32/S04

VOLUME 32 - SUPLEMENTO 04
ABRIL DE 2022
E-ISSN: 2238-3182
ISSN: 0103-880X

RMMG

Revista Médica de Minas Gerais

II CONACME

CONGRESSO ACADÊMICO DE CARREIRA MÉDICA DA UFV

Suplemento do II Congresso Acadêmico de Carreira Médica da UFV - II CONACME

Revista Médica de Minas Gerais

EDITOR CHEFE
Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

VICE-EDITORA CHEFE
Maria Isabel Toulson Davisson Correia
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS
CIRURGIA
Rodrigo de Oliveira Peixoto
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - MG, Brasil

CLÍNICA MÉDICA
Enio Roberto Pietra Pedroso
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mário Benedito Costa Magalhães
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí
Pouso Alegre - MG, Brasil

Nestor Barbosa de Andrade
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG, Brasil

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Agnaldo Lopes Silva Filho
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

MEDICINA SOCIAL
Aline Dayrell Ferreira Sales
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

ORTOPEDIA
Lúcio Honório de Carvalho Junior
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PEDIATRIA
Maria do Carmo Barros de Melo
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PSIQUIATRIA
Frederico Duarte Garcia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Luciana Costa Silva
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL
Ahmed Helmy Salem
Assiut University Hospitals & Faculty of Medicine Tropical Medicine & Gastroenterology Department
Assiut EGYPT

Aldo da Cunha Medeiros
Centro Ciências da Saúde da UFRN
Natal - RN, Brasil

Almir Ribeiro Tavares Júnio
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil
Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Aroldo Fernando Camargos
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Bruno Caramelli
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Bruno Zilberstein
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Carlos Teixeira Brandt
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Cor Jesus Fernandes Fontes
Faculdade de Medicina da UFMT
Cuiabá - MT, Brasil

Dulciene Maria Magalhães Queiroz
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Edmundo Anderi Júnior
Faculdade de Medicina do ABC
São Paulo, SP - Brasil

Enio Cardillo Vieira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Fábio Leite Gastal
Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre - RS, Brasil

Fabio Zicker
Organizaçao Mundial da Saúde
Genebra, SUIÇA

Federico Lombardi
Universtá degli Studi di Milano
Milano, ITALY

Francisco José Dutra Souto
Universidade Federal do Mato Grosso
Cuiabá - MT, Brasil

Genival Veloso de França
Centro de Ciências da Saúde da UFPB
João Pessoa - PB, Brasil

Georg Petroianu
Department of Cellular Biology & Pharmacology Herbert Wertheim College of Medicine
Florida International University
Miami, FL - USA

Gerald Minuk
University of Manitoba, Department of Internal Medicine
Manitoba, CANADA

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Giselia Alves Pontes da Silva
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Henrique Leonardo Guerra
PUC Minas
Belo Horizonte - MG, Brasil

Henrique Neves da Silva Bittencourt
Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine - Universite de Montreal
Montreal - QC, CANADÁ

Jacques Nicoli
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Jair de Jesus Mari
Faculdade de Medicina da UNIFESP
São Paulo - SP, Brasil

João Carlos Pinto Dias
Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ
Belo Horizonte - MG, Brasil

João Carlos Simões
Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)
Curitiba, PR - Brasil

João Galizzi Filho
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

José Carlos Nunes Mota
Departamento de Medicina da UFS
Aracaju, SE - Brasil

José da Rocha Carvalheiro
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
São Paulo, SP - Brasil

Leonor Bezerra Guerra
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Armando Cunha de Marco
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Henrique Perocco Braga
McMaster University, Department of Surgery/Urology
Hamilton, Ontário, Canadá

Manoel Roberto Maciel Trindade
Departamento de Cirurgia da UFRGS
Porto Alegre, RS - Brasil

Marco Antonio de Avila Vitoria
Organização Mundial da Saude - OMS
Genebra, SUIÇA

Marco Antonio Rodrigues
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Maria Inês Boechat
Dept. of Radiological Sciences
David Geffen School of Medicine at UCLA
University of Califórnia
Los Angeles - CA, USA

Mauro Martins Teixeira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mircea Beuran
Clinical Emergency Hospital Bucharest
Bucharest, ROMENIA

Naftale Katz
Fundação Oswaldo Cruz,
Centro de Pesquisas René Rachou
Belo Horizonte - MG, Brasil

