscular severo ocasionado por exercício intenso. Parte dos médicos não considera os hábitos de vida do paciente durante a anamnese, particularmente a prática de esportes. Por conseguinte, inúmeras vezes os diagnósticos são equivocados, pois alterações laboratoriais normais para esportistas coincidem com valores sugestivos de doença. Dentre outras circunstâncias, valores elevados de TGO e TGP ocorrem nas hepatites crônicas dos tipos B e C e nas esteato-hepatites não alcoólicas. Da mesma forma, a CPK é aumentada no infarto agudo do miocárdio, miosites, miocardites e rabdomiólise. Tanto CPK quanto TGO/TGP são liberadas de músculos lesionados, e, portanto, são utilizadas como marcadores de dano após exercício. Assim, alterações de TGO, TGP e gama GT, acompanhadas de alterações na desidrogenase láctica e CPK são comumente observadas em atletas com período de recuperação inadequado, fato recorrente em atletas amadores. **Conclusão:** O caso exemplifica a chance de erro quando analisados os exames isoladamente, devendo sempre ser questionados os hábitos de vida do paciente, em especial a prática de exercício intenso. A conduta nos casos em que houver dúvida diagnóstica que envolva marcadores não-específicos, como TGO/TGP e CPK, é solicitar que o paciente não realize exercício por ao menos três dias, a fim de que se normalizem os níveis séricos de tais enzimas e se minimize a possibilidade de erro clínico.

Palavras-chave: Exercício. Erros Médicos. Erros de Diagnóstico.

ESOFAGITE POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: RELATO DE CASO

Yuri Carlotto Ramires⁽¹⁾, Ana Cristina Zamboni⁽¹⁾, Amanda Savaris Ludwig⁽¹⁾,
Carolina Dolinski⁽¹⁾, Igor Minasi Stankevicius⁽¹⁾, Jéssica Martins Ulrich⁽¹⁾,
Rafael Neves Brondani⁽¹⁾, Paulo Roberto Vargas Fallavena⁽²⁾,
Guilherme de Campos Domingues⁽³⁾

¹Estudantes do curso de Medicina da Univates

²Biólogo, doutorado em Biologia Celular e Molecular, professor do curso de Medicina da Univates

³Médico, especialista em Infectologia, professor do curso de Medicina da Univates

E-mail: yuri.ramires@universo.univates.br

Introdução: Infecções pelo citomegalovírus (CMV) costumam ser diagnosticadas em pacientes com deficiência imunológica, como transplantados em uso de imunossupressores ou portadores do vírus HIV. Dentre as apresentações clínicas do CMV, as esofagites constituem importante causa de morbimortalidade nos pacientes soropositivos. **Objetivos:** Descrever o caso de paciente HIV positivo que desenvolveu esofagite por CMV no decorrer de sua doença. **Materiais e Métodos:** Análise do prontuário de paciente em serviço de Infectologia no interior do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Paciente de 40 anos, feminina, HIV positiva, apresentou-se ao serviço médico por astenia, dor epigástrica, odinofagia e disfagia, relatando não se alimentar há 8 dias. Paciente tinha história de neurotoxoplasmose, câncer de mama e baixa adesão ao tratamento antirretroviral (TARV). No momento da consulta, não realizava TARV há 3 meses, quando buscou medicamentos pela última vez e realizou exames, com carga viral para HIV de 79.168 cópias/mL (referência: indetectável) e linfócitos TCD4+ 43 células/mm³ (referência: 500 a 1400/mm³), sugerindo severa imunodepressão. Ao exame físico, estava febril, com sinais de desidratação, hipotensa e taquicárdica. À oroscopia, evidenciou-se lesões características de candidíase oral com acometimento de esôfago. Estava em uso de sulfametoxazol+trimetoprima como profilaxia para reativação da neurotoxoplasmose e ácido valpróico. Foi internada para investigação e exames, os quais mostraram anemia, com hemoglobina de 8,6 g/dL (11 a 16 g/dL) e hematócrito 25% (35 a 47%), além de leucopenia, com leucócitos totais 900/ μ L (5.000 a 11.000/ μ L), 16% de bastonetes (0 a 5%) e linfócitos 162/ μ L (2.000 a 4.000/ μ L). Diante da pancitopenia, é iniciado vancomicina, piperacilina e tazobactam, além de fluconazol por suspeita de candidíase sistêmica. Sem melhora após 4 dias, realiza-se endoscopia digestiva alta, evidenciando lesão ulcerada em esôfago abaixo da linha Z, que foi biopsiada, sendo constatada esofagite por CMV mediante análise imunohistoquímica. Iniciado ganciclovir por 3 semanas, com boa resposta ao tratamento, apesar de leucopenia global e trombocitopenia, efeitos adversos esperados. Ao fim do tratamento, paciente apresentava melhora importante do estado geral, com remissão completa da epigastralgia e dos sintomas esofágicos, além de retorno dos valores hematológicos para níveis normais. Com seguimento clínico de sete meses, apresenta-se sem sinais de recidiva e situação clínica estável. **Conclusão:** Infecções oportunistas, como as causadas pelo CMV, são extremamente comuns em pacientes imunossuprimidos pelo vírus HIV. Assim, acredita-se que a análise e descrição do caso relatado, aliadas ao conhecimento técnico-científico, possam beneficiar médicos e demais profissionais da área da saúde para o diagnóstico rápido e efetivo de doenças que cursam com o mesmo cenário clínico.

Palavras-chave: Esofagite. HIV/AIDS. Citomegalovírus. Coinfecção.

DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO: RELATO DE CASO

Débora Luísa Ritter¹, Caroline Zanella¹, Matheus Prevedello¹, Renata Sartor Fachinelli¹,
Marcia Murussi²

¹ Acadêmicos do curso de Medicina da Univates

² Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates

E-mail: debora.ritter@universo.univates.br

Introdução: O *Diabetes mellitus* tipo 1 (DM 1) é uma doença autoimune que se caracteriza pelo excesso de glicose no sangue devido à deficiência ou ausência completa de insulina. É frequente entre crianças e adolescentes e suas manifestações clínicas características são: fadiga, cansaço, sede intensa, aumento de diurese e perda de peso, apesar da fome excessiva. O diagnóstico, em geral, é estabelecido quando há emagrecimento, poliúria e polidipsia na vigência de hiperglicemia. **Objetivo:** Descrever o caso de tratamento precoce em paciente com DM 1 assintomático e a sua trajetória clínica. **Materiais e Métodos:** avaliação de prontuário do paciente. **Descrição do Caso:** Paciente feminina, de 14 anos, apresentou aos 13 anos de idade distúrbio menstrual, visão turva e tonturas. Procurou o ginecologista, que solicitou exames laboratoriais de rotina. A glicemia de jejum foi de 124 mg/dL, mas não havia manifestado nenhum sintoma. Chegou ao nosso ambulatório da endocrinologia sem perda de peso, sem poliúria e polidipsia, e já fazendo a dieta para diabetes. A hipótese diagnóstica para o caso era de DM 1, em que a paciente ainda possuía reserva de insulina e não havia desenvolvido sintomas de hiperglicemia. Preventivamente, foi iniciada insulina Glargina 100 UI/mL 3 U ao dia antes do café da manhã e insulina ultrarrápida 1 U se glicemia maior de 200 mg/dL. No segundo atendimento, retorna com exames: Teste de tolerância oral à glicose com 75 g: glicemia de jejum = 113 mg/dL e glicemia 2 h (após 75 g de glicose anidra) = 245 mg/dL, e anticorpos Anti-GAD = 1305,3 (Negativo < 10 UI/mL), confirmando o diagnóstico de DM 1. Demais exames: HbA1c 6,2%, TSH 2,502 (0,45-4,5 mUI/mL), Anti-TPO 24,7 (<35 UI/mL). **Conclusão:** Paciente com DM 1 assintomática, diagnosticada, em exames de rotina, por glicemia alterada. O diagnóstico permitiu um início de tratamento precoce, com provável aumento da sobrevida da célula beta, produtora de insulina, e conseqüente preservação da sua reserva de insulina.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 1. Diagnóstico precoce. Insulina.

TERATOMA CÍSTICO MADURO COM CONGESTÃO VASCULAR EM TUBA UTERINA DE GESTANTE: UM RELATO DE CASO

Natalia Wojeick⁽¹⁾; Rafael Neves Brondani⁽¹⁾; Simone Trebien⁽¹⁾; Rodrigo Spinato Morlin⁽¹⁾;
Nadiane Lemos⁽²⁾

(1) Alunos(as) do curso de Medicina da UNIVATES;

(2) Ginecologista e Obstetra; Professora do curso de Medicina da Univates.

Introdução: O teratoma é o tumor de células germinativas mais comum nos ovários, podendo classificar-se em maduros, imaturos ou monodérmicos. Tem origem em células germinativas que migram para o ovário no início da vida embrionária, podendo diferenciar-se em tecidos mais especializados (maduro) ou permanecer indiferenciado (imaturo). A maioria dos teratomas benignos são císticos, prevalentes em mulheres jovens durante o período reprodutivo ativo, sendo normalmente assintomáticos e por isso, frequentemente encontrados ao acaso. Morfologicamente são descritos como cistos contendo pelos e material sebáceo caseoso envolto por uma fina parede. **Objetivos:** Relato de teratoma cístico maduro descoberto durante a gestação. **Materiais e Métodos:** Foram coletados dados via prontuário do Centro Ambulatorial Materno Infantil (CAMI). **Descrição do Caso:** Feminina, 35 anos, branca, diarista, vem à primeira consulta no CAMI para seguimento de pré-natal. Diagnóstico de gestação há um mês com teste farmacêutico. Em consulta traz Ecografia transvaginal com útero em antero-verso flexão, contendo saco gestacional com embrião de 95mm, com batimentos cardíacos fetais presentes (143 bpm) e idade gestacional de 7 semanas pela biometria embrionária. No mês do diagnóstico da gestação, iniciou com dores em região umbilical acompanhada de sangramento vaginal. Paciente procurou a emergência do hospital de referência onde, após realização de exames, constatou-se presença de massa intra-abdominal à direita. Realizou-se laparotomia exploratório de urgência para remoção da massa, sendo esta enviada para estudo anatomopatológico, ao exame Teratoma cístico maduro com congestão vascular em tuba uterina. História da paciente, menarca aos 12 anos, IRS aos 17 anos. Ciclo menstrual de padrão irregular, sem uso de anticoncepcional prévio a gestação. Relata ocorrência de gestação ectópica em trompa esquerda há 17 anos. Paciente com indicação de acompanhamento pré-natal no CAMI e AGAR (Ambulatório de Gestação de Alto Risco). **Conclusão:** Teratoma é considerado um achado comum na prática médica, entretanto, todavia incomum como achado na gestação. Os teratomas costumam ser de difícil diagnóstico na gestação por passarem despercebidos no exame físico devido ao seu pequeno tamanho e repercussão clínica. Neste caso, assim como na maioria dos pacientes com teratoma, não houveram complicações pela doença e pós-operatório. Gestação em evolução.

Palavras-chave: Teratoma. Gestante. Sangramento Vaginal. Gestação de Alto Risco.

RELATO DE CASO: CORNO CUTÂNEO NA FACE

Eduardo Lopes¹, Thaísa Cardoso Fenalte¹, Prof. Me. Dóris Milman Sanshis²

¹Acadêmico de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES

²Médica Dermatologista e Professora de dermatologia da UNIVATES;

E-mail: eduardo.lopes@universo.univates.br

Introdução: O termo corno cutâneo é a designação morfológica para uma projeção cônica, hiperqueratótica, similar ao corno de um animal. Ocorre sobretudo em pacientes acima dos 50 anos, de pele clara, em ambos os sexos e acomete predominantemente áreas fotoexpostas. O quadro clínico é sugerido pelo aspecto e pelo curso clínico das lesões. O diagnóstico é fácil, porém faz-se sempre necessário avaliar a base do corno, já que ela pode ocultar lesões pré-malignas ou malignas. **Objetivo:** evidenciar a importância do reconhecimento e manejo de lesões cornificadas e do uso de fotoproteção adequada para prevenção dessas. **Relato do caso:** Paciente feminina, 87 anos, aposentada, trabalhadora rural. Encaminhada ao ambulatório de dermatologia da Univates para avaliação de lesão na face, iniciada há cerca de 5 anos e que aumentou progressivamente, sem sintomas de prurido, ardência, dor ou secreção. Nega tratamento para este fim, bem como nunca ter realizado fotoproteção adequada. Como comorbidades associadas, apresentava hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, depressão e doença pulmonar obstrutiva crônica. Ao exame, verificou-se a presença de lesão cornificada, endurecida, amarelada, de aspecto queratótico, localizada na região malar esquerda, além de numerosas ceratoses actínicas no dorso das mãos e antebraços. Foi encaminhada à cirurgia oncológica para exérese cirúrgica da lesão, cuja base mostrou tratar-se de ceratose actínica hipertrófica. **Discussão:** Estudos epidemiológicos, como o de Mantese et al. (2010) mostram que pacientes com lesões cornificadas têm em média 67 anos, são mulheres em 64,86% das vezes e apresentam um tempo médio de evolução da lesão de 16,92 meses. As localizações mais frequentes, segundo estes estudos, são a cabeça e os membros superiores. O importante, porém, não é o corno cutâneo propriamente dito, mas a análise histopatológica de sua base, que pode revelar diversas entidades clínicas, como verrugas virais, queratoacantomas, ceratoses seborreicas e actínicas, bem como carcinomas (AZULAY, 2013). A ceratose actínica, descrita no exame anátomopatológico do caso, é apontada por diversos estudos como sendo a principal lesão de base do corno (BONDESON, 2001). Trata-se de uma lesão pré-maligna que surge da proliferação de queratinócitos atípicos em resposta à exposição solar prolongada e que pode evoluir para carcinoma espinocelular (RIVITTI, 2014). Entretanto, Duncan e Leffel (2003) já consideram essa ceratose como um carcinoma de células escamosas em evolução. **Conclusão:** O caso descrito mostra a necessidade do reconhecimento clínico dos cornos cutâneos, bem como do manejo cirúrgico e análise histopatológica, uma vez que numerosos casos correspondem a lesões pré-malignas e malignas. Preventivamente, torna-se fundamental a orientação dos pacientes quanto à fotoproteção, uma vez que a radiação ultravioleta é o principal fator de risco na gênese dos tumores cutâneos.

Palavras-chave: Corno cutâneo. Ceratose actínica. Dermatologia.

DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA DE PARKINSON: UTOPIA OU FUTURO PRÓXIMO?

Jocilaine Mendes da Silva¹, Mariana Longhi Zandonai¹, Mauricio Tedesco¹, Augusto Konrath¹,
Ana Luísa Lanius¹, Vitória Enderle Puña¹, Ramatis Birnfeld de Oliveira².

¹ Acadêmicos do curso de Medicina UNIVATES

⁽²⁾ Health and Medical Research Group, Curso de Medicina, Universidade do Vale do Taquari
E-mail: jocilaine.silva@universo.univates.br

Introdução: A doença de Parkinson (DP) é um distúrbio neurodegenerativo progressivo e debilitante com características que incluem uma variedade de sintomas motores e não motores. Acreditava-se que os sintomas motores estavam ligados principalmente à patologia de Lewy (PL) na substância negra (SN), causando uma grande perda de neurônios dopaminérgicos. No entanto, o sucesso relativo das terapias de substituição dopaminérgicas para aliviar as características da DP proporcionou novas estratégias de pesquisa. A este respeito, evidências recentes sugerem que PL no locus coeruleus (LC), a principal fonte de norepinefrina (NE) do cérebro, precede a da SN e pode ser um dos primeiros eventos etiológicos da DP. **Objetivos:** Apresentar uma atualização sobre doença de Parkinson com enfoque nas descobertas sobre a participação inicial do locus coeruleus e norepinefrina e novas perspectivas para o diagnóstico precoce da DP. **Materiais e Métodos:** Revisão de bibliografia relacionada ao tema. **Resultados:** As evidências indicam que NE desempenha um papel protetor aos neurônios da SN e, conseqüentemente, sua diminuição participa da fase inicial do processo de degeneração observado na DP, levando ao desenvolvimento dos sintomas não motores relacionados ao comportamento e à cognição. O exposto acima sugere que há um lapso temporal entre a degeneração do LC e da SN, demonstrado pelo intervalo de mais de 10 anos entre o aparecimento dos sintomas motores e não motores na DP. Assim, marcadores da degeneração do LC e dos sintomas não motores seriam essenciais para o diagnóstico precoce. Para tal, pode-se usar micro RNAs (miRNAs), que são pequenas sequências de RNAs que atuam à nível pós-transcricional regulando virtualmente os genes expressos no ambiente celular e estando intimamente ligados à degeneração neuronal. **Conclusão:** As informações obtidas através desta revisão permitiram um aprimoramento de conhecimentos sobre as novas vertentes em pesquisas sobre DP relacionadas ao LC, à NE e ao potencial de utilização de biomarcadores em diagnóstico e tratamentos precoces. Os indícios sugerem que a degeneração do LC e conseqüente deficiência de NE ocorrem antes da deficiência dopaminérgica na SN, sendo relacionadas com os sintomas não motores e com a gravidade da manifestação da DP. Quanto aos biomarcadores utilizados no diagnóstico precoce, até o presente momento não há um perfil dos miRNAs que são alterados com a perda do sistema noradrenérgico, bem como dados na literatura que permitam estabelecer uma correlação com o perfil de miRNAs já conhecidos para a DP.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Locus coeruleus. Norepinefrina. Diagnóstico precoce.

INEFETIVIDADE TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: SITUAÇÃO MULTIFATORIAL

Sérgio Vieira Bernardino Júnior¹, Luiz Renato Ribeiro¹, Carla Kauffmann^{1,2},
Luís César de Castro^{1,2}

¹Curso de Medicina - Universidade do Vale do Taquari - Univates

²Núcleo de Pesquisa em Assistência Farmacêutica

E-mail: sergio.bernardino@universo.univates.br

Introdução: A promoção do uso racional de medicamentos compreende, entre outros, o monitoramento da segurança de medicamentos, cuja contribuição multiprofissional amplia a criticidade na prática clínica, oportunizando seu uso efetivo e seguro. A resposta terapêutica aos fármacos pode variar em decorrência de diversos fatores: as relacionadas aos usuários/pacientes, a qualidade dos medicamentos e os erros de medicação e os aspectos ambientais.

Objetivos: Destacar e conceituar condições reconhecidas como tensores para a inefetividade na terapêutica medicamentosa à luz da Farmacovigilância. **Materiais e Métodos:** Efetuou-se a revisão integrativa acerca do tema farmacovigilância e inefetividade terapêutica medicamentosa, destacando-se os principais elementos entendidos como maiores tensores para o uso irracional.

Resultados: O fracasso da farmacoterapia compreende tema de especial crescimento de preocupação multiprofissional. A efetividade dos fármacos, sob condições reais de prescrição e uso, mostra especial criticidade no ampliado número de medicamentos prescritos por usuário, com destaque à ocorrência de interações e iatrogenias. Fatores de particularidade aos indivíduos usuários, como idosos, gestantes, crianças, pessoas com problemas de saúde específicos denotam falhas no regime posológico prescrito. Características étnicas, idade, peso corporal, sexo, estado nutricional, situações fisiológicas e patológicas especiais, condições emocionais e concordância com a terapia. Hábitos de vida, exercícios, sono e dieta podem compreender fatores especiais nas respostas clínicas aos fármacos. Desvios de qualidade podem ser identificados e representar inefetividade terapêutica. Suas principais características podem ser originadas por problemas nas matérias-primas ou qualquer outra etapa no processo produtivo. Erros de diagnóstico, prescrição de doses equivocados, indicações indevidas, possibilidades potenciais de interações com alimentos ou medicamentosa colaboram para o insucesso do tratamento com medicamentos. **Conclusão:** O monitoramento dos fármacos sob a ótica da segurança, efetividade e racionalidade constituem elementos de acompanhamento médico e demais profissionais de saúde. Da prescrição ao emprego de medicamentos é necessário o monitoramento cuidadoso da segurança dos medicamentos, não se restringindo aos novos fármacos ou avanços terapêuticos significativos. O monitoramento da eficácia e segurança dos medicamentos compreendem especial preocupação médica na contemporaneidade.

Palavras-chave: Inefetividade Medicamentosa. Monitoramento de Fármacos. Uso Racional de Medicamentos.

OSTEOMIELETTE CRÔNICA EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATOIDE GRAVE: RELATO DE CASO

Isabel Schuster Argenton¹, Kadja Ferraz Campara¹, Mariana Zamboti Rodrigues Silva¹, Claudia Monfroni Rocha²

E-mail: <isabel.argenton@universo.univates.br>.