Nagy Habib
Imperial College London. Department of Surgery
London, UK

Nicolau Fernandes Kruel
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e UNISUL
Florianópolis. SC - Brasil

Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Orlando da Silva
Department of Paediatrics, UWO
Neonatal Intensive Care Unit
London, Ontario, Canadá

Paulo Roberto Corsi
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP
São Paulo, SP - Brasil

Pedro Albajar Viñas
Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suiça

Pietro Accetta
UFF / Faculdade de Medicina
Niterói - RJ - Brasil

Protásio Lemos da Luz
Universidade de São Paulo - Incor
São Paulo - SP, Brasil

Renato Manuel Natal Jorge
Universidade do Porto
Porto - Portugal

Roberto Marini Ladeira
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horionte - MG, Brasil

Rodrigo Correa de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas
René Rachou, Laboratório de Imunologia
Belo Horizonte - MG, Brasil

Ruy Garcia Marques
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Sandhi Maria Barreto
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Sérgio Danilo Pena
Instituto de Ciências Biológicas - UFMG
Núcleo de Genética Médica - GENE
Belo Horizonte - MG, Brasil

William Hiatt
Colorado Prevention Center
Denver, Colorado, USA

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
32/S04

EXPEDIENTE

EDITOR GERAL:
Agnaldo Soares Lima (FM/UFMG)

EDITOR ADMINISTRATIVO:
Alan Junio Brito Guimarães (Associação Médica de Minas Gerais)

INSTITUIÇÕES MANTENEDORAS:
Associação Médica de Minas Gerais - AMMG UNIMED - BH

INDEXADA EM:
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
LATINDEX - Sistema Regional de Información em Línea para revistas Científicas da América latina, El Caribe y Portugal.

ISSN:
Versão Impressa: 0103-880X
Versão eletrônica: e-ISSN: 2238-3182

Arquivada em:
Internet Archive
Biblioteca Nacional

Disponível em:
Site: www.rmmg.org
E nos sites da:
Associação Médica de Minas Gerais
Faculdade de Medicina da UFMG
Portal de Periódicos CAPES

Início da Publicação:
v.1, n.1, jul./set. 1991

Periodicidade: Contínua

Normas para publicação, instruções aos autores e submissão de manuscritos estão disponíveis em:
Submissão de Manuscritos (Orientações aos Autores)
Sobre a RMMG (Políticas e Normas de Publicação)

Submissão de artigos:
Sistema de Gestão de Periódicos "Scholar One":
https://mc04.manuscriptcentral.com/rmmg

Correspondências:
Revista Médica de Minas Gerais
Associação Médica de Minas Gerais
Av. João Pinheiro, 161
30130-183 - Belo Horizonte- MG - Brasil
Telefone: 55 - (31) 3247-1612 /
55 - (31) 3247-1680

Diagramação:
Museale - Serviços Gráficos e Culturais
www.museale.com.br

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
32/S04

EDITORIAL

Prezados,

É com muita satisfação que nós, discentes e docentes do curso de Medicina da UFV, apresentamos o suplemento do II Congresso Acadêmico de Carreira Médica (II CONACME).

Esse evento, que teve sua segunda edição em 2021, é totalmente gratuito e online, possuindo como público alvo alunos e recém-formados dos cursos de medicina do Brasil e dos demais países da América Latina. O congresso não possui qualquer vínculo com instituições estudantis, como Centros Acadêmicos, Ligas Universitárias ou Atléticas.

Além de oferecer conhecimento de alto padrão de qualidade aos ouvintes, o corpo organizador do evento tem o desejo de fazê-lo crescer cada vez mais, alcançando resultados de abrangência e qualidade jamais vistos em eventos realizados por acadêmicos de Medicina.

Em relação às parcerias e apoios externos, pudemos contar, em nossos 2 anos de existência, com o apoio de grandes instituições médicas como:

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
2. Sociedade Mineira de Terapia Intensiva
3. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
4. Médicos sem Fronteira
5. Associação Brasileira das Ligas Acadêmicas de Cirurgia
6. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
7. Sociedade de Acadêmicos de Medicina de Minas Gerais
8. Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas
9. Colégio Brasileiro de Cirurgiões
10. Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
11. Sociedade Brasileira de Radioterapia
12. Colégio Brasileiro de Cirurgia Hepato Pancreato Biliar
13. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
14. Sociedade Mineira de Neurocirurgia
15. Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica
16. Sociedade Brasileira de Laser em Medicina e Cirurgia
17. Sociedade Mineira de Pediatria
18. SAS BRASIL
19. Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear

Obtivemos, ainda, apoio de diversas empresas que nos auxiliaram com a oferta de materiais médicos para sorteios entre os congressistas, assim como tivemos o auxílio em marketing de centros acadêmicos, atléticas e influenciadores digitais da área médica espalhados por todo o Brasil.