¹Acadêmico de Medicina da Univates

²Médica, especialista em Reumatologia, professora do curso de Medicina da Univates

Introdução: A osteomielite pode ocorrer como resultado da semeadura hematogênica, disseminação contígua da infecção pelo osso, tecidos moles adjacentes e articulações, ou inoculação direta da infecção no osso como resultado de trauma ou cirurgia. A osteomielite hematogênica é geralmente monomicrobiana, enquanto à disseminação contígua ou inoculação direta é geralmente polimicrobiana. **Objetivo:** Descrever o caso de osteomielite em paciente portadora de artrite reumatoide (AR). **Materiais e Métodos:** Os dados foram coletados através de revisão de prontuário digital de uma paciente do ambulatório de Reumatologia do Centro Clínico Univates. **Resultados:** Paciente feminina, 58 anos, hipertensa, portadora de vasculopatia e AR de longa data, mas com acompanhamento irregular, vem à consulta no dia 08/09/2017. Em uso regular de prednisona 50 mg/dia, pregabalina 75 mg, leflunomida 20 mg, losartana 50 mg 2/dia, hidroclorotiazida 25mg, clopidogrel 75 mg, pentoxifilina 400 mg 2/dia, cinarazina 75 mg, alendronato 70 mg 1/semana, vitamina D 200 UI + carbonato de cálcio 625mg e omeprazol 20 mg 2/dia. Ao exame físico apresentava mãos com deformidade acentuada (dorso de camelo), mucosas pálidas, artrite em mãos, punhos e joelhos. Nos pés, presença de lesões ulceradas no quinto pododáctilo esquerdo, faces laterais e hálux bilateralmente, com exposição óssea e secreção purulenta, sugerindo osteomielite. Relata aparecimento da lesão há pelo menos um ano e que na consulta médica realizada, foi prescrito antibiótico via oral, mas sem melhora. Diante da situação, foi encaminhada para tratamento hospitalar, com recomendação de antibioticoterapia endovenosa além de coleta de material ósseo para análise e cultura. Paciente orientada sobre a importância do manejo correto da osteomielite para evitar quadro séptico e possibilitar seguimento da terapêutica reumatológica, com plano de iniciar uso de imunobiológicos. **Discussão:** Apesar de a doença reumatológica carecer de otimização do tratamento, é a osteomielite, complicação relacionada à vasculopatia, que deve ser assistida primeiramente. Frente ao desconhecimento de sua condição, conscientizou-se a paciente da possibilidade de agravamento do quadro à sepse e da necessidade de internação para via adequada de acesso medicamentoso. **Conclusão:** Mediante o caso, evidencia-se a importância de enxergar a paciente como um todo, além do que compete à especialidade a qual ela busca no presente momento.

Palavras-chave: Osteomielite. Artrite reumatoide. Vasculopatia.

CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE EM PACIENTE MASCULINO: RELATO DE CASO

Marianna Bernardi Motta⁽¹⁾, Evelyn Graciolli Pandolfi⁽¹⁾, Isabela Borella da Silva⁽¹⁾, Gerson Jacob Delazeri⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunas de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em medicina, Médico Ginecologista e Mastologista; Professor do curso de Medicina da Univates.

E-mail: mariannabm@yahoo.com.br

Introdução: O câncer de mama masculino é uma doença rara e representa menos de 1% dos casos desta neoplasia. Habitualmente ocorre em homens com mais de 60 anos. O manejo dos pacientes do sexo masculino são baseados na experiência do tratamento das mulheres com câncer de mama. O diagnóstico tardio costuma piorar o prognóstico neste grupo de pacientes. **Objetivos** Descrever o caso de um paciente masculino diagnosticado com Ca de mama. **Materiais e Métodos** Coleta de dados do prontuário do paciente em serviço de mastologia/oncologia no interior do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados** Paciente masculino, 59 anos, encaminhado para tratamento por câncer de mama. Refere que há muitos anos percebia pequeno nódulo assintomático em mama esquerda. Em setembro de 2016 percebeu que o nódulo começou aumentar e causar desconforto local, procurando então ajuda médica. Ao exame, observou-se nódulo de 4,5 cm, retroareolar da mama esquerda, com infiltração da pele e linfonodos comprometidos na região axilar. A Mamografia e US de mamas demonstraram o nódulo em mama esquerda com 4,2cm e linfonodo axilar com 2,3cm de aspecto suspeito para comprometimento metastático - BIRADS 4. A “core biopsy” confirmou o diagnóstico de Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI) grau 2. Estadiamento T4N1Mx. Imuno-histoquímica demonstrou Receptor de Estrogênio + (RE) (ocasionais células positivas); Receptor de Progesterona (RP) negativos; HER 2 positivo +/- ; Ki67 menor de 10%. Iniciou-se tratamento com quimioterapia neoadjuvante (TAC) Docetaxel, Doxorubicina e Ciclofosfamida, por ser um caso de Ca de mama localmente avançado. Na sequência foi submetido à mastectomia radical e linfadenectomia axilar. Apresentou resposta parcial à quimioterapia neoadjuvante. Será submetido a Radioterapia adjuvante. Nega cirurgias prévias e nega histórico familiar de neoplasia. Paciente obeso (IMC= 38,6), ex-tabagista, nega etilismo. A curiosidade deste caso deve-se ao fato de que sua esposa faleceu por câncer de mama 4 anos após o diagnóstico feito aos 37 anos; também sem histórico familiar de neoplasias. Na época, ela trabalhava com serviços gerais e ele como mecânico. Residem em Florianópolis (SC). **Conclusão:** Apesar de o câncer de mama ser mais comum em mulheres, o índice de óbitos em pacientes do sexo masculino é maior. Esse fato se deve a um diagnóstico tardio, sendo assim, o carcinoma frequentemente é encontrado em estágios mais avançados, dificultando um prognóstico favorável.

Palavras-chave: Neoplasia de mama. Quimioterapia. Radioterapia. Mastectomia radical.

PERFURAÇÃO INTESTINAL POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

Evelyn Graciolli Pandolfi⁽¹⁾, Marianna Bernardi Motta⁽¹⁾, Isabela Borella da Silva⁽¹⁾,
Roberto Reckziegel⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em Gastroenterologia; Professor do curso de Medicina da Univates.

E-mail: evy_graciollipandolfi@hotmail.com

Introdução: A ingestão de corpo estranho é uma queixa comum nos atendimentos de urgência. A maioria dos corpos estranhos pode ser removida sem maiores consequências por endoscopia quando localizados no trato gastrointestinal superior. Porém pode ocorrer a migração para o intestino delgado ou clon e em aproximadamente 1% dos casos evoluem para perfuração intestinal, sendo comuns quadros de abdômen agudo inflamatório e, mais raramente, obstrução intestinal, hemorragias e formação de fístulas. O tratamento cirúrgico é obrigatório e em muitas situações evita-se a anastomose primária pelo risco de deiscência e formação de fístulas, optando-se pela realização de colostomia. **Objetivos** Descrever o caso de um paciente submetido a laparotomia exploratória com enterectomia, drenagem de abscesso pélvico junto ao cólon sigmoide. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados do prontuário da paciente em serviço de gastroenterologia no Rio Grande do Sul. **Resultados:** Paciente masculino, 70 anos, branco, tabagista (50 maços/ano) e etilista, vem à consulta ambulatorial para realização de colonoscopia, visando avaliar a possibilidade de anastomose após laparotomia exploratória com enterectomia, drenagem de abscesso pélvico junto ao cólon sigmoide e confecção de colostomia. Paciente previamente higido - em uso de omeprazol, sinvastatina, AAS, anlodipino, hidroclorotiazida, clomepramina, lamitan - teve início de quadro de vômito associado a dor, plenitude e rigidez abdominal após consumo de vinho e peixes. Na admissão hospitalar, foi iniciada antibioticoterapia por 11 dias, sem melhora. Levantou-se hipótese de Doença de Chron e Diverticulite. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdômen total, onde foi identificada a obstrução intestinal. Foi submetido a laparotomia exploratória, com enterectomia, drenagem de abscesso pélvico junto ao cólon sigmoide, sendo feita colostomia. Após dois meses da alta hospitalar, paciente foi ao ambulatório realizar colonoscopia para avaliar possibilidade de anastomose e retirada de colostomia, onde foi levantada a hipótese do abscesso pélvico ter sido causado por perfuração intestinal por corpo estranho - espinho de peixe. A colonoscopia revelou provável colite por desuso. Foi autorizada a realização da anastomose. **Conclusão:** Obstrução intestinal pode ser causada por diversos fatores. Devido a isso, o diagnóstico precoce e correto evita tratamentos equivocados e gastos com rastreamento de outras patologias, contudo, um diagnóstico clínico, laboratorial e/ou radiográfico é mais complexo. Dessa forma, é fundamental uma anamnese detalhada que busque fatores de risco pontuais e que se certifique da veracidade das informações obtidas. Além disso, realizar laparotomia exploratória pode auxiliar o diagnóstico e o tratamento, quando a clínica e a imagem não são suficientes.

Palavras-chave: Perfuração intestinal. Corpo estranho. Abscesso pélvico. Enterectomia. Colostomia.

LABORATÓRIO SENSORIAL: CONHECENDO A NEFROPATIA DIABÉTICA

Romualdo Pilecco⁽¹⁾, Osvaldo Yoshida⁽¹⁾, Melissa Sofia Dickel⁽¹⁾, Stephanie de Lemos Bonotto⁽¹⁾,
Paula Aguiar Grandi⁽¹⁾, Kadja Ferraz Campara⁽¹⁾, Angela Paveglio Teixeira Farias⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates

⁽²⁾ Mestre em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates.

E-mail: romualdopilecco@hotmail.com

Introdução: Os modelos de educação preconizam aliar a teoria à prática a fim de melhorar a fixação bem como aumentar a capacidade de aprendizado. Para tanto é imprescindível as experiências de ensino. Quanto maior a quantidade de situações vivenciadas, maior facilidade o acadêmico irá encontrar em resgatar esses assuntos, logo, melhor conduta e mais adequado manejo ele irá proporcionar ao paciente e familiar. Além disso, o vínculo da teoria à prática é de suma importância para o paciente, pois quanto maior o nível de compreensão de seu estado maiores são as chances de evitar complicações da doença – momento em que o paciente toma consciência e adquire papel ativo no tratamento de sua enfermidade. Um paciente com *Diabetes mellitus* (DM) apresenta complicações inerentes à doença que podem afetar vários órgãos e gerar sinais e sintomas que causam grande prejuízo a qualidade de vida do paciente. Assim, havendo conhecimento dessas informações, o acometido e as pessoas que o rodeiam, tanto familiares como profissionais de saúde podem adotar medidas que retardem ou mesmo evitem a progressão do DM e suas complicações. **Objetivo:** Demonstrar as dificuldades que pacientes com complicações do DM enfrentam no cotidiano à pessoas acometidas ou não pela doença. **Métodos:** A partir da escuta das percepções de paciente previamente selecionado, revisão da literatura sobre sintomas relativos à nefropatia diabética e confronto entre ambos, foi elaborada uma experiência sensorial. Serão utilizados anilhas em forma de tornozeleiras para simulação do sinal de edema em membros inferiores, traduzida pelo paciente como “peso nas pernas”. **Resultados Esperados:** Partindo do conhecimento dos sintomas causados pela nefropatia diabética – uma complicação da DM - espera-se que os participantes possam compreender uma parcela do desconforto e a comprometida qualidade de vida que os pacientes acometidos com DM vivenciam diariamente. O conhecimento e compreensão da doença é de extrema importância para todos - paciente, equipe médica, familiares, cuidadores, comunidade em geral - por isso, o método visa transmitir as informações necessárias - com base na efetiva experiência e vivência mesmo que apenas por algumas horas - para que seja possível o mais adequado manejo, tanto físico quando emocional, relacionado as situações e prejuízos que o DM pode gerar nos pacientes acometidos.

Palavras-chave: Laboratório Sensorial. Educação Médica. Nefropatia Diabética.

GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA EM ADOLESCENTE, CONCOMITANTE AO USO DE ISOTRETINOÍNA ORAL: RELATO DE CASO

Thaísa Cardoso Fenalte¹, Amanda Savaris Ludwig¹, Camila da Silva Barbosa¹,
Érica Menegotto¹, Lina Ruppenthal Schneider¹, Dóris Milman Shansis²

1 Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari, membras da Liga Acadêmica de Dermatologia da Univates - LADERM

2 Médica Dermatologista, Professora do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari e Coordenadora da Liga Acadêmica de Dermatologia da Univates - LADERM

E-mail: thaisa.fenalte@universo.univates.br

Introdução: A primoinfecção herpética é geralmente assintomática ou manifesta-se por meio de sintomatologia inespecífica. Muitos dos quadros infecciosos da infância e adolescência, atribuídos a diversos vírus ou infecções bacterianas da orofaringe, são na verdade primoinfecção herpética, pois até 95% dos pacientes expostos primariamente ao vírus do herpes simples (HSV) não apresentam sintomatologia suficiente para a plena caracterização do quadro. A primoinfecção herpética sintomática pode variar de um quadro discreto, com algumas vesículas erodadas e febre baixa, até quadros graves, caracterizados por vesículas no local de inoculação, febre alta, cefaleia, adenopatias e comprometimento do estado geral. Com o rompimento das vesículas se formam exulcerações. A gengiva fica edemaciada, a alimentação se torna difícil e a faringe pode ser comprometida. A gengivoestomatite herpética primária constitui o complexo sintomático mais comum que acompanha a infecção primária pelo HSV-1 em crianças. **Objetivo:** O interesse deste trabalho é o de chamar a atenção para a gengivoestomatite herpética, manifestação clínica da infecção primária pelo HSV-1, encontrada em indivíduos que nunca tiveram contato com o vírus, sem proteção imunológica. **Descrição do caso:** Paciente masculino branco, 13 anos, trazido pela mãe que relata que o filho iniciou com quadro de cefaleia, febre alta e odinofagia há 48 horas. Usou azitromicina por suspeita de infecção bacteriana e refere o surgimento de lesões vesicobolhosas no lábio superior após o início desta droga. Em tratamento com isotretinoína oral para acne há 2 meses, tendo feito aumento da dose da medicação na última semana e apresentando queilite importante dos lábios como efeito adverso. Sem outras comorbidades associadas. O paciente foi tratado com aciclovir oral por 7 dias, com evolução favorável do quadro. **Discussão:** Essa patologia é menos frequente em adolescentes do que as manifestações do herpes simples recidivante, e muitas vezes confundido com outras doenças. As lesões das mucosas na primoinfecção pelo HSV-1 devem ser distinguidas da candidíase oral, das úlceras aftoides, da herpangina, das infecções virais e bacterianas e da síndrome de Stevens-Johnson. A transmissão da infecção pelo HSV-1 ocorre pelo contato pessoal, em que as partículas virais infectam pela mucosa ou por soluções de continuidade da pele. O período de incubação é de aproximadamente 10 dias, embora 80 a 90% das primoinfecções ocorram em crianças com menos de 10 anos de idade, sobretudo entre 6 meses e 5 anos, o paciente manifestou a doença na adolescência, tendo a queilite pela isotretinoína, provavelmente facilitado a penetração do vírus. **Conclusão:** O caso descrito acima mostra a importância do diagnóstico e tratamento adequado para prevenir complicações que possam vir a ocorrer. É importante que o médico esteja atento aos possíveis sinais e sintomas da patologia.

Palavras-chave: gengivoestomatite herpética. Vírus herpes simples. Isotretinoína.

FARMACODERMIA E HIPOTIREOIDISMO SECUNDÁRIOS AO USO DA QUETIAPINA PARA TRANSTORNO DA ANSIEDADE

Tháisa Cardoso Fenalte¹; Eduardo Lopes¹; Dóris Shansis²

¹Acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates; ²Médica Dermatologista e Professora da Univates.
E-mail: thaisa.fenalte@universo.univates.br

Introdução: A farmacodermia é uma erupção cutânea que surge por uma reação alérgica, causada pelo uso de drogas, envolvendo diferentes mecanismos de reações imunes. Pode ser causada por diversos tipos de medicamentos, principalmente antibióticos, anti-inflamatórios, anticonvulsivantes e quimioterápicos. As manifestações cutâneas mais comumente associadas à farmacodermia incluem manchas eritematosas, lesões urticarianas, pústulas, bolhas e descamação, frequentemente acompanhadas de prurido. O hipotireoidismo é uma patologia comum na população. Os sintomas sistêmicos normalmente incluem fadiga, ganho de peso, alopecia, pele seca e constipação. Alguns medicamentos, como os psicofármacos, podem levar a quadros de hipotireoidismo secundário, algumas vezes não sendo diagnosticados no dia a dia. **Objetivo:** O interesse deste trabalho é atentar para os sintomas de farmacodermia e hipotireoidismo causados pelo uso de quetiapina. **Descrição do caso:** Paciente masculino, branco, 20 anos de idade, apresentando quadro de ansiedade e insônia importantes. Consultou com especialista, sendo prescrito quetiapina. Após aumento da dose desta medicação, iniciou com prurido intenso, acompanhado de lesões vesicobolhosas, principalmente nas palmas das mãos, mas também nos membros superiores, inferiores e tronco. Consultou com dermatologista, cuja hipótese diagnóstica foi de farmacodermia. Foram solicitados exames laboratoriais, sendo detectada alteração da função tireoidiana (TSH: 5,33; T4 livre: 5,04). Foi realizado encaminhamento para endocrinologista, que iniciou com levotiroxina, ao mesmo tempo em que a quetiapina foi sendo retirada e o uso de um anti-histamínico sedativo (hidroxizine) foi introduzido. Após 40 dias, paciente retornou à consulta dermatológica, apresentando melhora significativa do quadro cutâneo. **Discussão:** Antipsicóticos de segunda geração, como a quetiapina, têm sido utilizados no tratamento dos transtornos da ansiedade. Efeitos adversos desta medicação são descritos, sendo relatados, além das reações cutâneas, alguns casos de hipotireoidismo secundários a esta droga. O caso apresentado cursou com dois efeitos adversos importantes, que ocorreram paralelamente: a farmacodermia, caracterizada neste caso, por prurido e lesões vesicobolhosas e o hipotireoidismo secundário, chamando a atenção para a necessidade da avaliação da função tireoidiana nos pacientes em uso de quetiapina, bem como do reconhecimento das manifestações cutâneas indesejáveis que podem advir deste medicamento. **Conclusão:** O caso descrito acima mostra a importância de avaliar a função tireoidiana em pacientes em uso de quetiapina, assim como de estar atento aos sintomas de farmacodermia. É imprescindível que o médico saiba intervir da melhor forma possível.

Palavras-chave: Farmacodermia. Hipotireoidismo. Antipsicóticos.

ATRASO DO TEMPO CIRÚRGICO EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA, UM RELATO DE CASO

Gabriela Alérico Casaril⁽¹⁾; Antônio Carlo Klug Cogo⁽¹⁾; Marcelo Faedo Turra⁽¹⁾;
Cezar R. van der Sand⁽²⁾

(1) Discentes do curso de Medicina da Univates;

(2) Professor do curso de Medicina da Univates.