Ao todo, foram mais de 40 palestras e mais de 90 palestrantes que contribuiram para a construção deste grande projeto. No total, nosso evento já impactou mais de 4000 pessoas, alcançando todos os estados brasileiros, além de ouvintes de países da América Latina. De acordo com a pesquisa posterior ao evento, realizada com os participantes, alcançamos aproximadamente 98% de aprovação do nosso público.

Em 2021, recebemos inúmeros trabalhos científicos, que após uma rigorosa seleção, 13 deles foram aprovados para apresentação em formato de pôster e 15 trabalhos foram aprovados para apresentação oral e posterior publicação nesse suplemento.

Diante desses dados, observando o sucesso e o impacto do evento, temos a inteção de crescer cada vez mais e continuar impactando a educação médica brasileira.

Atenciosamente,

Felipe Azevedo Rong

Carolina Henrique da Silva

Presidentes Discentes – CONACME

03 de Março de 2022

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
32/S04

CARTA AO EDITOR

Ao corpo editor da Revista Médica de Minas Gerais,

O II CONACME-UFV (II Congresso Acadêmico de Carreira Médica da Universidade Federal de Viçosa), ocorrido entre os dias 21 e 24 de outubro de 2021, é resultado de um anseio dos estudantes da Universidade Federal de Viçosa em se aprofundarem sobre as carreiras médicas e suas projeções. Para tanto, reuniram-se palestrantes de referência nacional e internacional e avaliadores competentes com objetivo de proporcionar alta qualidade ao evento e aos trabalhos.

No congresso, tivemos oportunidades de trocar experiências, aprofundar em assuntos relevantes para a carreira médica e subsidiar os ouvintes na escolha do caminho profissional do futuro. Os congressistas conseguiram finalizar o evento conhecendo melhor diversas carreiras clínicas, cirúrgicas, clínico-cirúrgicas, além de aprender com profissionais renomados temas alicerces da construção de uma boa carreia médica.

Gostaria de agradecer aos mais de 40 patrocinadores e apoiadores, além de mais 11 sociedades médicas que tornaram o evento possível.

Por fim, engrandecemos a segunda edição do evento com a publicação dos trabalhos científicos nesta renomada revista científica. Como pediatra e coordenadora do curso de medicina da UFV, certifico a qualidade dos trabalhos aprovados nos quesitos elaboração e conteúdo, que cumprem o método científico pela avaliação por dois avaliadores competentes, e que foram aprovados aqueles com maior pontuação, tendo como ponto de corte o mínimo de 80%. Além disso, certifico a ausência de plágio e outras práticas danosas.
Tenho certeza de que o CONACME contribuiu positivamente para a formação acadêmica dos mais de 2000 inscritos, entregando um conteúdo de excelência e possibilitando uma troca construtiva entre as partes envolvidas.

Brunnella Alcantara Chagas de Freitas
CRMMG 30980

LISTA DE PATROCINADORES:

PATROCINADORES
Ama Baby
Atena editora
BioMinas
Boticário Viçosa
CardioCenter
Centro Imagem
Doity
Editora Pasteur
Education First
English Live
Estratégia MED
Haskell
Instituto Gestate
IPEMED AFYA
Iphone Direct
JALEKO
Loja Mimos da Bia Presentes
Manole Educação
MD Spirit
MedAula
MedBeta
MedCapital
MedRoom
Movimento Médicos Atletas
PebMed
Praxedes Livros
Prof. Cris Reumato
Prof. Lucas
Querym
Riole
Seringa
SIMM Emergências Médicas
SJTMed
Smart Med
Somiti
Super Cabo
Unimed Viçosa
Vivenda Naturales

SOCIEDADES PARCEIRAS
SOCIEDADES PARCEIRAS
ABMLPM
SBCO
SBRT
CBCHPB
SBGG
SMN
CIPE
SBLMC
SMP
SAS BRASIL
SBMN

Nenhum patrocinador ou sociedade parceira teve qualquer participação na produção dos artigos ou do suplemento.