Contato: gabriela.casaril@univates.com.br

Introdução: O tratamento invasivo é o único tratamento curativo para pacientes com Estenose Aórtica severa (EAo), e o seu benefício está inversamente relacionado com a Fração de ejeção (FE) do paciente. Apesar de estudos controversos, a Hipertensão Pulmonar (HP) pode ser impeditiva ao procedimento devido ao alto índice de mortalidade cirúrgica. Nesses casos, o tempo cirúrgico se mostra um fator fundamental para o melhor prognóstico de pacientes com valvulopatias. **Objetivo:** Relatar um caso para demonstrar a importância de estar atento ao tempo cirúrgico em paciente com valvulopatia. **Método:** Coleta de dados do prontuário do Centro Clínico da UNIVATES, de acordo com a Resolução 466/12. **Descrição do caso:** Paciente de 61 anos, branca, vem à consulta em 28/11/16 com queixa de palpitação e dispneia aos pequenos esforços, em uso de Budesonida nasal, Alenia, Furosemida 40mg e Levotiroxina 25mcg. Ao exame físico: normotensa, ausculta cardíaca em ritmo regular, bulhas hipofonéticas em dois tempos, presença de sopro sistodiastólico aórtico e sopro carotídeo bilateral, ausculta pulmonar normal. Solicitou-se Holter e ecocardiografia (ETT). Retorna em 19/12/16 com resultado de Holter normal. Retorna em 20/03/17 sem melhora dos sintomas e com resultados da ETT demonstrando estenose da válvula aórtica muito grave com área valvar de 0,6 cm² e insuficiência aórtica mínima. Veia cava inferior dilatada. Ventrículo esquerdo hipertrófico. Disfunção sistólica grave. Ventrículo direito dilatado e com disfunção sistólica. Pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) estimada em 59mmHg e FE: 29% (ideal >50%). Ao exame físico: normotensa, pulso filiforme, FC: 100 bpm, ritmo regular, bulhas hipofonéticas em dois tempos, presença de sopro aórtico. É prescrito, Carvedilol 6,25mg 2x/dia. Encaminhada ao cirurgião cardíaco com urgência. Paciente retorna em 05/06/17 com cirurgia contra indicada pelo cirurgião, devido ao alto risco cirúrgico. Traz consigo nova ETT, com FE: 22%, diâmetro do átrio esquerdo: 5,2, PSAP: 64mmhg. Com impossibilidade da realização cirúrgica, maneja-se a medicação, aumentando a dose de Carvedilol para 12,5mg 2x/dia. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico na paciente em questão tem um alto risco de mortalidade cirúrgica variando entre 20-30 % conforme o escore de risco utilizado (HSL-RS e Ambler) efetividade pós-operatória duvidosa devido a presença de lesão miocárdica e hipertensão pulmonar. Todavia, mesmo com um alto risco, o procedimento invasivo, seja troca valvar por cirurgia convencional ou implante de prótese via cateterismo são os únicos tratamentos efetivos para a Estenose Aórtica severa (EAo), e apresentam resultados significativamente melhores que o tratamento medicamentoso. Esses fatos corroboram a necessidade de investigar precocemente as valvulopatias para maior efetividade cirúrgica. Com um diagnóstico precoce os riscos cirúrgicos são menores e a efetividade cirúrgica maior.

Palavras-chave: Estenose da válvula aórtica. Cirurgia valvar. Fração de ejeção.

DISTROFIA MUSCULAR DE BECKER: UM RELATO DE CASO

Leonardo Rickes da Rosa¹, Maurício Tedesco¹, Gevertton Ost¹, Jhonatan William¹,
André Anjos da Silva²

¹ Acadêmico do curso de Medicina Univates

² Professor do curso de Medicina Univates

leonardo.rosa3@universo.univates.br

Introdução: A Distrofia Muscular de Becker (DMB) é uma doença neuromuscular e incapacitante, de padrão hereditário ligado ao X, caracterizada por perda de massa muscular e fraqueza. Essa condição é causada por uma anormalidade no gene responsável pela produção da proteína chamada distrofina, que auxilia as células musculares a se manterem intactas; sem ela, os músculos não conseguem se contrair corretamente. A pessoa pode herdar o gene mutado da distrofina ou a mutação pode aparecer espontaneamente. Por ser ligada ao cromossomo X, a doença comumente afeta mais os homens, mas também pode afetar mulheres. Sua incidência é cerca de 10 vezes menor que a da Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), ocorrendo um caso a cada 30 mil nascimentos masculinos. Os sintomas e sinais da DMB são semelhantes aos da DMD, mas consideravelmente mais leves. O início de manifestação é mais tardio e a evolução clínica da doença mais lenta. O quadro clínico da DMB apresenta uma variabilidade muito grande, podendo haver, em uma mesma família, indivíduos com diferentes graus de comprometimento muscular.

Objetivos: Apresentar um relato de caso sobre um paciente com Distrofia Muscular de Becker (DMB) e uma breve revisão bibliográfica.

Materiais e Métodos: Foi realizado a anamnese e posterior coleta de dados para exames. Dentre os exames, estão: a dosagem dos níveis séricos da enzima Creatinoquinase (CK); exame de DNA para pesquisa de deleção/duplicação no gene da distrofina; biópsia muscular para o estudo qualitativo e quantitativo da proteína distrofina no músculo do paciente, especialmente nos casos em que o exame de DNA não identifica a alteração no gene da distrofina.

Resultados: Indivíduo masculino de 9 anos e 8 meses clinicamente compatível com Distrofia Muscular tipo Becker, em virtude de o paciente iniciar com fraqueza por volta dos 6 anos, principalmente nos membros inferiores e proximais, chegando a ter quedas devido à perda de forças. Dosagem da enzima CK mostrou-se extremamente elevada e eletrocardiograma demonstrava distúrbio de condução de ramo direito. Ao estudo genético, deleção do éxon 45 do gene, clinicamente compatível com o tipo DMB. Filho único de casal não consanguíneo, não há histórico familiar para a condição. Realizou-se orientação sobre o diagnóstico genético, mantendo a medicação (corticoterapia), acompanhamento e o exercício físico por meio da fisioterapia. Por fim, a análise molecular da mãe foi solicitada para realização de aconselhamento genético.

Conclusão: Nesse relato de caso, associado à revisão bibliográfica e análise dos exames do paciente, conclui-se que a DMB é uma importante doença genética relacionada à função muscular, comprometendo a mobilidade principalmente de meninos. Faz-se necessário o correto exame clínico para visualização da condição, além de exames específicos pertinentes ao quadro clínico.

Palavras-chave: Genética. Distrofia Muscular de Duchenne. Distrofia Muscular de Becker.

ESQUIZENCEFALIA PARIETAL BILATERAL: RELATO DE CASO

Patricia Tirelli Lena⁽¹⁾, Cláudia Ferri⁽²⁾

⁽¹⁾ Acadêmica Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em Saúde da Criança e Adolescente; Médica Pediatra e Neonatologista; Professora do curso de Medicina da Univates.

E-mail: patriciatirellilena@gmail.com

Introdução: A esquizencefalia é uma malformação do sistema nervoso, considerada uma anomalia de migração. É considerada rara com incidência de 1.5:100,000 nascidos vivos. Caracteriza-se por fendas que se estendem da superfície dos hemisférios cerebrais delimitadas pelo córtex anômalo, comunicação entre os espaços ventricular e subaracnoide. As fendas podem apresentar-se unilateral ou bilateral. Divide-se em dois tipos: o tipo I presença de lábios fechados – duas corticais justapostas; e tipo II, lábios abertos – com a fenda preenchida por líquido cefalorraquidiano. **Objetivos:** relatar os aspectos clínicos e diagnósticos de paciente pediátrico com Esquizencefalia Parietal Bilateral. **Materiais e Métodos:** coleta de dados do prontuário do paciente e revisão da literatura. **Relato do caso:** Paciente sexo feminino, 4 meses e 18 dias, primogênita de casal hígido e não consanguíneo, é encaminhada do interior para internação na UTI Pediátrica, após dois dias de internação com queixa de recusa alimentar e febre alta. Pré-natal realizado no Hospital da Criança Conceição, parto cesáreo com 39^o semanas por suspeita de hidrocefalia, bolsa rota no ato, LA claro, APGAS 9/9, peso ao nascer 3280g P54%, comprimento ao nascer 48,5 cm P36%, perímetro cefálico 34cm P54%. Cariótipo feminino normal 46 XX, confirmando esquizencefalia de lábio aberto extensa. Na transferência para UTI pediátrica, apresentou piora clínica com evolução para parada respiratória, sendo intubada e ventilada por balão, estava em mau estado geral; arresponsiva; sedada; fácies atípica; pupilas fixas médias; Peso: 6.680 Kg P63%; PC 46.5 cm P99%; FC: 139bpm; FR: 20 rpm; Tax: 34.9°C; apresentando aumento de 12,5cm no PC. Iniciado hidratação parenteral, Antibioticoterapia empírica. Triagem laboratorial negativa para sepse, na tomografia de urgência apresentava aumento importante da hidrocefalia. No segmento, lactente veio a óbito após 2 dias em coma aperceptivo e protocolo de morte cerebral. **Comentários:** As formações anômalas de sistema nervoso central são suspeitadas durante as consultas do pré-natal, mais especificadamente através de ecografia obstétrica. A esquizencefalia tem um impacto direto no estado neurológico e nas capacidades funcionais, cursando com epilepsia e grave atraso do desenvolvimento neuromotor, estando seu prognóstico atrelado a isso. Observa-se que a sobrevida desses pacientes é variada e depende da extensão da lesão do sistema nervoso, como o caso da paciente era bastante extenso, houve progressão rápida da hidrocefalia, determinando o coma irreversível e morte cerebral.

Palavras-chave: Esquizencefalia. Sistema Nervoso Central. Hidrocefalia. Consulta Pré-Natal.

RELATO DE CASO: MORTE ENCEFÁLICA PÓS-CRANIOTOMIA DE RESSECÇÃO DE TUMOR CEREBELAR

Bárbara Grenzel¹, Eduardo Lopes¹, Érica Menegotto¹, Cláudia Ferri²

¹Acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

²Médica especialista em Pediatria e Professora do Curso de Medicina da Univates.

E-mail: barbara.grenzel@universo.univates.br

Introdução: A morte encefálica (ME) é definida pelo estado clínico irreversível em que as funções cerebrais e tronco encefálicas estão comprometidas devido a edema e/ou maciça destruição dos tecidos encefálicos. O diagnóstico, em suma, baseia-se em dois exames neurológicos (EN) seguidos de teste de apneia, com espaço de tempo definido, que devem ser realizados por dois médicos diferentes. Exames complementares podem auxiliar no diagnóstico e, segundo a lei brasileira, está prevista a realização de pelo menos um para certificar a ME. **Objetivo:** Relatar um caso pediátrico que culminou em ME e discutir acerca do protocolo estabelecido. **Métodos:** Consulta a prontuário hospitalar e breve revisão bibliográfica sobre o protocolo de ME em vigência. **Relato do caso:** Paciente masculino, 11 anos de idade, atendido em pronto-socorro após síncope. Histórico de cefaleias, vômitos e quedas com evolução de um mês. Ao exame físico, apresentava nistagmo e ataxia. O exame de imagem evidenciou tumor em lobo cerebelar à direita, com presença de hipertensão intracraniana grave. Foi submetido a craniotomia para ressecção do tumor e colocação de Derivação Ventricular Externa. No pós-cirúrgico, apresentou-se comatoso (Escala de Coma Glasgow - ECG 3) e o Protocolo de Morte Encefálica foi iniciado. **Discussão:** O Protocolo de ME é iniciado em pacientes com ECG igual a 3 (coma irresponsivo), sob ventilação artificial (apneia), sem distúrbios metabólicos ou hemodinâmicos graves e/ou hipotermia, ou sob drogas depressoras do Sistema Nervoso central. Os EN são realizados em dois momentos e por dois médicos (sem relação com transplantes de órgãos), sendo que um deles deve ser neurologista/neurocirurgião, e o espaço de tempo entre os testes é determinado de acordo com a faixa etária do paciente. Os testes clínicos têm como objetivo a confirmação da ausência de reflexos do tronco encefálico, sendo que, se algum reflexo estiver presente o protocolo deve ser interrompido. A lei prevê a realização de pelo menos um exame complementar (avaliação de atividade elétrica, metabólica ou perfusão do encéfalo) para certificar a ME. **Conclusão:** É de vital importância o entendimento e o preenchimento dessa lacuna na formação médica (não faz parte das diretrizes curriculares brasileiras) que acaba gerando desconhecimento quanto ao correto seguimento do Protocolo de Morte Encefálica, especialmente na faixa etária pediátrica. É preciso consolidar os conhecimentos básicos sobre o tema e divulgar sobre o assunto entre a comunidade médica.

Palavras-chave: Morte encefálica. Protocolo de Morte Encefálica. Neuropediatria.

PET-SAÚDE MEDICINA: AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE AOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE LAJEADO/RS

Paola Iana Fucks da Veiga¹, Andressa Cavalcante Paz e Silva¹, Leonardo Rickes da Rosa¹,
Eduardo Dallazen¹, Luciana Cristina Pereira da Roza², Carlos Sandro Dorneles³

¹ Acadêmico do curso de Medicina Univates

² Enfermeira preceptora do PET-Saúde

³ Professor do curso de Medicina Univates

pveiga@universo.univates.br

Introdução: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é um projeto nacional, vinculado ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação, que une ensino, serviço e comunidade em Lajeado/RS. Nesse programa, estudantes de Medicina, bolsistas e voluntários, com o apoio de preceptores da rede de saúde e de tutores vinculados à instituição de ensino, realizam atividades de Promoção à Saúde aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município. Em 2016, primeiro ano de atividades na cidade, foi realizado um estudo sobre a saúde ocupacional dos profissionais da rede básica de saúde. Após o levantamento de problemas, iniciou-se os trabalhos de intervenção junto a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além de atuar junto aos profissionais, as ações intersetoriais fortalecem as estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos: Relatar uma das experiências vivenciadas na Rede de Atenção à Saúde com os trabalhadores da saúde de uma ESF do município de Lajeado/RS.

Materiais e Métodos: A partir da metodologia de planejamento estratégico e situacional, foi decidida a realização de atividades de promoção à saúde dos trabalhadores da saúde da rede municipal de Atenção Básica de Lajeado/RS. Percebeu-se, em alguns casos, a incidência de estresse e a síndrome de burnout entre os membros das equipes das ESFs. Foi escolhida, a fim de atuação do PET-Saúde, uma ESF específica de Lajeado/RS. Reuniões entre os membros do PET-Saúde foram realizadas, a fim de discutir possíveis atividades a ser realizadas com os trabalhadores. Foram definidos encontros mensais na ESF com os trabalhadores das equipes, no intuito de abordar temas relacionados à qualidade de vida e bem-estar. Dentre os temas, foram discutidos o conceito de lazer e a prática de mindfulness com as equipes da ESF.

Resultados: Ao longo dos encontros, observou-se boa aceitação das atividades pelas equipes participantes e adesão da maioria dos trabalhadores da ESF. As atividades provocam a sensação de bem-estar ao grupo e a reflexão de temas importantes que, em geral, ficam de fora da rotina de trabalho das equipes de saúde.

Conclusão: O PET-Saúde é uma iniciativa relevante na inserção de acadêmicos no contexto de saúde pública. A realização de atividades em uma ESF oportuniza ao aluno o conhecimento da estrutura de trabalho, das relações entre as equipes de saúde e a análise de propostas de intervenção positivas. Há também o aprendizado para a equipe de preceptores e tutores do PET-Saúde nessa convivência. Percebe-se, em relação aos trabalhadores, que as práticas promovem o bem-estar, senso de grupo e momentos de alegria. Sendo assim, entende-se a importância de atividades de promoção à saúde para as equipes, a fim de prevenir o estresse e a síndrome de burnout dos trabalhadores da saúde, além de incentivar a melhora da qualidade de vida das equipes de saúde das ESFs.

Palavras-chave: Serviços de Saúde do Trabalhador. Estratégia Saúde da Família. Educação Médica.

RELATO DE CASO DE INFECÇÃO FÚNGICA INVASIVA

Ana Cristina Zamboni^{1*}, Amanda Savaris Ludwig¹, Jéssica Martins Ulrich¹,
Yuri Carlotto Ramires¹, Carolina Dolinski¹, Rafael Neves Brondani¹, Igor Minasi Stankevicius¹,
Rafael Armando Seewald², Guilherme de Campos Domingues³

¹ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates

² Médico Oncologista e Professor do curso de Medicina da Univates

³ Médico Infectologista e Professor do curso de Medicina da Univates

*ana.zamboni1@universo.univates.br

Introdução: Mucormicose é uma infecção rara e oportunista causada pelo fungo da ordem Mucorales e sua principal apresentação é a forma rino-orbitocerebral, segundo Kasper et al. (2017). Esses fungos são ubíquos, porém causam infecção, principalmente, em pacientes diabéticos, com doenças hematológicas ou imunocomprometidos. De acordo com Kara et al. (2009), dos pacientes com doença hematológica 90% apresentam leucemia, sendo que mortalidade nesses casos é de aproximadamente 55%. O diagnóstico precoce é fundamental para que haja chances de cura. Entretanto, este normalmente é tardio, o que causa as elevadas taxas de mortalidade. A partir do diagnóstico o tratamento inicial é feito com anfotericina B. **Objetivo:** Descrever o caso clínico de um paciente com infecção por mucormicose. **Materiais e métodos:** Coleta de dados do prontuário do paciente em hospital do interior do Rio Grande do Sul e pesquisa na literatura. **Relato do caso:** Paciente, masculino, 59 anos, institucionalizado, diagnóstico prévio de tricoleucemia. Em julho/16 paciente foi levado à emergência após contato médico com neurologista. Deambulando, força normal em membros, apresentando cefaleia há uma semana. Realizou ressonância de encéfalo a qual constatou abscesso em polo frontal esquerdo. Realizou-se microcirurgia para coleta de material do abscesso e então se iniciou a administração de ceftriaxona mais vancomicina, como tratamento empírico. No quarto dia pós-operatório a impressão é de infecção controlada com o tratamento. No sexto dia de pós-operatório recebe alta hospitalar com prescrição de Filgrastina por 7 dias. Seis dias depois paciente retorna ao hospital com sonolência e febre há três dias. Paciente iniciou com ptose palpebral à esquerda com edema local, sonolência e pouco responsivo, porém com abertura ocular ao chamado. Tomografia de crânio apresentava edema cerebral. Iniciado vancomicina. No dia seguinte o resultado de biopsia acusou mucormicose. Iniciado anfotericina B deoxicolato 75mg/dia. Avaliação da infectologia aponta doença grave, de difícil manejo e de prognóstico ruim devido ao diagnóstico tardio. Paciente iniciou com piora progressiva e evoluiu para coma. Sem resposta a estímulos dolorosos, taquipneico, respirando com auxílio de aparelhos. Após quinze dias de internação paciente evolui para óbito. **Conclusão:** Tendo em vista que a mucormicose é uma doença com alta taxa de mortalidade, torna-se importante o relato de casos da doença para que a comunidade científica tenha conhecimento das manifestações comuns e também incomuns buscando assim, diminuir esses índices desfavoráveis. No que tange a diagnósticos diferenciais, pode-se citar a aspergilose e a fusariose. Na avaliação de um paciente com quadro sugestivo de mucormicose, o serviço de infectologia é essencial para o tratamento adequado do paciente.

Palavras-chave: Mucormicose. Fungos. Controle de infecções.

PÂNCREAS DIVISUM - O LADO OCULTO DA PANCREATITE AGUDA: RELATO DE CASO

Autores: Eliege Bortolini¹, Hanny Kirszenworcel Pereira¹, Luís Fernando Martinez Pereira²,
André Anjos da Silva³

¹ Acadêmicas do curso de medicina-Univates. eliegebortolini@hotmail.com

² Cirurgião do aparelho digestivo – Hospital Tacchini

³ Docente do curso de medicina - Univates

Introdução: o pâncreas é originado pela fusão dos brotos pancreáticos ventral e dorsal intraútero, por meio da rotação do broto ventral. Assim, o erro nesse processo gera a anomalia congênita chamada de pâncreas divisum (PD), responsável pela comunicação anormal dos ductos de Satorini e de Wirsung. Das malformações congênitas pancreáticas, o PD é a mais comum, com prevalência de 4 a 14% em séries de autópsias. Nesses casos, a drenagem principal de secreções se dá pela papila duodenal menor, o que pode obstruir a passagem para o duodeno. A maioria dos pacientes é assintomática, mas a parcela sintomática manifesta, em idade avançada, dor abdominal, associada à pancreatite aguda. A literatura evidencia o gene Hedgehog (Hh) no desenvolvimento embriológico e na diferenciação tecidual do pâncreas. Assim, a atividade desregulada do Hh induz alterações morfogênica e funcional do órgão. **Objetivo:** relatar o caso clínico relacionado à malformação congênita do pâncreas, com foco na presença de sintomas. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo de caso sobre a PD. Para atingir os objetivos do estudo, foram utilizados como fonte de dados, a descrição de prontuário médico e revisão de literatura. **Resultado:** paciente masculino, 72 anos, com histórico de dor abdominal de repetição, náuseas e vômitos, diagnosticado com quadro de pancreatite aguda. Após a avaliação, foram afastadas as causas mais frequentes de pancreatite aguda - litíase biliar e alcoolismo. Ressonância magnética confirmou a suspeita da anomalia congênita, com diagnóstico de PD. Optou-se pela realização da colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, sendo realizada a terapêutica por meio da papilotomia e colocação de prótese de 5 fr e 7 cm. O procedimento foi realizado a nível ambulatorial. Após 2 horas da realização do procedimento, paciente teve alta hospitalar sem intercorrências. **Discussão:** Nessa doença, o tratamento torna-se necessário quando o paciente é sintomático. O método é rápido, pode ser ambulatorial, apresentando baixo risco de complicações. Por isso, são importantes o estudo e a discussão, no meio acadêmico, de doenças gastrointestinais, objetivando formar médicos que saibam lidar com casos raros como esse relatado, além de evitar que a demora no diagnóstico seja responsável pela evolução de quadros graves. **Conclusão:** As manifestações clínicas, apesar de raras, exigem rápido reconhecimento da comunicação dos ductos, a fim de realizar o diagnóstico e a implementação de uma terapêutica eficaz.

Palavras-chave: Anormalidades Congênicas. Pâncreas. Pancreatite.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR VOLVO DE COLO DIREITO

Autores: Hanny Kirszenworcel Pereira¹, Eliege Bortolini¹, Luís Fernando Martinez Pereira²,
André Anjos da Silva³

¹ acadêmicas do curso de Medicina Univates - hannykp07@hotmail.com

² cirurgião do aparelho digestivo – Hospital Tacchini

³ docente do curso de Medicina Univates

Introdução: volvo intestinal caracteriza-se por ser a torção de uma alça do intestino em torno de um ponto de fixação mesentérica. Essa torção pode desencadear obstrução intestinal e isquemia, o que pode gerar, em casos mais avançados, necrose tecidual devido à compressão da vascularização, impedindo a irrigação do órgão. O relato aborda um caso raro, porque o comum é a torção no colo sigmoide, e não no colo direito. Segundo a literatura, o sexo masculino está mais propenso a desenvolver essa patologia. Os sintomas mais comuns são cólicas, náuseas, vômitos, distensão abdominal, vertigem e dispneia. O tratamento abordado é sempre cirúrgico, sendo necessária a retirada da região lesionada. **Objetivos:** relatar o caso de obstrução intestinal causada pelo raro volvo de colo direito. **Materiais e métodos:** para atingir os objetivos do estudo, foram utilizados como fonte de dados análise de caso clínico e revisão de literatura. **Resultados:** paciente do sexo masculino, 59 anos, com comorbidades de acromegalia, hipertensão, artrose bilateral de quadril, estenose aórtica, obesidade mórbida e síndrome de Gilbert. Deu entrada ao pronto socorro com quadro de dor abdominal, náuseas, vômitos e parada da eliminação de fezes e flatos. Ao exame clínico demonstrou abdome distendido, doloroso à palpação, timpanismo e compressão brusca positiva. Foram realizados exames laboratoriais, raio X de abdome agudo e tomografia computadorizada. A partir do quadro, suspeitou-se de obstrução intestinal. O paciente foi submetido à laparotomia exploratória, a qual confirmou a obstrução intestinal causada por volvo no colo direito. Devido a essa rotação do colo direito, a conduta adotada foi a realização da colectomia direita. O paciente teve boa evolução, possibilitando a alta no quinto dia pós-operatório. **Conclusão:** o volvo de colo direito é uma rara causa de obstrução intestinal e apresenta uma mortalidade elevada. Portanto, se faz necessária a discussão desses casos clínicos para a troca de experiência entre os profissionais e conhecimento do caso a fim de garantir o diagnóstico e a intervenção precoce.

Palavras-chave: Volvo intestinal. Obstrução intestinal. Colectomia.

ATENDIMENTO DA CRISE SUICIDA: DIFERENÇAS ENTRE QUEM PLANEJA E QUEM TENTA SUICÍDIO

Émile Hirdes Krüger¹, Stephan Espinosa Meirelles¹, Aline Damé Vogg¹, Cauê Negrinho Attab¹,
Diana Kuhn¹, Ronaldo Oliveira¹, Rafael Moreno Ferro de Araújo².

¹Médico Residente em Psiquiatria – Hospital São José/Sociedade Divina Providência – Arroio do Meio – RS/ Contato: emile.kruger@universo.univates.br

²Psiquiatra Preceptor do Programa de Residência Médica da Sociedade Divina Providência, Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari.

Introdução: No mundo, cerca de 800.000 pessoas morrem por suicídio todo ano, sendo a segunda causa mundial de morte em indivíduos de 15-29 anos. O suicídio é um evento pouco frequente, responsável por 1,8% de todas as mortes anualmente, sendo um desafio para estudos que analisam fatores de risco e proteção. Estudos prévios não conseguiram diferenciar indivíduos que tentam o suicídio dos que apresentam ideação suicida, e muito menos dos que planejam e não executam a tentativa de suicídio.

Objetivos: Estabelecer um comparativo entre as características dos indivíduos que estavam planejando um suicídio, daqueles que realizaram uma tentativa, no momento da admissão hospitalar.

Materiais e Métodos: Após consentimento, 86 pacientes admitidos de março de 2015 a agosto de 2017, por comportamento suicida (ideação e/ou tentativa), foram incluídos no estudo. Foram coletados: dados sócio-demográficos, informações sobre o comportamento suicida atual e uso atual de medicações psiquiátricas. Para o diagnóstico psiquiátrico, instrumento diagnóstico Mini International Neuropsychiatric Interview foi aplicado, e para avaliar sintomatologia os instrumentos Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, Young e Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica foram realizados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Taquari.

Resultados: Não foi encontrada associação com sexo, idade, escolaridade, sintomas psicóticos, maníacos e intensidade da ideação suicida na admissão hospitalar, diagnóstico principal e presença de comorbidades. Observamos que o grupo de planejadores apresentava sintomas depressivos mais graves. O achado que apresentou maior significância foi que quem tentou, utilizou métodos considerados menos agressivos e quem planejou, pensou em mais métodos agressivos.

Conclusão: A principal diferença parece estar no método utilizado, visto que tentativas de suicídio com medicações tendem a ter melhor prognóstico, ao contrário de tentativas por enforcamento que, em geral, são fatais. Isto reforça a necessidade de controlarmos o acesso aos métodos como forma principal de prevenção, o que é um desafio em nossa região, visto que muitos utilizam cordas para o trabalho e possuem habilidades para manejá-las.

Palavras-chave: Suicídio. Ideação suicida. Plano suicida. Comportamento suicida.

DIFERENTES MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA COINFEÇÃO PARACOCIDIOMICOSE/HIV: RELATOS DE CASO

Amanda Savaris Ludwig¹; Ana Cristina Zamboni¹; Carolina Dolinski¹;
Igor Minasi Stankevicius¹; Jéssica Martins Ulrich¹; Rafael Neves Brondani¹;
Yuri Carlotto Ramires¹; Guilherme de Campos Domingues²

(1) Alunos do curso de Medicina da Univates;

(2) Médico infectologista; Professor do curso de Medicina Univates.

Introdução A paracoccidioidomicose é uma doença que tem como agente etiológico o fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. É considerada uma micose sistêmica endêmica da América Latina e, no Brasil, é a micose que mais causa óbitos. As manifestações clínicas mais comuns da doença são febre prolongada, comprometimento pulmonar, perda de peso, esplenomegalia, hepatomegalia, linfadenopatia generalizada e lesões cutâneas. Com o aumento do número de pacientes imunodeprimidos, entre outras causas, pelo HIV, a incidência da infecção por essa micose tem aumentado. A coinfeção pelo HIV e pela paracoccidioidomicose apresenta aspectos epidemiológicos, manifestações clínicas e evolução diferente daqueles infectados unicamente pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. **Objetivo:** Descrever dois casos de coinfeção entre paracoccidioidomicose e HIV, os quais apresentaram diferentes manifestações clínicas. **Materiais e método:** Análise de dados dos prontuários dos pacientes e pesquisa em literatura. **Relatos dos casos:** Paciente A, 18 anos, masculino, infectado pelo vírus HIV de forma vertical e em tratamento com terapia antirretroviral (TARV) e atualmente com carga viral indetectável. Em tratamento para paracoccidioidomicose com Itraconazol há 12 meses. Vai ao hospital encaminhado do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) por abscesso cervical à direita há 10 dias. Com suspeita de recidiva da paracoccidioidomicose, inicia-se terapia empírica com Anfotericina B e Amoxicilina-Ácido Clavulânico, com plano terapêutico de 14 dias. Anatomopatológico da lesão confirma a infecção por *Paracoccidioides brasiliensis*. Recebe alta após fim do plano terapêutico de 14 dias com boa evolução clínica. Paciente B, 28 anos, masculino, com diagnóstico prévio de HIV, em tratamento com TARV, com última carga viral de 34573 e com 182 Linfócitos CD4. Chega a este hospital com lesão crostosa no palato e suspeita de candidíase esofágica e referindo disfagia há 4 dias. Foi iniciado, empiricamente, tratamento com Amoxicilina-Ácido Clavulânico, Fluconazol e Nistatina. Endoscopia Digestiva Alta não evidenciou lesões ativas em esôfago e estômago. Anatomopatológico de lesão com resultado sugestivo de Paracoccidioidomicose. Suspende-se Fluconazol, Amoxicilina-Ácido Clavulânico e é iniciada terapia com Anfotericina B até resposta clínica. Recebe alta após 8 dias tratamento com boa melhora clínica. **Conclusão:** A coinfeção entre paracoccidioidomicose e HIV pode ter inúmeras apresentações clínicas, entre elas, adenopatia cervical e lesões ulcerosas. Isso acontece pois a coinfeção paracoccidioidomicose/HIV pode causar sinais e sintomas diferentes de quando desassociadas. Ou seja, é de grande importância o estudo das peculiaridades clínicas causadas pela coinfeção paracoccidioidomicose/HIV com intuito de facilitar diagnósticos precoces dessas patologias, visando um melhor manejo clínico dos pacientes.

Palavras-chave: *Paracoccidioides brasiliensis*. Adenopatia cervical. Lesão crostosa. Coinfeção.

TIREOIDITE DE HASHIMOTO: RELATO DE CASO

Angelle Oliveira Nunes⁽¹⁾; Gabriel Alves Martinelli⁽¹⁾; Gabriel Poerschke Bissacot⁽¹⁾; Igor Minasi Stankevicius⁽¹⁾; Marcia Murussi⁽²⁾

(1) Alunos do curso de Medicina da Univates;

(2) Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina.

Introdução: O hipotireoidismo primário é a disfunção tireoidiana mais frequente, caracterizada pela diminuição dos níveis circulantes de tiroxina (T4) e triiodotironina (T3), levando a um aumento da produção de tireotrofina (hormônio tireoestimulante, TSH). A causa mais frequente de hipotireoidismo primário em áreas iodo-suficientes, como na maior parte do Brasil — já que o iodo é suplementado no sal de cozinha — é a tireoidite autoimune (Tireoidite de Hashimoto), em que anticorpos antitiroidianos antitireoperoxidase (Anti-TPO) e antitireoglobulina (Anti-TG) levam à destruição do tecido tireoidiano. **Objetivo:** Descrever o caso clínico de uma paciente com hipotireoidismo decorrente de uma tireoidite de Hashimoto. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados do prontuário do ambulatório de especialidades da Univates. **Resultados:** Paciente de 32 anos, feminina, branca, vem à consulta com queixa de cansaço, sonolência, dores nas pernas, inchaço no corpo, aumento de peso e insônia, há mais de 1 ano. Fez exames por conta própria no dia 29/03/17, onde os resultados eram TSH ultrasensível de 9,577 (0,4 a 4,5 mU/L); Ht 38,5/12,8/7800; seg 79%; linf 17%; plaq 246 mil; gli 78,1 mg/dL; Ur 27 mg/dL; Cr 0,95 mg/dL; col 146 mg/dL; HDL 58 mg/dL; Tg 47 mg/dL; EQU 1025/6,5; leuc 2; EPF negativo. Ao exame físico apresenta bócio firme, com cerca de 15g, sem nódulos aparentes ou linfonodos palpáveis. Foi iniciado levotiroxina 75 mg dia, e solicitados novos exames de TSH e anti-TPO em 3 meses. No retorno, exames Anti-TPO 25 UI/mL (valor referência < 15 UI/mL); TSH 0,01 mU/L. **Conclusão:** O tratamento inicial teve bons resultados, já que a paciente refere ter reduzido o peso, o inchaço, e o cansaço e, por isso, já está conseguindo fazer atividade física. Entretanto, a dose inicial foi excessiva neste momento, pois o TSH ficou supresso. Isso fez com que suspendêssemos a levotiroxina por 7 dias, para depois recomençar com 36,5 mg a fim de ajusta a dose até a obtenção de concentrações normais do TSH. O TSH acima dos valores normais indica a necessidade do aumento da dose de levotiroxina e o TSH suprimido indica a necessidade de diminuição da dose, e o ajuste da dose faz parte do manejo, que quando adequado, reverte todos os sintomas do hipotireoidismo.

Palavras-chave: Doença de Hashimoto. Hipotireoidismo.

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO: RELATO DE CASO.

Cauê Attab Negrinho¹, Aline Damé Vogg¹, Stephan Meireles¹, Émile Kruger¹, Diana Kuhn¹,
Ronaldo Rodrigues¹, Joana Bucker²

¹Médico residente no programa de residência médica da Sociedade Sulina Divina Providencia-Hospital São José, Arroio do Meio – RS.

²Psíologa doutora em Psiquiatria, preceptora no programa de residência médica da Sociedade Sulina Divina Providencia-Hospital São José, Arroio do Meio – RS.

E-mail: caueattab@hotmail.com

Introdução: O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno heterogêneo, geralmente crônico, cujas causas podem envolver fatores de ordem biológica e psicossocial. Os sintomas caracterizam-se por obsessões que são pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos que invadem a consciência, involuntários ou impróprios, persistentes e recorrentes, e compulsões ou rituais que são comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Seus sintomas podem ser incapacitantes e comprometerem a qualidade de vida de seus portadores. Atualmente, o “padrão ouro” para o tratamento do TOC envolve a associação entre antidepressivos e a terapia cognitivo-comportamental. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 32 anos, solteira, natural e procedente de Arroio do Meio, ensino superior completo, desempregada. Primeiro atendimento no ambulatório de psiquiatria do Hospital São José, no dia 24 de abril de 2017, com diagnóstico de TOC há 4 anos com falha terapêutica com diversas estratégias farmacológicas. Paciente fez uso de escitalopram, sertralina e desvenlafaxina sem melhora dos sintomas. Encaminhada para terapia cognitivo comportamental no dia 05 de junho, com sintomas de preocupação excessiva e recorrente de catastrofização, rituais de verificação de tomadas, interruptores, pias, fogão e eletrodomésticos. A paciente apresentava sofrimento importante com interferência em sua vida pessoal e profissional. Aplicado inicialmente a “Lista de sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo” com resultado positivo para o grupo B (Obsessões de dúvidas e compulsões de verificação ou controle) e Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) com pontuação total de 23, sendo 10 pontos para obsessões e 13 para compulsões. **Objetivos:** Relatar um caso de tratamento combinado de terapia cognitivo comportamental e inibidor seletivo da receptação de serotonina em paciente com Transtorno obsessivo compulsivo. **Materiais e Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura quanto ao tema. **Resultados:** Durante os atendimentos a paciente apresentou sintomas de ansiedade importante sendo realizado o diagnóstico comórbido de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). A paciente realizou 12 sessões apresentando melhora clínica importante em uso de Fluoxetina 60mg. Y-BOCS de 18/09/2017 com total de 15, sendo 8 pontos para as obsessões e 7 para as compulsões. Com melhora estimada de 40 %, resultado superior ao descrito na literatura como critério de eficácia ao tratamento. **Conclusão:** O TOC é um quadro em geral secreto, que apresenta uma fenomenologia rica e diversificada, com infinitas possibilidades de apresentação, o que pode dificultar sua identificação. Envolve sempre medos descabidos, dúvidas insolúveis e comportamentos repetidos na busca de um alívio sempre fugaz. O grau de crítica pode variar entre os pacientes e no mesmo indivíduo conforme a ocasião. Implica, em geral, grande sofrimento e costuma ser subdiagnosticado e subtratado. Por fim, vale ressaltar, que mesmo quando as apresentações clínicas são semelhantes, cada paciente reage ao problema conforme o contexto sociofamiliar e suas características de personalidade, aspectos que devem ser sempre considerados no manejo de cada caso particular.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo; Terapia Cognitivo Comportamental; Antidepressivos.

DOENÇA CELÍACA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS - UMA REVISÃO BASEADA EM CASO CLÍNICO

Mariane Silvestre Tomazzi¹, Amanda Pacheco Alves¹ e Luiz Fernando Kehl¹

1. Curso de Medicina, Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado-RS

E-mail: mariane.tomazzi@universo.univates.br

Introdução: A doença celíaca (DC) é uma doença inflamatória imunomediada do intestino delgado caracterizada pela atrofia das vilosidades intestinais, afetando cerca de 1% da população mundial, com a prevalência em crianças entre 2,5 e 15 anos de idade sendo de 3 a 13 casos a cada 1000 indivíduos. Também conhecida como enteropatia sensível ao glúten, a DC é causada pela sensibilidade ao glúten dietético e proteínas relacionadas, presentes em grãos como trigo, cevada e centeio, precipitada em indivíduos geneticamente suscetíveis. A resposta imunológica ao glúten resulta, além de atrofia das vilosidades, em hiperplasia das criptas e lesão do epitélio superficial do intestino delgado. Sua apresentação clínica, em crianças, varia desde sintomas gastrointestinais até manifestações extraintestinais, tais como dermatite herpetiforme, anemia, baixa estatura e osteoporose. A presença de diversos quadros clínicos possíveis, acaba por dificultar o diagnóstico, sendo a forma de apresentação mais comum a que se manifesta nos primeiros anos de vida e tem como sintomas diarreia crônica, déficit de crescimento e distensão abdominal. **Objetivos:** Compreensão e avaliação das alterações clínicas e imunológicas da doença celíaca em pacientes pediátricos, visando a análise das condutas necessárias e aconselháveis para um melhor prognóstico e aumento da qualidade de vida dos afetados.

Materiais e métodos: A metodologia utilizada é qualitativa descritiva, embasada em um relato de caso. Foi feita a análise do caso de uma paciente de um ano e sete meses diagnosticada recentemente com Doença Celíaca. **Resultados:** As alterações associadas ao desenvolvimento da doença celíaca estão relacionadas à ingestão de glúten, especialmente à proteína gliadina presente em sua composição, a qual leva à sensibilização de linfócitos da lâmina própria, desencadeando a resposta imunológica. O prognóstico na DC está associado ao estabelecimento de uma dieta sem glúten, sendo esta recomendada tanto para pacientes sintomáticos quanto assintomáticos com anormalidades histopatológicas intestinais características da DC.

Conclusão: A intolerância imunológica ao glúten é a causa dos sintomas desencadeados pela doença e da mortalidade de 12% dos pacientes, quando não tratados. A intervenção dietética associada ao acompanhamento ambulatorial subsequente e tratamento das deficiências nutricionais decorrentes da DC, mostraram-se fatores indispensáveis para aumento drástico da qualidade e expectativa de vida dos acometidos.

Palavras-chave: Doença Celíaca. Imunologia. Pediatria. Enteropatias.

VITAMINA D E DOENÇAS AUTOIMUNES

Ian Max Guerreiro¹, Linara Hayanne Dias Faria¹, Adriane Pozzobon²

¹Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari- Univates

²Biomédica, Bióloga, Doutora em Fisiologia- Professora do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari- Univates

linara.faria@universo.univates.br

Introdução: É sabido que a vitamina D apresenta inúmeros benefícios ao nosso organismo. Também chamada de colecalciferol, esse hormônio esteroide tem como principal função a regulação do cálcio no organismo, contudo estudos mais recentes comprovam sua eficiência na atuação nas células do sistema imunológico, principalmente em linfócitos T, através da imunomodulação. Sua deficiência vem sendo cada vez mais associada a distúrbios autoimunes, como a esclerose múltipla e a *diabetes mellitus* (DM). **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica em base de dados sobre os efeitos da vitamina D e seu papel em doenças autoimunes. **Materiais e Métodos.** Foram utilizadas as bases de dados do SciELO utilizando os descritores: Vitamina D, Doença autoimune, sistema imunológico cruzados aleatoriamente. **Resultados:** Foram selecionados seis artigos sobre o tema abordado. A partir da leitura dos mesmos pode-se verificar que há uma ampla variedade de tecidos corporais que apresentam presença de receptores para vitamina D. Dessa forma, ela pode interagir no sistema imune através da regulação e diferenciação de células brancas, como macrófagos, linfócitos e *natural killer* (NK). Ela também interfere na produção de citocinas *in vivo* e *in vitro*. Suspeita-se que a vitamina D e seus pró-hormônios possam prevenir e auxiliar no tratamento de doenças autoimunes como DM, Esclerose múltipla (EM), artrite reumatoide (AR), LUPUS, dentre outras. A partir de análises clínicas, evidenciou-se deficiência de vitamina D em pacientes com AR, sendo que a suplementação de vitamina D preveniu o desenvolvimento de artrite em animais experimentais, retardando sua progressão. A associação entre a deficiência de vitamina D e o LUPUS foi mostrada em um estudo espanhol com 92 pacientes onde 75% apresentou insuficiência da vitamina. Sugere-se que as alterações imunológicas causadas pelo déficit de vitamina D possam levar a uma diminuição da tolerância imunológica, permitindo o desenvolvimento de doença autoimune em indivíduos geneticamente predispostos. **Conclusões:** Apesar de algumas pesquisas demonstrarem a importância e eficiência da suplementação com vitamina D em paciente com doenças autoimune, pouco ainda se sabe sobre seus efeitos a longo prazo, mesmo com os efeitos benéficos. A maioria dos estudos foram feitos com animais experimentais, sendo necessários estudos com seres humanos, a fim de confirmar os efeitos desta vitamina no sistema imunológico e seu impacto no organismo.