Resumo

COMPLEXO DE VON MEYENBURG: relato de caso

Kaique Pereira Amorim [1], Karina Yara Martins[2], Sarah Gomes Campos Moura[3], Daniela Emerick Pereira[4], Catarina Maria de Oliveira Nogueira Sedyiama[5], Sarah Fonseca dos Reis[6]

[1] Graduado em Medicina pelo Centro Universitário Presidente Antonio Carlos, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil; [2] Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil; [3] Graduada em Medicina pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil; [4] Graduada em Medicina pela Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil; [5] Docente em Medicina pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil; [6] Docente em Medicina pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Kaique Pereira Amorim - kaiquepamorim@gmail.com

Introdução: Os hamartomas de vias biliares, conhecidos como complexo de Von Meyenburg (CVM), são lesões hepáticas benignas secundárias a má-formação dos ductos biliares intra-hepáticos. Trata-se de entidade rara na prática clínica, geralmente assintomática, com importância no diagnóstico diferencial de lesões hepáticas, visto que podem mimetizar outras lesões multifocais, como doenças císticas e metástases. **Descrição do caso:** E.T.S.B, feminina, 40 anos, branca, procedente de São Miguel do Anta - MG. Paciente admitida em Pronto Atendimento de hospital do município de Viçosa - MG, apresentando dor em andar superior do abdome com irradiação para o dorso à direita, com 24 horas de evolução, sem melhora com uso de anti-inflamatórios e analgésicos opioides, associada a náuseas e vômitos. Previamente hipertensa e tabagista. Investigação inicial evidenciava: Transaminase Oxalacética 52 U/l (normal até 31 U/l), Transaminase Pirúvica 36 U/l (normal até 34 U/l), Fosfatase Alcalina 140 (normal de 27 a 100 U/l), Gama Glutamil Transferase 200 (normal até 50 U/l), Bilirrubina Direta 0,07, Bilirrubina Indireta 0,24 (valores de referência de acordo com interpretação clínica). Ultrassonografia de abdome: fígado de dimensões e contornos normais, com ecotextura heterogeneamente grosseira e difusa, com leve dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Prosseguiu-se investigação com colangiorressônancia que demonstrou fígado de dimensões aumentadas, bordos finos, contornos regulares e sinal heterogêneo à custa de inúmeros diminutos focos de hipersinal em T2, sem restrição à difusão, difusos no parênquima, sugerindo CVM. Ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Demais estruturas sem alterações. Realizado seguimento clínico sem novas intervenções, com cessação da dor abdominal após analgesia venosa. Optado por acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** CVM são malformações hepáticas benignas resultantes de defeitos na formação das placas ductais em que há interrupção do remodelamento das mesmas em uma fase tardia da embriogênese dos ductos biliares intra-hepáticos,[1,2] caracterizando-se como doença hepática fibropolicística.[2,3,4,5] Eventualmente pacientes podem apresentar sintomas em decorrência de hepatomegalia ou por desenvolverem hipertensão portal, colestase, infecção e hemorragia dos cistos.[2,4] **Conclusão:** Apesar de rara, é importante sua inclusão como diagnóstico diferencial de lesões hepáticas benignas e malignas. Por guardar semelhanças morfológicas com implantes secundários em território hepático, a identificação eficaz dessas lesões por exames de imagem evita abordagens invasivas desnecessárias, investigação prolongada e onerosa e trauma emocional ao paciente. Sua relação causal com malignidade não está bem estabelecida, merecendo olhar atento a sinais de alarme enquanto ainda não constituído o valor do rastreio de neoplasia de vias biliares nestes pacientes.

Palavras-chave: Doenças dos Ductos Biliares; Hamartomas; Vias Biliares Intra-Hepáticas.