Palavras-chave: Vitamina D. Doença autoimune. Linfócitos.

ANÁLISE DAS METAS 90-90-90 DA UNAIDS EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DO INTERIOR DO RS

Fernanda Galvão Carvalho¹, Paola Iana Fucks da Veiga¹, Thamires Helfer¹, Ioná Carreno²,
Guilherme Domingues²

1 Alunas do curso de Medicina, Univates

2 Professores do curso de Medicina, Univates

Email: fernanda.carvalho1@universo.univates.br

Introdução: A meta 90-90-90 estabelece que, até 2020, 90% das pessoas contaminadas com HIV saibam seu estado sorológico; que 90% dessas pessoas estejam em tratamento; e que 90% das pessoas em tratamento atinjam a carga viral indetectável (menor do que 50 cópias do vírus). **Objetivo:** Analisar a meta 90-90-90 da UNAIDS em um Serviço de Assistência Especializada, do interior do RS. **Procedimentos Metodológicos:** É uma pesquisa descritiva e quantitativa realizada em um Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), do interior do RS, do período de 1999 a 2017. A coleta de dados foi realizada em dois momentos diferentes. Primeiramente no mês de março, posteriormente no mês de junho. Para o estudo, utilizou-se os prontuários de pacientes em uso de terapia antirretroviral (TARV) e do registro mensal realizado por funcionários do serviço. Verificou-se que do total de 1378 pacientes cadastrados no período do estudo, utilizou-se 811 pacientes para análise dos dados. Excluiu-se desse estudo os seguintes prontuários: transferência, óbitos, negativados e crianças em espera. A partir do número total (811) de prontuários incluídos no estudo, selecionou-se aqueles em uso de TARV (699). Os dados obtidos, foram digitados em uma planilha Excel e posteriormente analisados no software SPSS v.22 para análise estatística descritiva e analítica. **Resultados:** Nos resultados foram identificados 811 cadastros de usuários com HIV no serviço, desses, 699 estão em uso de TARV, demonstrando que 86,2% das pessoas que sabem que estão contaminadas com o vírus do HIV, estão utilizando o tratamento proposto. Os dados obtidos a partir dos pacientes que estão em tratamento (699), mostrou que 74,25% (519) fizeram exame de carga viral até 6 meses antes da coleta dos dados e que 25,75% (180) não fizeram exame de carga viral até 6 meses antes do estudo. Dos 519 que fizeram o exame nos últimos seis meses, 74,95% (389) tem a carga viral indetectável e 25,05% (130) tem carga viral detectável. Do total de 699 pacientes que fazem tratamento (100%), só 389 (55,65%) tem carga viral indetectável nos últimos seis meses que antecederam a coleta dos dados. Por outro lado, 130 (18,60%) tem carga viral detectável nos últimos seis meses e 180 (25,75%) não tem exame nos últimos 6 meses. **Conclusão:** Até o presente momento, as duas metas estudadas que foram estabelecidas pela UNAIDS ainda não foram atingidas. Assim, os objetivos de que 90% das pessoas contaminadas com HIV estejam em tratamento; e que 90% das pessoas em tratamento atinjam a carga viral indetectável, ainda representam 86,2% e 55,65%, respectivamente. Diante disso, faz-se necessário que ações de educação em saúde, monitoramento dos usuários e investimento público continuem sendo efetuados e reforçados, para que até 2020 possamos atingir as metas estabelecidas pela UNAIDS que visam pôr fim à epidemia de AIDS.

Palavras-chave: UNAIDS. HIV. AIDS. SAE.

RELATO DE CASO: HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

Andrés Marques Rodrigues⁽¹⁾, Liege Barella Zandoná⁽¹⁾, Lucas Francisco do Prado⁽¹⁾,
Marina Zanotto⁽¹⁾, Marcia Murussi⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari

⁽²⁾ Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

Introdução: Hipotireoidismo congênito é uma condição em que há falta de produção de hormônio de tireoide no período neonatal. O crescimento e o desenvolvimento intelectual podem ficar comprometidos se o diagnóstico e o tratamento forem feitos tardiamente. Por isso, os recém-nascidos fazem o teste do pezinho, em que o hipotireoidismo congênito faz parte da triagem neonatal. Assim sendo, com a descoberta e adesão precoce ao tratamento, através da reposição diária do hormônio tireoidiano, os efeitos podem ser minimizados. **Objetivo:** Descrever o caso clínico de uma paciente com Hipotireoidismo Congênito. **Materiais e Método:** Coleta de dados do prontuário do ambulatório de especialidades da UNIVATES. **Resultados:** Paciente feminina, 27 anos, com Transtorno do Espectro Autista e Hipotireoidismo Congênito diagnosticado tardiamente, aos 3 anos de idade, após a realização de cintilografia da glândula tireoide em 1993. Ao exame físico, a tireoide não é palpável. Seu TSH inicial era 27 mUI/L 47 (0,4 a 4,5 mUI/L), e começou o tratamento na infância com levotiroxina, tendo bons resultados, como aumento do peso e da estatura. Chegou ao ambulatório em maio de 2017 medicada com levotiroxina 75 mcg/dia, além de Risperidona 1 mg/dia e Depakene 250 mg/dia. Exames laboratoriais realizados em 01/2017 indicavam TSH 55,47 (0,4 a 4,5 mUI/L) e T4 Livre 1,07 (0,54 a 1,45 pg/mL). A conduta realizada foi a prescrição de levotiroxina 112 mcg/dia. Na reavaliação, em agosto de 2017, os exames TSH 0,01 mUI/L e T4 Livre 1,83 pg/mL demonstravam excesso de reposição. Durante esta avaliação, a dose de levotiroxina foi diminuída para 88 mcg/dia, e foram solicitados novos exames. Além disso, foi orientado sobre a importância da correta adesão ao tratamento, pois os primeiros exames já sugeriam omissão de doses de levotiroxina. **Conclusão:** A partir do relato deste caso, percebe-se a importância do acompanhamento médico de pacientes com Hipotireoidismo Congênito para que a dosagem da medicação possa ser reavaliada. Além disso, percebe-se a importância do diagnóstico precoce de Hipotireoidismo Congênito, a fim de diminuir os riscos de ocorrência de transtornos do desenvolvimento decorrentes da privação hormonal, como descritos nesta paciente. O diagnóstico tardio, aos 3 anos de idade, certamente contribuiu para o retardo mental grave e o comprometimento autista, o que comprova um dano permanente pela falta de hormônio da tireoide, reforçando a importância do teste do pezinho ao nascimento.

Palavras-chave: Tireoide. Hipotireoidismo Congênito. Transtorno do Espectro Autista.

IMUNODEFICIÊNCIA COMBINADA GRAVE: RELATO DE CASO

Carolina Dolinski¹, Patrícia Tirelli Lena¹, Artur Pereira Morandin¹, André Anjos da Silva²

¹ Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari-Univates

² Médico Geneticista, docente do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari-Univates

E-mail: carolina.dolinski@univates.br

Introdução: A Imunodeficiência Combinada Grave (SCID) refere-se a um grupo genética e clinicamente heterogêneo de transtornos com função imune celular e humoral defeituosa e acomete cerca de 1 em cada 75000 nascimentos. Apresenta-se nos pacientes com infecções recorrentes na infância, principalmente por organismos oportunistas. Ao exame laboratorial, encontra-se linfopenia profunda com imunoglobulinas diminuídas ou ausentes. A característica em comum para todos os tipos de SCID é a ausência de imunidade celular mediada por linfócitos T devido a um defeito no desenvolvimento desse tipo de células. O painel de imunodeficiências pode revelar os genes que estão alterados nessa condição, sendo um dos principais o gene RAG-1, que produz uma proteína do complexo RAG, responsável pela ativação do sistema imune. **Objetivos:** relatar os aspectos clínicos e diagnósticos de paciente pediátrico com Imunodeficiência Combinada Grave. **Métodos:** coleta de dados do prontuário do paciente e revisão da literatura. **Resultados:** Paciente sexo feminino, 1 ano e 23 dias, segunda filha de casal hígido e não consanguíneo, vem à consulta com médico Geneticista por investigação de imunodeficiência. Irmã falecida com 1 ano e 4 meses por complicação linfohistiocitária pós-pneumonia, sem causa definida. Mãe diagnosticada com Diabetes Gestacional, tratada com dieta, cesárea eletiva com 39 semanas, teste do pezinho ampliado normal. Paciente sem intercorrências até o momento, apenas episódios de candidíase oral. Desenvolvimento normal. Exames laboratoriais com contagem de Linfócitos TCD4 e TCD8 muito abaixo dos valores de referência; Imunoglobulinas normais, exceto por aumento de IgE; medulograma e cariótipo de medula óssea normais. Em acompanhamento com Imunologista e Hematologista. Solicitado painel gênico para imunodeficiências primárias, o qual apresentou mutação patogênica no gene RAG1, sendo sugestiva de Imunodeficiência Combinada Grave. Paciente em avaliação para transplante de Medula Óssea. Solicitado exame dos pais para fins de aconselhamento genético. **Conclusão:** a SCID por mutação do RAG-1 é uma síndrome imunológica primária rara, de caráter autossômico recessivo, que cursa com desarranjo na função dos linfócitos T e B e preservação dos linfócitos NK, comprometendo, assim, a defesa do organismo contra infecções, tendo como desfecho repercussões clínicas sistêmicas potencialmente fatais. O diagnóstico precoce através de testes genéticos, além de ser prático para direcionar as opções terapêuticas adequadas e garantir melhor prognóstico, é útil no aconselhamento e educação dos pais, promovendo importante melhoria na qualidade de vida dessas crianças e suas famílias.

Palavras-chave: Imunodeficiência Combinada Grave. Aspectos Clínicos. Diagnóstico.

HIPOTIREOIDISMO POR TRATAMENTO COM IODO RADIOATIVO: RELATO DE CASO

Ana Luísa Wollmuth^{(1) (2)}; Heron de Castro⁽¹⁾; Julia Rangel de Mello Affonso⁽¹⁾;
Marcia Murussi, MD, PhD⁽³⁾

(1) Alunos do curso de Medicina da Univates;

(2) E-mail da autora: ana.wollmuth@univates.br;

(3) Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates.

Introdução: Doença de Graves é uma doença autoimune caracterizada pela presença de hipertireoidismo, bócio, oftalmopatia e, ocasionalmente, dermopatia infiltrativa ou mixedema pré-tibial. Os principais sintomas são: nervosismo, fadiga, taquicardia, palpitações, intolerância ao calor e perda de peso. É a causa mais comum de hipertireoidismo, acometendo, principalmente, mulheres jovens. O iodo radioativo, usado no tratamento para Doença de Graves, é rapidamente absorvido pela tireoide e causa destruição do tecido, diminuindo a produção dos hormônios tireoidianos em 6 a 18 semanas, o que resulta em hipotireoidismo posterior ao tratamento.

Objetivos: Descrever o caso clínico de uma paciente com hipotireoidismo após tratamento para Doença de Graves com iodo radioativo. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados do prontuário do ambulatório de especialidades da Univates. **Resultados:** F.G., 29 anos, feminina, negra, ex-tabagista (2 maços/dia por 10 anos, em abstinência há 3 anos), gestante de 11 semanas, que está na 5ª gestação, teve 3 abortos espontâneos e 1 cesariana. Nega outras comorbidades. Diagnosticada com Doença de Graves em 2004, submeteu-se a tratamento com iodo radioativo em 2008, desenvolvendo hipotireoidismo após esse tratamento. Relata astenia e dispneia. No exame físico, observa-se exoftalmia, tremor em membros superiores, com predomínio em mão direita, e ausência de nódulos à palpação de tireoide. Os exames: hormônio estimulador da tireoide (TSH) 5,15 (0,4-4,5 mUI/ml), anticorpo anti-tireoperoxidase (Anti-TPO) 166,5 (menor que 35,0 UI/mL) e anticorpo anti receptor do TSH (TRAB) 2,77 (menor que 1,75 UI/L), dosados em abril de 2017, e ultrassonografia evidenciando tireoide de volume reduzido. Devido à dosagem alta de TSH, foi aumentada a dose de levotiroxina de 100 para 112 mcg/dia, e solicitado retorno à consulta em 2 meses, momento em que ela estará com 24 semanas de gestação, quando serão solicitados dosagem de TRAB e Teste de tolerância oral à glicose. **Conclusão:** Após o tratamento com iodo radioativo, deve ser feita a monitorização do TSH. Na gestação, a presença do TRAB confere aumento do risco de hipertireoidismo neonatal transitório (pela passagem dos anticorpos através da placenta para o feto), e a presença do Anti-TPO está associado ao aumento da incidência de abortos espontâneos, o que poderia explicar os abortos de repetição apresentados por esta paciente.

Palavras-chave: Doença de Graves. Hipotireoidismo. Tratamento. Iodo Radioativo.

TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL EM INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

Matheus Arcari⁽¹⁾, Marina Zanotto⁽¹⁾, Caroline Dalla Lasta Frigeri⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos do curso de Medicina da Univates;

⁽²⁾ Professora do curso de Medicina da Univates.

Introdução O tumor de estroma gastrointestinal (GIST) compreende cerca de 1% dos tumores gastrointestinais, sendo o tumor mesenquimal mais comum desta localização. Ele afeta as Células de Cajal do sistema nervoso entérico e o seu correto diagnóstico é essencial para um tratamento adequado. Os GIST de intestino delgado correspondem a 30% dos GIST, sendo que 90% deles decorrem de mutações no gene KIT, aumentando a função da via de tirosina quinase e o processo de divisão celular. O padrão histopatológico é de células do tipo de fuso, do tipo epitelial ou misto, enquanto que nos padrões imuno-histoquímicos, 95% aparecem positivos para o KIT. Ademais, a análise da expressão do gene DOG-1 é de 97%. O prognóstico é conforme o potencial maligno do tumor, sendo o critério mais utilizado aquele proposto pela National Institutes of Health (NIH), além da escala proposta pela American Joint Committee on Cancer (AJCC). Em caso de malignidade, as chances de metástase no fígado e no peritônio são altas. O diagnóstico costuma acontecer por tomografia computadorizada e por análise imuno-histoquímica; a biópsia pré-operatória não é recomendada pela chance de ruptura da cápsula do tumor. Ressalta-se que a sintomatologia é inespecífica. O tratamento é feito pela ressecção do tumor com margens livres, além da administração preventiva de inibidor de tirosina quinase. **Objetivo:** Analisar o caso-clínico referente ao GIST, bem como a correlação de informações adquiridas em artigos científicos sobre a doença. **Materiais e Método:** Análise de prontuário do caso clínico cedido pela Prof. Caroline Dalla Lasta Frigeri. A revisão bibliográfica foi feita pelas plataformas PubMed e UpToDate. **Resultados:** Paciente masculino, 75 anos, em acompanhamento cardiológico, fez ecografia abdominal de rotina com achado de lesão de aspecto neoplásico de 7 cm em região de cólon direito. Sem queixa de dor ou sintomas gastrointestinais, referindo apenas emagrecimento leve. Tomografia abdominal mostrando lesão exofítica em provável topografia do cólon direito junto ao ângulo hepático com necrose central e densidade de partes moles medindo 7 x 6 cm, suspeita de GIST. Exame físico e de estadiamento normais, incluindo colonoscopia. Indicada laparotomia exploradora com evidência de tumor exofítico em intestino delgado. Realizada enterectomia com ressecção alargada da lesão e enteroanastomose termino-terminal. Os exames anatomopatológico e imunohistoquímico confirmaram GIST, o qual foi ressecado com margens livres de neoplasia. Sem indicação de tratamento adjuvante. **Conclusão** O paciente do caso clínico apresenta risco intermediário a avançado na taxa de malignidade do câncer, pelos critérios da NIH e da AJCC. Em vista do alto grau de malignidade do tumor, o paciente precisa de acompanhamento frequente, já que há possibilidade de metástases. Em casos mais avançados, o inibidor de tirosina quinase está indicado como tratamento adjuvante.

Palavras-chave: GIST. Relato de caso. Célula de Cajal.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO DO VALE DO TAQUARI NO ANO DE 2015

Amanda Savaris Ludwig^{1*}, Pedro Henrique Fernandes Bergo², Adriane Pozzobon³,
Ioná Carreno⁴

¹Acadêmica de Medicina da Univates *amanda.ludwig@univates.br

²Acadêmico de Medicina da PUCRS

³Biomédica (Univates), Bióloga (UFSM), Doutora em Ciências Biológicas - Fisiologia (UFRGS).
Professora Titular da Univates

⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFRGS), Professora Titular da Univates

Introdução: A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser percebida pelas gestantes e profissionais da saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças físicas, sociais e emocionais. Entretanto, algumas gestantes podem, por características particulares, apresentar alguma evolução desfavorável na gestação, denominando-se “gestantes de alto risco”. Nesse sentido, a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e as desordens hipertensivas da gravidez são morbidades de grande impacto na saúde materna e perinatal, como a imaturidade respiratória e macrosomia fetal, prejuízo na função renal materna entre outras complicações graves. Mundialmente, a DMG é responsável por cerca de 90% das complicações endócrinas da gravidez. Além disso, as desordens hipertensivas da gravidez, incluindo a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia acometem cerca de 2% de todas as gestações, com elevados índices de mortalidade e morbidade. **Objetivo:** Investigar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco do Vale do Taquari/RS. **Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal, exploratório e quantitativo. A coleta de dados foi dos prontuários das gestantes de alto risco acompanhadas no ambulatório da região do Vale do Taquari/RS, de 2015. As variáveis foram os dados sociodemográficos, histórico familiar, histórico obstétrico, bioquímicos, puerpério e das condições de nascimento do bebê. Os dados foram exportados para SPSS 21.0 e analisados de forma descritiva e analítica. **Resultados:** Em 2015, houve 353 gestantes de alto risco atendidas no ambulatório. Os resultados preliminares mostram que 44,8% das gestantes encontram-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 76,5% são de cor branca e 50,7% tem nível fundamental de escolaridade. A prevalência da DMG foi de 20,7% e Síndrome Hipertensiva de 11,6%. A idade gestacional no início do acompanhamento no ambulatório foi 8,2% no primeiro trimestre e 91,8% entre o segundo e terceiro trimestre, e a consulta de puerpério, 41,1% das gestantes retornaram ao ambulatório para consulta de pós-parto. Em relação ao tipo de parto, 30,9% das gestantes realizaram partos cesarianos e 10,2% parto normal. **Conclusão:** Caracterizar as gestantes de alto risco da região do Vale do Taquari pode auxiliar as equipes de saúde e gestores na qualificação dos serviços de atendimento materno-infantil na Atenção Primária à Saúde. Além disso, os resultados poderão ampliar e potencializar políticas públicas voltadas à saúde da materna e neonatal.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco. Diabetes Mellitus Gestacional. Hipertensão Induzida pela Gravidez.

FLEBOTOMIA EM HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO

Marcelo Faedo Turra⁽¹⁾, Paula Aguiar Grandi⁽¹⁾, Antônio Carlo Klug Cogo⁽¹⁾,
Gabrielle Lazzaretti⁽²⁾

(1) Discentes do curso de Medicina da Univates;
(2) Professora do curso de Medicina da Univates.
E-mail: marcelo.turra@universo.univates.br

Introdução: A presença de níveis elevados de Ferritina, em conjunto com um Índice de Saturação de Transferrina (IST) acima do normal, persistente após mudança de hábitos alimentares, leva à suspeita diagnóstica de Hemocromatose Hereditária (HH). O diagnóstico genético da HH é importante para a indicação do tratamento correto (flebotomia) e de um controle clínico mais rigoroso, em relação às HH secundárias. **Objetivo:** Descrever aspectos clínicos e manejo de paciente com HH. **Método:** Coleta de dados do prontuário do ambulatório de especialidades de Hematologia da Univates. **Resultados:** Paciente masculino de 53 anos com diagnóstico de HH desde 2011 - heterozigoto para mutação C282Y - com exame laboratorial de Ferritina de oito de agosto de 2016 de 421,9 ng/ml (valor de referência 16 – 300 ng/ml). Realizou, então, quatro flebotomias com intervalos de 20 dias entre cada uma. Em seis meses do início do tratamento volta à consulta sem queixas com exames laboratoriais: Ferritina de 144.2 e IST em 39% (valor de referência 20% – 50%). **Conclusão:** O tipo de mutação da paciente, heterozigoto para mutação C282Y, corresponde a até 5% dos casos de HH, se mostrando relativamente pouco frequente. Os pacientes com essa mutação caracterizam-se por terem uma evolução clínica mais branda, com um risco relativo de sobrecarga de ferro menor em relação aos homozigotos. A flebotomia se demonstrou fundamental para o controle da doença e a redução dos níveis de Ferritina e IST, visto que a mudança de hábitos não é suficiente para a resolução dos casos de HH.

Palavras-chave: Hemocromatose. Flebotomia. Sobrecarga de ferro.

MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO

Juliana Ribas Escosteguy¹, Josemar Marchezan²

¹Acadêmica de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates, Fonoaudióloga, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente;

²Médico especialista em Neuropediatria, Professor do curso de graduação em Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Email: jurescosteguy@gmail.com

Introdução: Malformações arteriovenosas cerebrais (MAVs) são tipos de malformações vasculares congênitas nas quais o sangue flui diretamente para a rede venosa sem a intervenção de um leito capilar, com alto potencial de causar hemorragias intracranianas e/ou epilepsia em muitos casos. Apesar do acometimento raro, as MAVs são a causa mais frequente de acidente vascular encefálico hemorrágico na população pediátrica, e devido a este risco, tratamentos invasivos têm sido indicados e requerem a completa excisão da MAV da circulação. Porém, estudos que caracterizem as MAVs angioarquiteticamente em crianças são escassos e algumas decisões de tratamento são tomadas extrapolando dados de adultos. Técnicas microcirúrgicas, radiocirúrgicas, endovasculares ou estratégias de combinação entre elas, podem ser utilizadas. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o tratamento de MAVs na população pediátrica nos últimos 5 anos. **Métodos:** Foi realizado levantamento bibliográfico no período de 2012 a 2017 nas bases de dados MEDLINE e LILACS. Foram selecionados 30 artigos que continham os descritores “malformações arteriovenosas cerebrais”, “malformações vasculares” e “população pediátrica/crianças” e seus correspondentes em inglês “brain arteriovenous malformations”, “vascular malformations” e “pediatric population/children” em seus resumos. **Resultados e Discussão:** Malformações arteriovenosas são eventos raros, contudo podem resultar em sequelas permanentes em crianças, principalmente se o tratamento for realizado tardiamente. Epilepsia para alguns autores demonstrou ser o sintoma mais comum e a angiografia parece ser o melhor método diagnóstico, podendo identificar pacientes com maior risco de hemorragia. Com relação ao tratamento, muitas pesquisas sugerem a embolização como o mais eficaz, porém alguns autores afirmam que a ressecção microcirúrgica apresenta altas taxas de obliteração de MAVs associada a baixas taxas de complicações neurológicas. A radiocirurgia estereotáctica pode reduzir o risco de hemorragia, entretanto o perfil de segurança e os parâmetros dessa técnica ainda precisam ser melhores definidos na infância. **Conclusão:** Ainda não há um consenso na literatura sobre qual tratamento é o mais indicado para MAVs na população pediátrica, o que gera a necessidade de novas pesquisas que caracterizem mais precisamente a angioarquitetura das MAVs nessa faixa etária, de forma a esclarecer qual a medida mais eficaz para cada caso.

Palavras-chave: Brain arteriovenous malformations. Vascular malformations. Pediatric population/children.

NEURITE ÓPTICA INFLAMATÓRIA ASSOCIADA AO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO

¹Juliana Ribas Escosteguy, ²Nicolas Lauxen Konrad, ²Laura Brum Raguzzoni, ²Eduardo Lopes,
³Marcelo Teixeira, ⁴Cláudia Monfroni Rocha

¹Acadêmica de Medicina da Universidade do Vale do Taquari Univates, Fonoaudióloga, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente;

²Acadêmico de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates;

³Médico especialista em Oftalmologia;

⁴Médica especialista em Reumatologia, Professora do Curso de graduação em Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

Email: jurescosteguy@gmail.com

Introdução: A doença do nervo óptico representada pela neurite óptica e pela neuropatia óptica isquêmica afeta aproximadamente 1% dos pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico. Estas manifestações oculares têm sido associadas com outras manifestações neurológicas, com presença de anticorpos antifosfolípido, nefropatia e aumento da mortalidade. **Relato do caso:** AG, 35 anos, nulípara. Consultou oftalmologista devido a queixas visuais súbitas no olho direito. Ao exame apresentou redução do campo visual e defeito altitudinal superior em olho direito em exame de campimetria computadorizada. Realizou outros exames oftalmológicos específicos como mapeamento da retina, o qual revelou edema de disco óptico e pregueamento da membrana limitante interna circunjacente à direita e a tomografia de coerência óptica demonstrou aumento da espessura da camada de fibras nervosas do olho direito. A angi fluorescência ocular acusou formação de circulação colateral peripapilar em olho direito, sugestivo de isquemia, firmando o diagnóstico de neurite óptica inflamatória à direita com possível associação isquêmica. Foi encaminhada ao neurologista, que a tratou com prednisona 1 mg/kg/dia por uma semana e após, com redução gradual da dose. Obteve resposta visual completa com o corticóide. O resultado da ressonância de encéfalo estava normal e os resultados de exames laboratoriais como proteína c reativa, velocidade de hemossedimentação, FAN, fator reumatóide, de sorologias virais e de toxoplasmose foram negativos. Porém o VDRL obteve resultado reagente com FTAbs IgM e IgG negativos. Foram solicitadas então sorologias para síndrome antifosfolípida (SAF), com anti-cardiolipina IgM em título moderado. Encaminhada à reumatologista, a qual solicitou anti-ssa, anti-ssb, anti-sm, anti-dna que obtiveram resultados negativos, porém C3 e C4 reduzidos, em vigência do corticóide. Diante da possibilidade de Lúpus Eritematoso Sistêmico e SAF, iniciou-se hidroxicloroquina e prednisona com redução de dose, além do AAS. **Conclusão:** A hipótese diagnóstica até o momento é de neurite óptica associada ao Lúpus Eritematoso Sistêmico com anticorpos antifosfolídeos, causando a neurite inflamatória com processo isquêmico concomitante.

Palavras-chave: Neurite óptica. Lúpus eritematoso sistêmico. Síndrome do anticorpo antifosfolípido.

PERFIL DE MORTALIDADE POR DIABETES MELLITUS NA REGIÃO DE SAÚDE 29 E NO MUNICÍPIO DE LAJEADO DE 1996 A 2014

Bárbara Grenzel¹, Bruno Vincenzo Thomas Bresolin¹, Camila da Silva Barbosa¹,
Jessica Arsego Talheimer¹, Juliana Ribas Escosteguy¹, Nicole Dalpiaz Glapinski¹,
Vitor Hugo Galerani¹, Ângela Paveglia Teixeira Farias²

¹Acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

²Médica especialista em Endocrinologia e Professora do Curso de Medicina da Univates.
E-mail: angela.farias@univates.br

Introdução: Diabetes Mellitus (DM) é doença crônica sistêmica de alta morbimortalidade, sendo a quinta principal causa de morte mundial. Há aproximadamente 415 milhões de adultos com DM no mundo, 5 milhões de óbitos, sendo 320,5 milhões de pessoas entre 20 e 64 anos portadores da doença. Conforme dados da International Diabetes Federation (IDF), nas Américas do Sul e Central em 2015, foram 247.494 mortes em adultos, sendo 42.7% em pessoas abaixo de 60 anos. Mais da metade (130.700) ocorreram no Brasil. No Rio Grande do Sul a mortalidade é de mais de 400 mil adultos, 9,7% da população acima de 25 anos. **Objetivo:** Descrever o perfil de mortalidade por DM isolado e associado à Doença Hipertensiva (DH) na Região de Saúde 29 e no município de Lajeado, entre 1996 e 2014. **Métodos:** Análise de dados de mortalidade e comorbidade do DATASUS, Portal da Saúde do Ministério da Saúde, Informações de Saúde (TABNET), Estatísticas Vitais e Mortalidade Geral. **Resultados:** A mortalidade por DM tipo 2 e DM associado à DH aumentou no decorrer do período, tanto em Lajeado como na região 29, com comportamento similar ao da mortalidade por causas gerais. Na Região 29, quanto ao sexo, houve 361 óbitos masculinos por DM e 699 por DM e DH, e nas mulheres houve 647 e 1209 óbitos, respectivamente. A maioria das mortes ocorreu em pessoas de raça branca (901), e a faixa etária com mais óbitos por DM foi entre 70-79 anos (362), seguida pela acima de 80 anos (335). A maioria dos falecimentos ocorreu em viúvos (417), seguida de perto pelos casados (413). Quanto ao nível de escolaridade, o maior número de óbitos se deu com a população que estudou de 1-3 anos (266) comparado aos não-escolarizados (132). Já em Lajeado, quanto ao sexo, houve 129 óbitos masculinos por DM e 219 por DM e DH, e nas mulheres houve 191 e 328 óbitos, respectivamente. Também houve predomínio de mortalidade na raça branca. A faixa etária com mais óbitos por DM foi entre 70-79 anos (112), seguida pela acima de 80 anos (95). O perfil se repete quando avaliamos DM e DH. **Conclusão:** A mortalidade na Região de Saúde 29 e em Lajeado é semelhante à observada no RS, no Brasil e no mundo, com aumento em número durante o período estudado. Os índices foram mais elevados entre mulheres, raça branca, entre 70-79 anos, viúvas e de baixa escolaridade. Com o envelhecimento populacional, a constatação do perfil de mortalidade demonstra necessidade de manejo abrangente de doenças crônicas como DM e DH, com prevenção primária e controle de complicações. Além do refreamento de mortalidade, enfatiza-se a melhora da qualidade de vida, o manejo adequado e a aderência ao tratamento e a regulação de gastos com as comorbidades.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Doenças Hipertensivas. Perfil de Mortalidade.

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Bárbara Grenzel¹, Érica Menegotto¹, Cláudia Ferri²

¹Acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

²Médica Mestre em Pediatria e Professora do Curso de Medicina da Univates.

E-mail: barbara.grenzel@universo.univates.br

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma doença autoimune caracterizada por paralisia simétrica progressiva e ascendente dos membros, podendo cursar com formas atípicas e tendência a remissões espontâneas. Constitui uma das formas mais frequentes de neuropatia, sendo esta a que apresenta evolução mais rápida, o que a torna potencialmente fatal. O prognóstico geralmente é favorável, com recuperação completa em 80-85% dos casos; no entanto, 10% permanecem com incapacidade residual grave, e cerca de 5% não sobrevivem. Embora a imunomodulação constitua a terapêutica principal, as medidas de suporte são imprescindíveis no tratamento e prevenção das complicações. **Objetivo:** Relatar caso pediátrico de SGB pós Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS) e discutir acerca do diagnóstico. **Métodos:** Consulta a prontuário hospitalar e breve revisão bibliográfica sobre o diagnóstico da SGB na literatura. **Relato do caso:** Paciente feminina, 1 ano e 11 meses, com quadro de IVAS há 15 dias. Realizou tratamento com Sulfametoxazol e Trimetoprima por 7 dias com melhora parcial de sintomas, apresentou queda por perda de força em pé direito, que progrediu para os membros inferiores. Em avaliação neurológica, constatou-se perda de força e reflexos reduzidos nos quatro membros. Coletou Líquido Cefalorraquidiano (LCR): Glicose = 65 mg/Dl; Proteínas = 88 mg/dL; e Células = 1/mm³. Indicado tratamento com imunoglobulina humana e fisioterapia. Recebeu 2g/kg de imunoglobulina humana fracionada em 4 doses, com boa evolução, recebendo alta com indicação de fisioterapia motora. **Discussão:** A polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda (PDIA) ou SGB é uma polineuropatia ascendente, normalmente desmielinizante, predominantemente motora, acompanhada de arreflexia, paralisia motora e elevação da proteína total do LCR sem pleocitose. O tratamento específico deve ser feito rapidamente e é mais efetivo se iniciado ao longo da primeira semana. Utiliza-se imunoglobulinas humana em altas doses ou plasmaférese. A maioria dos casos é precedida de infecção respiratória ou gastrointestinal aguda. A maioria dos pacientes é hospitalizada, cerca de um terço requerem assistência ventilatória e 85% apresentam melhora completa com cuidados de suporte. **Conclusão:** É essencial o conhecimento acerca dos critérios diagnósticos e sua definição o mais precoce possível com o intuito de se evitar complicações e sequelas posteriores, principalmente em casos pediátricos.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré. Infecção de Vias Aéreas Superiores. Pediatria.

ACOLHIDA SOLIDÁRIA: AÇÕES INTEGRATIVAS ENTRE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA

Leonardo Rickes da Rosa¹, Fernanda Ceron Damiani¹, Mariana Longhi Zandonai¹,
Melina Stefânia Grings¹, Ioná Carreno²

¹ Acadêmico do curso de Medicina Univates

² Professora do curso de Medicina Univates

leonardo.rosa3@universo.univates.br

Introdução: A Acolhida Solidária é uma iniciativa dos alunos do segundo semestre do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates, que visa ações propositivas junto aos alunos do primeiro semestre do curso. Além de desencadear a conexão entre acadêmicos, visa beneficiar a comunidade de Lajeado e região. Dentre as propostas, estão o Trote Solidário e a I Cerimônia do Jaleco.

Objetivos: Relatar a experiência da Acolhida Solidária entre os alunos do curso de Medicina da Univates.

Materiais e Métodos: A atividade do Trote Solidário foi realizada junto ao Núcleo Acadêmico do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (NAS). Nessa oportunidade, ocorreu a doação de sangue e a arrecadação de alimentos não perecíveis e de materiais de limpeza nos mercados de Lajeado. Os doativos foram recolhidos, triados e direcionados para instituições da região, com o apoio do Rotary Club de Lajeado-Engenho e do programa Mesa Brasil. Ademais, como extensão ao Trote Solidário, houve a arrecadação de rações para cães e agasalhos para doação. A I Cerimônia do Jaleco foi organizada pelos alunos do segundo semestre, com o apoio da Univates.

Resultados: Nas atividades do Trote Solidário, foram arrecadados 2.460 kg de alimentos não perecíveis e materiais de limpeza, valor que praticamente duplica os 1.392 kg recebidos no primeiro semestre do ano. Além disso, foram doadas dezenas de bolsas de sangue ao Banco de Sangue Hemovale e alguns quilos de ração para os cães da ONG APAMA de Lajeado. A Biblioteca da Univates também apoiou o projeto, colaborando no recolhimento das peças de roupa doadas pelos alunos. Nessas ocasiões, os alunos puderam perceber o retorno afetivo da população durante as etapas que envolveram a iniciativa. Já a I Cerimônia do Jaleco foi um momento compartilhado entre os calouros, veteranos, professores e familiares que, além de acolher os novos estudantes, inicia o processo de humanização do cuidado, necessário para a profissão médica e que converge com os objetivos da Acolhida Solidária.

Conclusão: A doação de sangue é uma ação comunitária importante, ainda mais para os alunos do curso de Medicina que irão vivenciar situações de vida e de morte diariamente. A grande participação da população com as doações de alimentos, de ração e de agasalhos revela a aderência da sociedade à atividade realizada pela sexta vez na Univates. Essas ações permitiram a interação, a cooperação e o companheirismo entre os alunos e comunidade. Do mesmo modo, a I Cerimônia do Jaleco representou um momento de alegria, recordação e homenagens, que proporcionou maior vínculo discente-docente e introduziu a solidariedade como valor fundamental durante a formação acadêmico-profissional.

Palavras-chave: Educação médica. Doação de sangue. Acolhimento.

TRATAMENTO DA SÍNDROME PULMÃO-RIM ASSOCIADA A GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE (GPA) COM RITUXIMABE: RELATO DE CASO

Laura Brum Raguzzoni¹; Eduardo Lopes¹; Nicole Dalpiaz Glapinski¹; Juliana Ribas Escosteguy¹;
Nicolas Lauxen Konrad¹; Patrícia Formigheri Feldens²; Cláudia Monfroni Rocha³;

¹Acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari Univates; ²Médica Nefrologista e Docente da Univates; ³Médica Reumatologista e Docente da Univates
lauraguzzoni@gmail.com

Introdução: A Granulomatose com Poliangeíte (GPA) é uma vasculite sistêmica associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) com predileção por vasos sanguíneos de pequeno e médio calibre, sendo comum o acometimento de vias aéreas superiores, pulmões e rins. Na síndrome pulmão-rim, a indução da terapia costuma ser com metilprednisolona, ciclofosfamida ou, em casos especiais, com rituximabe (RTX). **Objetivo:** Relatar a terapia adaptada ao contexto da paciente. **Materiais e métodos:** Dados referentes ao quadro clínico foram coletados em prontuário médico e discutido com base na literatura. **Relato do caso:** MCM, feminina, 28 anos, nulípara. Consultou por artralgias em mãos, punhos e tornozelos, além de tosse seca, febre, dispnéia, dor torácica ventilatório-dependente e lesões vasculíticas nas pernas. Suspeitou-se de Púrpura de Henoch Schönlein secundária à infecção, sendo internada para investigação, quando recebeu antibioticoterapia. Após 9 dias da alta hospitalar, retornou com persistência da artrite, da púrpura e da tosse. Radiografia de tórax evidenciou consolidação em pulmão direito, e tinha hemossedimentação 123 mm/1h, proteína C reativa 130 mg/dL, anemia, hematúria e proteinúria leves, IgA normal. Suspeitou-se de vasculite, e logo solicitou-se ANCA, anti-proteinase 3, sorologias virais e tomografia de tórax (TC). C-ANCA e anti-proteinase 3 eram reagentes, sorologias virais negativas e TC demonstrou cavitação central no lobo médio do pulmão direito contendo sangue em seu interior. Realizou-se pulsoterapia com metilprednisolona 1g por dia por 3 dias e indução com RTX 375 mg/m² por semana durante 4 semanas. Evoluiu satisfatoriamente com cicatrização da lesão cavitária no pulmão, melhora da anemia e da alteração renal. Durante o acompanhamento do caso, apresentou leve aumento na creatinina, sendo acrescentada azatioprina, à qual apresentou intolerância. Está fazendo manutenção com rituximabe 500 mg em duas doses com intervalos de 15 dias, de 6 em 6 meses e com redução gradual da prednisona, além de suplemento com cálcio e vitamina D. **Conclusão:** Mediante a gravidade do acometimento sistêmico, foi necessário considerar a idade, a nuliparidade da paciente, e os efeitos adversos da ciclofosfamida. Optou-se por rituximabe para indução e manutenção do tratamento, mantendo-se 1g a cada 6 meses, além da prednisona em dose baixa.

Palavras-chave: Rituximabe. Granulomatose com poliangeíte. Vasculite.