1. Jáquez-Quintana JO, Reyes-Cabello EA, Bosques-Padilla FJ. Multiple Biliary Hamartomas, The ''Von Meyenburg Complexes''. Ann Hepatol. 2017 Sep-Oct;16(5):812-13. (7)
2. Araujo RF, Cavalcante RC, Souza LRQ, Souza GD. Complexo de Von Meyenburg: revisão de literatura. Rev Med Saude Brasilia. 2016;5(3):248-54. (1)
3. Bhalla A, Mann SA, Chen S, Cummings OW, Lin J. Histopathological evidence of neoplastic progression of von Meyenburg complex intrahepatic cholangiocarcinoma. Hum Pathol. 2017 Sep;67:217-24. (9)
4. Esseghaier S, Aidi Z, Toujani S, Daghfous MH. A starry sky: Multiple biliary hamartomas. Presse Med. 2017 Jul-Aug;46(7-8 Pt 1):787-88. (2)
5. Salemis NS, Katikaridis I, Zografidis A. Von Meyenburg Complexes Mimicking Diffuse Metastatic Liver Disease. J Gastrointest Cancer. 2019; 50:972-4. (3)

Resumo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CIRURGIA PLÁSTICA NO BRASIL

Kaique Augusto Marques de Campos [1], Luciano Scher Fernandes[2]

Introdução: A compreensão por estética vem sofrendo importantes alterações ao longo dos anos e a busca por procedimentos reparadores está em expansão em todo o mundo. No Brasil, essa realidade vem ganhando cada vez mais adeptos e só em 2019 foram aproximadamente 1,5 milhão de métodos cirúrgicos, o que corresponde a 13,1% do total mundial. **Objetivo:** Apontar as principais perspectivas epidemiológicas referentes a cirurgia plástica no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e de caráter epidemiológico, em que se considerou informações divulgadas pelo último censo da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, em 2019, e por dados obtidos pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica e Estética, em 2020. Analisou-se a prevalência de procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos no mundo, bem como sua organização nos 5 primeiros países do ranking mundial de cirurgia plástica. Além disso, no cenário nacional, foram avaliados a evolução das cirurgias reparadoras, os métodos mais buscados por faixa etária e a frequência de intervenções nos públicos masculino e feminino. **Discussão:** O Brasil, segundo os últimos dados, ocupa a segunda posição do ranking mundial de cirurgias plásticas, alcançando a marca de mais de 2,5 milhões de intervenções, sendo 58,2% referentes aos métodos cirúrgicos. As mulheres ainda são o público com maior número de interferências corporais representando 86,9% do total, sendo a mamoplastia de aumento o procedimento mais comum, seguida da lipoaspiração. Em relação a faixa etária, a mais prevalente foi a de 19 a 50 anos e a menor parcela foi a de crianças de até 12 anos e de jovens de até 18 anos, no entanto, estudos mais recentes apontam que houve um crescimento de mais de 140% nos últimos 10 anos a respeito de intervenções realizadas em adolescentes, o que gera uma preocupação na classe médica. A respeito de métodos não cirúrgicos, houve um aumento de 32,5% nos últimos 4 anos e os procedimentos mais populares para os ambos os sexos foram toxina botulínica, ácido hialurônico e remoção de pelos. **Considerações Finais:** A busca por procedimentos reparadores está crescendo em todos os hemisférios, especialmente no Brasil, que ocupa um lugar importante no ranking. Assim, é preciso repensar sobre a consolidação dos padrões de beleza impostos para a sociedade, bem como ressaltar a necessidade de cautela e senso crítico por parte dos profissionais para minimizar os riscos e complicações que possam ocorrer.

Palavras-chave: Cirurgia Plástica, Epidemiologia, Brasil

[1]Discente de Medicina do Centro Universitário IMEPAC – Araguari, Araguari/MG, Brasil
[2]Residente de Cirurgia Geral no Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio – São Paulo/SP, Brasil
Autor Correspondente: Kaique Augusto Marques de Campos - kaiqueamcampos@hotmail.com

Referências:

1.GOMES, O. S., *et al*. Cirurgia plástica no Brasil: uma análise epidemiológica. Revista Eletrônica Acervo Científico, 2021, 24:1-9.
2.ISAPS. International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2019. 2019. Disponível em: https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf. Acesso em: 06 de out de 2021.
3.SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBCP). Censo 2018: Análise Comparativa das Pesquisas 2014, 2016 e 2018. 2019. Disponível em: http://www2.cirurgiaplastica.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Apresentac%CC%A7a%CC%83o-Censo-2018_V3.pdf. Acesso em: 06 de out de 2021.

Resumo

ENDOMETRIOSE SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA COM DISSEMINAÇÃO LINFONODAL

Giovanna Bertolino Vieira [1], Eduardo Paul Chacur[2], Rodrigo Pascoal Prad [2], Samuel Moraes Ielo[3], Carolina de Almeida Ito Brum [4].