ANEURISMA CORONARIANO POR DOENÇA DE KAWASAKI : RELATO DE CASO

Nicole Dalpiaz Glapinski¹; Laura Brum Raguzzoni¹; Cláudia Ferri²; Cláudia Monfroni Rocha³

1 Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates

2 Médica Pediatra e professora da Universidade do Vale do Taquari - Univates

3 Médica Reumatologista e professora da Universidade do Vale do Taquari - Univates

E-mail: nicoledglapinski@gmail.com

Introdução: A Doença de Kawasaki é vasculite predominantemente da infância, tipicamente auto-limitada, entretanto complicações podem se desenvolver com significativa morbi-mortalidade. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente diagnosticado com Doença de Kawasaki típica. **Materiais e Métodos:** Dados referentes ao quadro clínico do paciente foram coletados por registro do prontuário médico. Busca bibliográfica de artigos atuais disponíveis no Pubmed. **Relato de caso:** G.N., 4 anos, procura atendimento na emergência com quadro febril iniciado há 9 dias, tendo sido diagnosticado com amigdalite bacteriana e tratado com Benzetacil intramuscular. Sem melhora da febre, foi novamente medicado com amoxicilina e clavulanato. Após o término deste antibiótico, retornou à emergência com febre persistente, dores articulares, linfonodos cervicais e inguinais palpáveis, sendo internado para investigação e instalação de cefuroxima endovenosa. Durante internação, apresentou aumento de área cardíaca, infiltrado pulmonar peribasal, anemia normo/normo, aumento de provas inflamatórias e plaquetose. Ao exame, apresentava hiperemia conjuntival, língua em aspecto de “framboesa”, artrite em joelhos e punhos, febre persistente e linfonodos pequenos em regiões cervical, inguinal e axilar. Não se observou evidência de infecção em hemoculturas e uroculturas. Com a hipótese de Doença de Kawasaki, foi solicitado com urgência Ecocardiograma que evidenciou dilatação de Artéria Coronária Direita 4mm-4,5mm. Iniciado imediatamente Ácido Acetilsalicílico (AAS) em dose anti-inflamatória e imunoglobulina endovenosa. Paciente evoluiu com melhora do quadro febril, estado geral e estabilização das provas inflamatórias. Encaminhado ao Instituto do Coração para acompanhamento, em vigência de AAS em dose profilática para trombose. **Discussão:** Todos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente concordam com os relatados na literatura. Os achados clínicos da Doença de Kawasaki típica incluem febre persistente durando 5 dias ou mais associados com hiperemia conjuntival bilateral não exsudativa, eritema em lábios e mucosa oral (língua em “framboesa”), alterações em extremidades (artralgias) e linfadenopatia cervical, desenvolvidos após sintomas gastrointestinais ou respiratórios não específicos. Além disso, casos graves, como o do paciente, podem evoluir com inflamação e dilatação de vasos arteriais de musculatura média, como Artéria Coronária Direita. Os achados laboratoriais alterados no quadro do paciente também são descritos na literatura e incluem plaquetose, anemia e provas inflamatórias elevadas, ocorrendo sem evidência de infecção. O diagnóstico clínico da Doença de Kawasaki é baseado nos Critérios de Kawasaki de 1967. **Conclusão:** O relato dos sinais, sintomas, achados laboratoriais e de imagem do quadro do paciente estão em concordância com a literatura sobre Doença de Kawasaki típica.

Palavras-chave: Doença de Kawasaki. Reumato-pediatria. Doença exantemática febril.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS DO HUMOR DO HOSPITAL SÃO JOSÉ

Leonardo Luz Sperb¹, Diana Kuhn², Aline Damé Vogg², Cauê Attab Negrinho², Ronaldo Rodrigues de Oliveira², Stephan Espinosa Meirelles², Émile Hirdes Krüger², Roberto Pierobom Lima³, Rafael Moreno Ferro de Araújo³

¹ Acadêmico do curso de Medicina da Univates, Lajeado-RS

² Médico Residente em Psiquiatria. PRM em Psiquiatria da Sociedade Sulina Divina Providência, Hospital São José, Arroio do Meio, RS.

³ Médico psiquiatra preceptor e professor da Univates. Medical and Health Research Group
E-mail: leonardo.sperb@universo.univates.br

Introdução: Os transtornos mentais estão entre as condições crônicas mais prevalentes, podendo afetar indivíduos de qualquer classe social e em qualquer fase da vida. Em dados divulgados pela OMS, estima-se que 350 milhões de pessoas sofram de depressão em todo o mundo e 4% da população mundial sofre de transtorno de humor bipolar. Esses transtornos provocam diversas consequências negativas na vida dos pacientes. Caracterizar os usuários com transtornos mentais nos diversos serviços de saúde é de extrema importância para o planejamento e implementação de mudanças na política assistencial. **Objetivo:** O trabalho tem como objetivo investigar o perfil sociodemográfico dos pacientes do ambulatório de transtornos do humor do Hospital São José em Arroio do Meio-RS. **Métodos:** Estudo transversal, com dados de prontuários, em que foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, ocupação e estado civil. Para a análise os pacientes foram divididos entre quatro grupos: depressão unipolar episódio único, depressão unipolar recorrente, transtorno do humor bipolar tipo 1 e transtorno do humor bipolar tipo 2. Os dados foram levantados desde março de 2016, quando o ambulatório iniciou as suas atividades. **Resultados preliminares:** Foram analisados até agora dados dos 28 primeiros pacientes, de um total de 98. Os pacientes com transtorno do humor bipolar são mais jovens. Existe maior proporção de mulheres com transtorno do humor bipolar tipo 2 e depressão unipolar. Pacientes com transtorno do humor bipolar também apresentam maior taxa de desemprego. O percentual de divorciados ou separados é maior entre pacientes com transtorno depressivo. **Conclusão:** A investigação dos aspectos sociodemográficos dos portadores de transtornos do humor possibilitará maior compreensão, detecção e intervenção nestes pacientes, colaborando com a melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Instituições de Assistência Ambulatorial. Transtornos do Humor. Fatores Sócioeconômicos.

RELATO DE CASO DE TUMORES METACRÔNICOS: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE, LINFOMA NÃO-HODGKIN, ADENOCARCINOMA METASTÁTICO DE ESTÔMAGO E LEUCEMIA LINFÓIDE CRÔNICA

Autores: Inaiá Miranda Lourenzon¹, Raquel Muniz¹, Caroline Dalla Lasta Frigeri², Gabrielle Lazaretti² e Rafael Seewald²

¹ Alunas da graduação do curso de Medicina da Univates

² Médico(a) do Hospital Bruno Born e Professor(a) no curso de Medicina da Univates.

Introdução: Em termos de registros do Instituto Nacional do Câncer, é clara a necessidade de aumentar os estudos sobre as neoplasias. Esse trabalho visa mostrar características de tumores metacrônicos, sendo eles caracterizados quando o segundo tumor primário é diagnosticado com intervalo superior a 6 meses. **Objetivo:** analisar, através de um relato de caso de uma paciente com três tumores metacrônicos, a rara associação entre essas neoplasias. **Materiais e Métodos:** Estudo em forma de relato de caso com levantamento de dados advindos do prontuário médico da paciente e pesquisa bibliográfica. **Relato de caso:** Paciente feminina, branca, 66 anos. Portadora de Leucemia Linfóide Crônica desde 2008, com plaquetopenia refrataria ao tratamento, apresentou no ano de 2014 dois tumores sincrônicos na mama esquerda. Foi submetida à mastectomia e linfonodo sentinela negativo no transoperatório. Exame anatomopatológico mostrou Carcinoma Ductal Infiltrante grau II sem invasão angiolinfática, de 1,3 cm e 0,6 cm. Em 2015, por piora do quadro hematológico foi submetida à esplenectomia com diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin (LNH) de pequenas células. Apresentou emagrecimento e disfagia em 2017 sendo diagnosticada com lesão neoplásica na junção esôfago gástrica com múltiplas metástases hepáticas, cujas biópsias revelaram um adenocarcinoma metastático muco produtor moderadamente diferenciado. **Discussão:** Entende-se por tumor sincrônico, o tumor primário diagnosticado com intervalo de até seis meses em pacientes que já apresentavam um primeiro tumor primário e metacrônico quando o segundo tumor primário é diagnosticado com intervalo superior a 6 meses. A leucemia linfóide crônica aguda afeta o linfócito B, sua incidência é de um a dois casos para cada 100 mil habitantes/ano e representa aproximadamente 15% de todas as leucemias. O carcinoma ductal infiltrante é o tipo mais comum de câncer de mama. Ele inicia nos ductos mamários e invade o estroma circundante ao ducto, podendo metastatizar. A taxa de sobrevivência relativa em 5 anos para mulheres com câncer de mama estágio II é de 93%. LNH resultam de mutações somáticas malignas na célula linfóide progenitora. É a neoplasia do sistema hematopoiético prevalente, representando aproximadamente 4% de todas as neoplasias. O adenocarcinoma de estômago é a quarta neoplasia mais incidente no mundo e a segunda causa de morte relacionada ao câncer. Incide frequentemente entre 50 e 70 anos de idade, principalmente em homens. **Conclusões:** o trabalho visa mostrar a associação entre essas neoplasias visto que a incidência de um segundo ou terceiro câncer independente do primeiro varia entre 0,8% a 1,6% quando é realizado um primeiro tratamento. Essa paciente, sem histórico familiar de neoplasia, apresentou quatro tumores metacrônicos, sendo a neoplasia gástrica de pior prognóstico, como já relata a literatura.

Palavras-chave: Neoplasia. Metacrônico. Leucemia.

ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: RELATO DE CASO

Stephanie de Lemos Bonotto⁽¹⁾, Melissa Sofia Dickel⁽¹⁾, Matheus Conterno Prevedello⁽¹⁾,
Yuri Carlotto⁽¹⁾, Márcia Murussi, MD, PhD⁽²⁾

⁽¹⁾ Alunos de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Doutora em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Univates.

E-mail: stephanie.bonotto@universo.univates.br

Introdução: A transexualidade trata-se de uma incompatibilidade entre o sexo biológico e a identidade sexual. Sabe-se que a discussão em torno dos transexuais é recente, e cercada de tabus e preconceitos. Estes indivíduos, além de serem severamente discriminados pela sociedade, muitas vezes não recebem tratamento médico adequado, ou por não procurarem médicos por medo da discriminação, ou por desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre como tratar estes casos. **Objetivos:** Descrever o caso de uma paciente transexual. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados do prontuário de paciente em serviço de endocrinologia no interior do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Paciente de 20 anos, transexual masculino, branco, com vestimenta e aparência física feminina, vem à consulta para informações sobre medicamentos. Seu nome legal é masculino, mas pede para chamá-lo pelo nome feminino. História da doença atual mostra que paciente faz uso de hormônios desde os 14 anos, quando notou sinais de puberdade (crescimento de genitália externa masculina e mudança vocal). Fazia o tratamento por conta própria, mediante orientações buscadas na internet, sem quaisquer orientações médicas ao longo da vida. Em uso de acetato de medroxiprogesterona, 10 dias por mês há 1 ano, espironolactona (200 mg por dia), e estradiol (4 mg por dia). Ao exame físico, apresentava testículos atróficos na bolsa escrotal, genitália masculina e mamas pouco desenvolvidas. Foram solicitados exames laboratoriais e prescritos estrogênios conjugados (0,625 mg), medroxiprogesterona (10 mg), finasterida (2,5 mg) e alterada dose da espironolactona para 25 mg. Paciente retorna com exames: testosterona 52 (referência homens: 175-781 ng/dL), 17-beta-estradiol 184 (referência masculino: ≤ 47 pg/mL,, mas nível adequado para sexo feminino), FSH 0,97 (referência homens: 1,27-9,26 mUI/mL), LH 1,39 (referência homens: 1,24-8,62 mUI/mL), TSH 4,85 (0,38 A 5,33 mUI/mL). A medroxiprogesterona foi suspensa e foi aumentada a dose dos estrogênios conjugados para 1,25 mg, sendo o paciente encaminhado para equipe clínico-cirúrgica de redesignação sexual. **Conclusão:** O contato dos acadêmicos com paciente transexual é de singular importância para a formação de médicos humanos, que saibam manejar a situação no futuro, pois elas certamente se repetirão. O indivíduo nessa situação possui plena convicção de que vive no corpo errado. Assim sendo, cabe aos profissionais de saúde assegurar sua saúde física e mental, além de assegurar o melhor tratamento possível, sem nenhum tipo de distinção quanto à sua identidade sexual.

Palavras-chave: Transsexualidade. Identidade Sexual. Hormonioterapia.

EXTENSA DESTRUIÇÃO ARTICULAR DO QUADRIL E SACROILÍACA POR TUBERCULOSE

Nicole Dalpiaz Glapinski;¹ Thaísa Cardoso Fenaltes;¹ Patricia Tirelli Lena;¹
Laura Brum Raguzzoni;¹ Guilherme de Campos Domingues;² Cláudia Monfroni Rocha.³

1 Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates

2 Médico Infectologista e professor da Universidade do Vale do Taquari - Univates

3 Médica Reumatologista e professora da Universidade do Vale do Taquari - Univates

E-mail: nicoledglapinski@gmail.com

Introdução: Tuberculose óssea possui três formas de apresentação de acordo com o local de acometimento: espondilite, artrite e osteomielite. A artrite tuberculosa tem a capacidade de ocorrer em qualquer articulação, porém tende a acometer o quadril ou os joelhos, sendo o primeiro o local mais comum de apresentação, de difícil diagnóstico e o mais debilitante. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente diagnosticado com destruição articular do quadril e sacroilíaca por Tuberculose. **Materiais e Métodos:** Dados referentes ao quadro clínico do paciente foram coletados por registro do prontuário médico. Busca bibliográfica de artigos atuais disponíveis no Pubmed. **Relato do caso:** DRS, masculino, 52 anos, trabalha em frigorífico bovino. Encaminhado à Reumatologia por Fator Antinuclear (FAN) de 1/640. Consulta com artralgia progressiva em articulação coxofemoral direita e sacroilíaca direita com piora há 1 ano. Nega trauma. Histórico de internação hospitalar com diagnóstico de Tuberculose pulmonar, estando em tratamento com esquema RHZE desde setembro de 2016. Ao exame físico, apresenta atrofia importante do quadríceps e encurtamento de membro inferior direito, bloqueio à mobilização do quadril direito, linfonodomegalia em região inguinal e abaulamento de partes moles em região medial proximal da coxa direita com conseqüente dificuldade para deambulação. Quadro clínico fez suspeitar de artrite séptica de coxofemoral por Tuberculose com FAN falso positivo. Punção da articulação coxofemoral guiada por ecografia mostrou material purulento franco e pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR) evidenciou 3 bacilos em 100 campos, além de abscesso em partes moles; Proteína c Reativa com valor de 72,00 mg/L e Velocidade de Hemossedimentação (VHS) de 99 mm/1h. Realizado diagnóstico de artrite séptica tuberculosa no quadril com extensão a sacroilíaca direita, sendo encaminhado ao serviço de Ortopedia com urgência para tratamento adequado. **Discussão:** O paciente estava em tratamento para Tuberculose pulmonar com esquema RHZE e desenvolveu artrite tuberculosa coxofemoral e sacroilíaca destrutiva. O envolvimento articular por Tuberculose é de difícil diagnóstico, pois simula outras doenças articulares com sintomatologia e sinais semelhantes. As manifestações clínicas da doença incluem dor e perda progressiva de função da articulação, entretanto, quadros de diagnóstico tardio como o do paciente apresentam destruição e desorganização da arquitetura articular, erosão de cartilagem, formação de abscessos e restrição de movimento. **Conclusão:** A artrite tuberculosa é patologia de diagnóstico difícil por simular outras doenças articulares de sintomatologia e sinais semelhantes. Diagnósticos tardios apresentam destruição articular, causando grande debilidade ao paciente.

Palavras-chave: Artrite Infeciosa. Tuberculose articular. Tuberculose extrapulmonar.

DOENÇA DE KAWASAKI: RELATO DE CASO

Luana Paludo Uhlmann^{1*}, Amanda Savaris Ludwig¹, Natalia Wojeick¹, Simone Trebien¹
Fernanda Galvão Carvalho¹, Kadja Ferraz Campara¹, Renata Sartor Fachinelli¹,
Larissa Isabela Lunkes¹, Ana Carolina Barros Leite Manjabosco², Cláudia Ferri³

¹Acadêmicos de Medicina, Univates

²Médica Neonatologista

³Médica Neonatologista, docente do curso de Medicina, Univates

*luana.uhlmann@universo.univates.br

Introdução: A doença de Kawasaki é a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças, associada à arterite que atinge tanto vasos de grande e médio calibre quanto pequenos vasos. Significativamente mais presente em crianças menores de 4 anos de idade, pode comprometer artérias coronárias culminando em curso clínico mais crítico, como aneurismas propensos à ruptura. De etiologia incerta, a clínica da doença inclui febre alta persistente, irritabilidade, conjuntivite bilateral não exsudativa, eritema e edema de mucosa orofaríngea, além de linfadenopatia cervical.

Objetivo: Descrever caso clínico de Doença de Kawasaki.

Materiais e Métodos: Revisão de prontuário e literatura acerca do diagnóstico.

RELATO DO CASO: Paciente feminina, 1 ano, previamente hígida, consulta na emergência do hospital após 5 dias de febre alta, apresentando hiperemia em orofaringe, hiperemia conjuntival bilateral, linfonomegalia à direita, hiperemia e edema de mãos, exantema difuso e episódios de vômitos. Ao exame físico: conjuntivite bilateral, hiperemia de orofaringe, presença de linfonodo cervical endurecido e palpável à direita, pequenos linfonodos palpáveis à esquerda, taquicardia, mãos hiperemiadas e levemente edemaciadas e presença de exantema multiforme difuso, principalmente em tronco. É internada na UTI pediátrica com diagnóstico de Doença de Kawasaki para resolução dos sintomas e esclarecimento do caso, onde evolui com vômitos e diarreia, necessitando sonda nasogástrica e reposição de fluidos. Realiza radiografia de tórax, sem evidências de consolidação, e ecocardiograma, sem alterações e coronárias normais. Inicia tratamento com imunoglobulina humana 2 g/kg em 24 horas de infusão, e ácido acetilsalicílico 80 mg/kg/dia, com melhora gradativa dos sintomas e resolução do quadro febril. Exames laboratoriais indicam anemia, proteína C reativa alta e sódio baixo, compatível com hemograma infeccioso, iniciado cefuroxime, com melhora do quadro em 7 dias. Inicia dieta via oral, com boa aceitação. Após 6 dias na UTI pediátrica, paciente recebe alta para enfermaria, apresentando exantema morbiliforme, em uso de hixizine. Após 6 dias na enfermaria, sem intercorrências, paciente recebe alta hospitalar.

Conclusão: Devido a etiologia desconhecida e não existindo nenhum teste de diagnóstico específico ou sinal patognomônico, o diagnóstico tem-se baseado em critérios clínicos estabelecidos por Kawasaki. Portanto, é preciso que o profissional esteja preparado para a identificação dos sinais e para a exclusão de diagnósticos diferenciais como escarlatina, exantemas virais febris, leptospirose e síndrome do choque tóxico, de forma que o manejo possa ser feito adequadamente o quanto antes, evitando assim as sequelas cardiovasculares da Doença de Kawasaki.

Palavras-chave: Doença de Kawasaki. Vasculite. Pediatria.

RELATO DE CASO: CORPO ESTRANHO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO APÓS REMOÇÃO DE CERUME COM CONE CHINÊS

Jessica Arsego Talheimer¹, Bárbara Grenzel¹, Camila Barbosa¹, Carolina Lorea Malhão¹, Érica Menegotto¹, Cláudia Barros Coelho²

¹Acadêmicas de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates

²Otorrinolaringologista, Doutora em Ciências Médicas pela FMUSP, Professora do Curso de Medicina da Univates

E-mail: jessica.talheimer@universo.univates.br

Introdução: A presença de cerume no canal auditivo externo é normal e tem a função de impermeabilizar e proteger contra infecções. A impaction do cerume ocorre em aproximadamente 10% das crianças, 5% dos adultos, 57% dos idosos e 37% dos indivíduos com retardo cognitivo. Geralmente é assintomática mas pode causar perda auditiva, zumbido, dor e tontura além de dificultar o exame da membrana timpânica. A remoção de cerume é o procedimento otorrinolaringológico mais comum na Atenção Primária à Saúde (APS) com uma estimativa de 4% das consultas. **Objetivos:** Relatar caso de complicação de limpeza alternativa do conduto auditivo e alertar quanto as possíveis complicações decorrentes desse procedimento. **MÉTODOS:** Relato de caso a partir de informações de prontuário e breve revisão de literatura. **RELATO DO CASO:** Paciente feminina, 16 anos, procura otorrinolaringologista com otalgia intensa e surdez após realização de limpeza da orelha com cone chinês realizado por indivíduo não habilitado. Relata que durante a limpeza com cone sentiu dor e queimadura na orelha. À otoscopia percebe-se presença de corpo estranho no conduto auditivo externo, com aparência de cera. A tentativa de remoção do corpo estranho causou dor intensa, sendo indicada a retirada em bloco cirúrgico sob anestesia geral. À microscopia cirúrgica, foram visualizados fragmentos de cera aderidos ao epitélio do conduto e à camada externa da membrana timpânica, tecido friável e processo inflamatório. A membrana timpânica não se encontrava perfurada. O pós-operatório não teve complicações e após 15 dias a orelha externa encontrava-se cicatrizada. Não houve sequelas auditivas. **Discussão:** Diversos métodos e ferramentas são utilizados para remoção mecânica de cerume do conduto auditivo externo, como curetagem, sucção, pinçamento e irrigação. A remoção mecânica é um procedimento geralmente seguro; no entanto, vários casos de traumas otológicos têm sido relatados. Laceração do canal auditivo, perfuração da membrana timpânica, perda da audição, zumbido, dor, vertigem, síncope e infecção são complicações que podem ocorrer com a remoção de cerume de forma inadequada e por pessoas não habilitadas. Quando houver necessidade de remoção de cerume, deve ser feita por médico treinado. Agentes ceruminolíticos (gotas emolientes) podem ser utilizados para facilitar o processo de remoção. **Conclusão:** A remoção de cerume é um ato médico, realizada da forma mais segura e efetiva, visando à saúde global do paciente. Métodos alternativos de limpeza de conduto auditivo possuem maiores chances de complicações que podem ser permanentes. Portanto, a conscientização da população quanto às consequências dos métodos não estabelecidos pela literatura médica é de vital importância.

Palavras-chave: Remoção de Cerume. Otoscopia. Corpo Estranho.

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NA REGIÃO DO VALE DO TAQUARI

Eduardo Lopes¹, Patrícia Formigheri Feldens², Lydia Christmann Espindola Koetz³,
Cássia Regina Gotler Medeiros⁴

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade do Vale do Taquari – Univates

² Médica Nefrologista e Professora do Curso de Medicina da Univates

³ Fisioterapeuta, Professora e Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Univates

⁴ Enfermeira e Professora do Curso de Medicina da Univates;

E-mail: eduardo.lopes@universo.univates.br

Introdução: A doença renal crônica define-se como uma lesão do parênquima renal associada à diminuição da Taxa de Filtração Glomerular. A diálise substitui duas funções renais fundamentais à sobrevivência: a remoção de solutos e a remoção de fluido. O tratamento consiste, em média, de três sessões semanais, por um período de três a cinco horas por sessão. Os avanços desse tratamento contribuíram significativamente para aumentar a sobrevida de pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC); no entanto, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir significativamente na Qualidade de Vida (QV) dessa população. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar a QV de pacientes com IRC em hemodiálise atendidos pelo SUS no Hospital Bruno Born, na cidade de Lajeado – RS, bem como identificar características sociodemográficas e clínicas. **Materiais e Métodos:** A pesquisa, com perfil quantitativo e de corte transversal descritivo, ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2016, através de um questionário sociodemográfico e clínico e de um questionário de QV (WHOQOL-bref). Os questionários foram tabulados no programa Microsoft Office Excel e realizadas análises de frequência, média e desvio padrão. A análise estatística foi realizada utilizando estatística descritiva e inferencial, pelo software BioEstat 5.0, sendo a análise dos dados feita conforme sintaxe prevista pelo WHOQOL GROUP. Quanto aos aspectos éticos, o estudo recebeu carta de anuência do Hospital Bruno Born, além de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES. **Resultados:** Participaram da pesquisa 76 pacientes em tratamento de hemodiálise. Em relação aos dados sociodemográficos, verificou-se 59,2% do sexo masculino e 40,8% do sexo feminino, procedentes de 26 municípios diferentes, com média de idade de 57 anos e predominância de ensino fundamental incompleto em 64,4%. Os dados clínicos evidenciaram, como doença de base, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 47,4%, e prevalência maior de pacientes em tratamento dialítico no intervalo de 1 a 5 anos. Verificou-se, ainda, que 94,7% não faziam acompanhamento psicológico/psiquiátrico, mas que quase metade dos pacientes fazia uso de algum tipo de psicofármaco. A média dos escores de QV no domínio físico foi de $49 \pm 15,17$; domínio psicológico $62,7 \pm 12,04$; domínio social $70,1 \pm 15,40$; domínio ambiental $64,6 \pm 10,13$. **Conclusão:** Os dados coletados apontaram poucas divergências sociodemográficas e clínicas do cenário nacional e, quanto à QV, evidenciou-se rebaixamento em todos os domínios, sendo esse rebaixamento mais expressivo no domínio físico. Este estudo, além do mais, ofereceu informações para que equipes de saúde percebam o impacto que a IRC e o tratamento hemodialítico trazem ao paciente e ao seu cotidiano, assim como a importância das relações de suporte entre a equipe e o paciente na conservação da QV.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Diálise Renal. Qualidade de Vida.

PUSTULOSES CUTÂNEAS BENIGNAS DO PERÍODO NEONATAL, UMA REVISÃO

Érica Menegotto¹, Thaísa Cardoso Fenaltes¹, Bárbara Grenzel¹, Claudia Ferri²,
Dóris Milman Shansis³

¹ Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari – Univates

² Médica Pediatra, Professora do Curso de Medicina – Univates

³ Médica Dermatologista, Professora do Curso de Medicina – Univates

E-mail: erica.menegotto@universo.univates.br

Introdução: A criança no período neonatal pode apresentar achados dermatológicos temporários relacionados a resposta fisiológica, a enfermidades passageiras ou marcadores de doenças. A presença de pústulas é motivo de preocupação, pois o recém-nascido (RN) é especialmente vulnerável a infecções. No entanto, a maioria das pústulas cutâneas neonatais é de origem benigna ou não infecciosa, compreendendo as pustuloses benignas neonatais. As mais comuns são o eritema tóxico neonatal, a melanose pustulosa transitória neonatal e a pustulose benigna; em raros casos, a miliária rubra pode apresentar caráter pustuloso. **Objetivos:** Elucidar as lesões cutâneas do recém-nascido, tornando possível identificá-las. **Metodologia:** Revisão feita a partir de artigos científicos e livros de Dermatologia – Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti e Dermatologia de Fitzpatrick. **Discussão:** O eritema tóxico neonatal (ETN) caracteriza-se por pápulas eritematosas e pústulas estéreis, circundadas por halo eritematoso. Localiza-se no tronco, extremidades e face, e costuma poupar palmas e plantas. O diagnóstico é clínico, e pode ser confirmado por exame citológico da pústula. Tratamento não é necessário, já que regride em poucos dias. A Melanose Pustulosa Transitória Neonatal (MPTN) é caracterizada por pústulas flácidas e superficiais, que rompem e formam um colarete escamoso, evoluindo para máculas hiperpigmentadas de caráter residual. Pode acometer qualquer parte do corpo. Os mecanismos etiológicos não são claros, mas é provável que corresponda a uma variação de ETN. A Pustulose Cefálica Neonatal é caracterizada por erupção papulopustulosa na face, pescoço, porção superior do tórax e couro cabeludo. A ausência de comedões a distingue da acne infantil, que é mais persistente. O tratamento não é necessário, porém imidazólicos tópicos podem ajudar. A Miliária Rubra é uma afecção frequente, causada pela obstrução dos ductos sudoríparos. É mais observada nos meses de verão, durante picos febris, em RN com excesso de vestimentas ou em incubadoras. A miliária cristalina caracteriza-se por pequenas vesículas claras não inflamatórias, que rompem facilmente, frequentes na face, pescoço e tronco. Na miliária rubra, há pápulas e vesículas com halo eritematoso e a erupção é pruriginosa. Quando as vesículas evoluem para pústulas, passa a ser designada miliária pustulosa. As lesões predominam no tronco e áreas intertriginosas. A maioria das células observadas na citologia são linfócitos e o diagnóstico é clínico. O tratamento é feito evitando a transpiração excessiva, com uso de roupas leves e ambiente fresco e ventilado. **Conclusão:** As afecções pustulosas benignas do recém-nascido apresentam caráter benigno, são assintomáticas e autolimitadas, sendo importante que o dermatologista e o neonatologista saibam identificá-las, evitando exames e preocupações desnecessárias.

Palavras-chave: Dermatologia pediátrica. Pustuloses. Pele do recém-nascido.

AMAMENTAÇÃO PROLONGADA LIGADA AO DESENVOLVIMENTO DE DOENÇA ATÓPICA E ALERGIAS

Augusto Lengler Konrath¹, Ana Luísa Lanius¹, Manoela Michel Kohl¹, Mariana Severo Caselli¹
Morgana Cáceres¹, Vitória Puna¹, Luiz Fernando Kehl² e Ramatis Birnfeld de Oliveira²

⁽¹⁾ Alunos do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Health and Medical Research Group, Curso de Medicina, Universidade do Vale do Taquari - Univates.

E-mail: augusto.konrath@universo.univates.br

Introdução: A amamentação é preconizada como a nutrição ideal para os recém-nascidos, contendo os teores ideais de vitaminas, proteínas e gorduras para os bebês. Além disso, a amamentação promove imunização passiva contra uma grande gama de antígenos, garantindo maior grau de defesa contra infecções. Os benefícios proporcionados da amamentação para o desenvolvimento da criança são claros e bem documentados, porém raramente se encontram evidências de efeitos adversos causados pela prática. Os mecanismos imunológicos relacionados à imunização frente a antígenos de diferentes naturezas são regidos por um balanço de diferentes subtipos de linfócitos T (LTs). Baseado nisso, bebês que são amamentados por um período prolongado em condições satisfatórias de higienização, poderiam estar favorecendo a maturação de um subgrupo de LTs, exacerbando as respostas imunológicas relacionadas a este subgrupo de LTs. **Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica da literatura visando encontrar evidências de uma possível associação entre tempo de amamentação e o desenvolvimento de patologias atópicas ou alérgicas, buscando um melhor entendimento dos efeitos da amamentação no sistema imune. **Metodologia:** Foram pesquisados e analisados artigos de coorte e transversais publicados na base de dados PubMed utilizando os descritores “breastfeeding” e “allergy”. Cinco artigos dos anos 2010 a 2017 foram selecionados. **Resultados:** Um dos estudos, com n=38,757 crianças, mostrou que a incidência de dermatite atópica (DA) entre 6 – 42 meses é 11% e 26% maior em bebês que receberam amamentação parcial e bebês que receberam amamentação exclusiva (AE), respectivamente, comparado à bebês que foram alimentados apenas com fórmula. Além disso, comparados à estes, bebês amamentados por 3-5 meses têm incidência de DA 6% maior, e bebês amamentados por 6 meses ou mais têm incidência de DA até 24% maior. Outro estudo com n=411 crianças não consegue identificar um efeito protetor contra sensibilização à diversos alérgenos associado à duração da AE. Por outro lado, um estudo com n=5828 crianças, mostra relação inversa entre a duração da AE e incidência de DA entre 6 meses e 10 anos de idade, porém falha em associar duração ou exclusividade da amamentação com sensibilização à alérgenos. **Conclusão:** Mesmo não havendo dúvidas dos benefícios da amamentação, há divergência de evidências quando considera-se DA e outras doenças alérgicas separadamente. Possivelmente, há diferença nas populações estudadas, ou então, falhou-se em levar em consideração todos os fatores de confusão (confounding factors) para a análise estatística. Apesar disso, não pode-se estabelecer uma correlação entre a amamentação prolongada e a proteção contra doenças atópicas e alérgicas. Uma vez que existe a possibilidade de associação entre a amamentação e o desenvolvimento de doenças alérgicas, são necessários estudos adicionais para elucidação do tema.

Palavras-chave: Amamentação prolongada. Doença atópica. Alergia. Dermatite atópica.

DEPRESSÃO EM PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Aline Damé Vogg¹, Cauê Attab Negrinho¹, Diana Kuhn¹, Ronaldo Rodrigues de Oliveira¹,
Stephan Espinosa Meirelles¹, Émile Hirdes Krüger¹, Olivan Moraes²

¹ Médico Residente em Psiquiatria da Sociedade Sulina Divina Providência – Hospital São José, Arroio do Meio-RS.

² Médico psiquiatra no serviço de residência médica de psiquiatria da Sociedade Sulina Divina Providência – Hospital São José, Arroio do Meio-RS.

alinevogg@gmail.com

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença heterogênea, com uma grande variedade de manifestações clínicas. Os pacientes com LES apresentam alto risco de depressão e ansiedade. A elevada prevalência de depressão em doentes com LES pode resultar tanto do impacto psicossocial desta doença crônica como de lesão do Sistema Nervoso Central (SNC).

Objetivos: Relatar um caso de paciente com episódio depressivo maior após diagnóstico de LES assistido no serviço de residência médica de psiquiatria. **Materiais e Métodos:** Avaliação clínica do paciente em questão e posterior revisão de seu prontuário e de literatura relacionado ao tema exposto. **Relato de caso:** Paciente feminina, 39 anos, branca, procedente de Arroio do Meio, ensino fundamental incompleto, casada, em auxílio doença há 1 ano, tabagista há 15 anos, com diagnóstico de LES há 1 ano. Foi encaminhada pela sua médica reumatologista para o ambulatório de psiquiatria do Hospital São José. Na primeira consulta do dia 23/03/2017 a paciente apresentava humor deprimido, perda de interesse nas atividades rotineiras, insônia inicial e ideação suicida sem plano desde o diagnóstico do LES, porém com piora no último mês. Estava em uso de escitalopram 10mg/dia e bromazepam 3mg/dia há 1 ano, além de outras medicações clínicas. A conduta inicial foi aumentar o escitalopram para 20mg/dia e iniciar bupropiona 300mg/dia. A paciente não respondeu a este esquema terapêutico, sendo trocada a medicação por duloxetine 60mg/dia. Na última consulta do dia 10/08/17, a paciente encontrava-se com melhora dos sintomas depressivos e sem a necessidade do uso de bromazepam à noite. **Discussão:** O LES impõe muitas dificuldades a nível psicossocial, pois é potencialmente debilitante e sua evolução é imprevisível. Sintomas depressivos e de ansiedade são frequentes nesta população e podem estar associados às limitações físicas ou ao estresse de viver com uma doença crônica. Contudo, mecanismos biológicos incluindo vasculite por complexos imunes, anticorpos cérebro-reativos, fatores psicossociais e efeitos iatrogênicos da corticoterapia também podem causar sintomas psiquiátricos. Em doentes com LES, a depressão está associada a maior fadiga, maior incapacidade física e prejuízo do funcionamento pessoal e familiar, causando importante diminuição da qualidade de vida. A depressão como comorbidade é um fator de mau prognóstico, por comprometer a adesão terapêutica, agravar o impacto da doença e piorar a recuperação geral do doente. **Conclusão:** A prevalência de depressão é elevada em pacientes com LES, isso confirma a necessidade de maior atenção dos sintomas, pelo médico assistente, para obtenção do sucesso terapêutico. Visando a importância de fortalecer o trabalho integrado dos profissionais de saúde em benefício dos pacientes.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Depressão. Prevalência.

“O JULGAMENTO DO GLICÍDIO” - IMPLICAÇÕES NO DIABETES MELLITUS E COMORBIDADES. ESTUDO BASEADO EM METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO E APRENDIZAGEM

Isabela Borella da Silva⁽¹⁾, Carolina Lorea Malhão⁽¹⁾, Jéssica Arsego Talheimer⁽¹⁾, Juliana Ribas Escosteguy⁽¹⁾, Ângela Paveglio Teixeira Farias⁽²⁾

⁽¹⁾ Acadêmicas de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

⁽²⁾ Mestre em Endocrinologia; Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari - Univates.

E-mail: isabela.silva1@universo.univates.br

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é doença crônica associada com comorbidades e risco multifatorial. O glicídio é apontado como responsável. Porém, os distúrbios ocorrem com glicídio excedente - ingesta aumentada, insuficiência ou resistência insulínica- resultando hiperglicemia. As comorbidades são por alterações nos tecidos, metabolismo celular, fatores complicadores e complicações vasculares, neuropáticas e nefrológicas. Na metodologia “Aprendizagem Baseada em Equipes” (ABE), a integração propicia resgatar e apreender o conhecimento, e reforçar o papel ativo do aluno. **Objetivo:** Relatar os argumentos de defesa e acusação do glicídio no acometimento vascular, nefrológico e obesidade. **Método:** Relato dos argumentos de alunos sobre o papel do glicídio nas complicações de DM, em trabalho que usou a metodologia ABE, com julgamento via banca de avaliação. **Resultados:** O grupo do acometimento macrovascular obteve absolvição do glicídio embasando a defesa nas alterações das lipoproteínas circulantes, que resultam em perfil lipídico aterogênico, baixo colesterol HDL e elevação dos triglicérides. O grupo da neuropatia obteve absolvição do glicídio baseando-se em alterações metabólicas, como acúmulo de ROS e defesa antioxidante reduzida, danificando o nervo periférico (perda de sensibilidade – úlceras – amputação). O grupo da retinopatia diabética (RD) acusou a hiperglicemia como fator de desvio do metabolismo da glicose para vias alternativas, formando fatores inflamatórios, trombogênicos/ vasoconstrictores e aumento de estresse oxidativo gerando oclusão e fragilidade vascular na RD. Defendeu-se que existe multifatorialidade na ocorrência da RD. O grupo da nefropatia, argumentou na acusação que o glicídio afeta as funções renais e apontou que a hiperglicemia pode induzir expansão e lesão mesangial através do aumento da produção da matriz ou da glicação das proteínas da matriz, porém sem dados científicos. A defesa - vencedora - usou os fatores genéticos ou questões relacionadas a hipertensão arterial como argumento, uma vez que não há estudos ainda capazes de apontar o envolvimento direto do glicídio nas lesões renais por DM. No grupo da obesidade, a acusação argumentou que dietas com altos índices de carboidrato contribui mais com morbimortalidade do que a inatividade física, o cigarro e o álcool combinados. A defesa - vencedora - por sua vez, alegou que o excesso seria o culpado, e que a obesidade pode ser revertida com reeducação alimentar, combate ao sedentarismo e abordagem comportamental. **Conclusão:** A ABE levou à integração de argumentos, baseado em conhecimentos prévios e em busca de literatura, sobre o papel do glicídio e a fisiopatologia relacionados ao DM. Concluiu que essa é uma doença multifatorial, não havendo um único responsável. É necessário controle glicêmico para diminuir a morbimortalidade.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Glicídio. Vasculopatia. Nefropatia. Obesidade.

A INFLUÊNCIA DA VARIAÇÃO SAZONAL DA TEMPERATURA NA PRESSÃO ARTERIAL

Cezar Roberto van der Sand¹, Juliana Ribas Escosteguy², Murilo Halberstadt Beskow³

¹Médico Cardiologista, Professor do Curso de Graduação em Medicina da Univates, Mestre em Ciências Médicas (Cardiologia)

²Acadêmica de Medicina da Univates, Fonoaudióloga, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente

³Acadêmico de Medicina da Univates

Email: jurescosteguy@gmail.com

Introdução: Segundo dados obtidos da Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), a hipertensão arterial no Brasil, atinge 32,5% da população de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, sendo considerada um problema de saúde pública. Devido a isto, a correta medida e interpretação da pressão arterial sistêmica é essencial para a obtenção de um diagnóstico e um manejo adequados da hipertensão. Alguns estudos têm sido realizados com a finalidade de verificar a influência de fatores como a variação da temperatura ao longo do ano no desenvolvimento da hipertensão arterial, porém esta correlação ainda não é clara e necessita de mais estudos. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo verificar a correlação entre a variação sazonal da temperatura ao longo do ano de 2016 e a variação da pressão arterial sistêmica em uma amostra de 902 pacientes oriundos de um Serviço de Cardiologia da cidade de Porto Alegre/RS. **Método:** Foram analisados 902 resultados de pacientes que realizaram monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) no período de janeiro a dezembro de 2016. Os níveis mínimos, médios e máximos de pressão arterial sistólica e diastólica foram correlacionados com as temperaturas mínimas, médias e máximas, bem como com os valores de umidade relativa do ar obtidos naquele período, divididos pelas 4 estações do ano. **Resultados:** Novecentos e dois resultados de MAPAS de indivíduos distintos foram incluídos no estudo. Não foram encontradas diferenças significativas quando os valores de média da pressão arterial sistólica e diastólica na vigília (MPASV / MPADV) e no repouso (MPASR / MPADR), pressão arterial sistólica mínima (PAS MÍN) e máxima (PAS MAX), média da pressão arterial sistólica e diastólica em vinte e quatro horas (MPAS24H / MPAD24H), descenso sistólico e diastólico foram correlacionados com os valores mínimos, médios e máximos de temperatura e de umidade relativa do ar, no período de janeiro a dezembro de 2016. Também não foram encontradas diferenças significativas quando os resultados dos MAPAS dos 902 pacientes foram comparados com cada uma das variáveis contínuas obtidas - idade, valores mínimos, médios e máximos de MPASV, MPADV, MPASR, MPADR, PAS MÍN, PAS MAX, MPAS24H, MPAD24H descenso sistólico e diastólico, temperatura e umidade relativa do ar. **Conclusão:** Apesar da grande variação de temperatura e umidade relativa do ar verificada ao longo do ano na região de realização da coleta dos dados, essa variação não demonstrou influência significativa sobre a pressão arterial sistêmica na população estudada. Novos estudos comparativos em uma mesma população com diferentes variações térmicas poderão trazer maiores esclarecimentos sobre esse tema.

Palavras-chave: Pressão sanguínea. Risco cardiovascular. Temperatura ambiental.