[1]Acadêmica do curso de Medicina, Universidade Federal de Catalão, Catalão, GO, Brasil; [2]Docentes do curso de Medicina, Universidade Federal de Catalão, Catalão, GO, Brasil; [3]Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo, Faculdade de Medicina de Botucatu, e médico na instituição Serviço de Endoscopia Digestiva, Catalão, GO, Brasil;
4 Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Catalão e médica patologista na instituição Laboratório de Anatomia Patológica de Catalão, Catalão, GO, Brasil.

Autor correspondente: Giovanna Bertolino Vieira - giovannabertolino@discente.ufcat.edu.br

Introdução: Endometriose ocorre devido a proliferação de tecido endometrial fora do útero[1], raramente acometendo intestino delgado e cólon[2]. Diagnóstico é considerado ainda difícil, particularmente quando se apresenta como quadro de obstrução aguda abdominal, devendo ser considerado como diagnósticos diferenciais doenças inflamatórias e neoplasia maligna[2]. Obstrução intestinal associada a endometriose é rara e o envolvimento linfonodal é considerado incomum[3,4]. Relatamos o caso de uma paciente com endometriose em topografia de apendicectomia prévia, com disseminação para linfonodos regionais. **Metodologia:** Mulher, 34 anos, submetida a apendicectomia prévia há dois anos, com suspeita de neoplasia no apêndice. O estudo anatomopatológico evidenciou endometriose na serosa e apendicite aguda supurativa. Recentemente foi internada com quadro de abdômen agudo obstrutivo e submetida a colectomia parcial à direita. No ato cirúrgico, foi evidenciada massa tumoral em topografia de ceco, aderida ao íleo terminal e peritônio sem lesões sugestivas de implantes. Estudo anatomopatológico revelou massa tumoral heterogênea, em topografia de apêndice cecal, medindo 3,5 x 3,0 cm, com aderência das alças intestinais, determinando importante redução luminal. O ceco mostrava protuberância com mucosa de aspecto granular e apagamento do pregueamento. À microscopia, observou-se glândulas endometriais envoltas por estroma, sem atipias. O tecido endometrial permeava desde a serosa até a camada submucosa. Associavam-se áreas de hemorragia e formação de tecido fibrótico ao redor. Foi observado tecido endometrial permeando dois dentre dezesseis linfonodos pericólicos examinados. Não havia evidências de malignidade. **Discussão:** Em amplo estudo, Prystowsky, Stryker, Ujiki, Poticha[5] observaram que endometriose intestinal com quadro obstrutivos correspondiam a cerca de 0,1 – 0,7% dos casos, corroborando para a situação incomum do caso apresentado. O envolvimento linfonodal embora raro demonstra evidências que as células endometriais apresentam capacidade de disseminação por via linfática, comum aos adenocarcinomas[3]. No presente caso, o quadro clínico de obstrução intestinal aguda foi indicativo de tratamento cirúrgico, considerando como diagnóstico diferencial a possibilidade de neoplasia maligna. O diagnóstico de endometriose só foi possível após estudo anatomopatológico, o qual evidenciou, ainda, endometriose acometendo linfonodos regionais. **Conclusão:** Endometriose pode se apresentar como quadro obstrutivo intestinal e simular neoplasias malignas, inclusive com acometimento linfonodal regional. Em mulheres em idade fértil, os cirurgiões devem considerar essa possibilidade como diagnóstico diferencial, ainda que haja evidências de disseminação linfonodal. Portanto, o atendimento multidisciplinar deve ser incentivado para garantir a avaliação correta e melhorar o manejo dessas pacientes.

Palavras-chave: Adenocarcinoma; Endometriose; Neoplasias do Ceco.

Referências:

1. Koyama R, Aiyama T, Yokoyama R, Nakano S. Small Bowel Obstruction Caused by Ileal Endometriosis with Appendiceal and Lymph Node Involvement Treated with Single-Incision Laparoscopic Surgery: A Case Report and Review of the Literature. Am J Case Rep. 2021 feb 23; 22(439): e930141-1- e930141-7.
2. Katsikogiannis N, Tsaroucha AK, Dimakis K, Sivridis E, Simopoulos CE. Rectal endometriosis causing colonic obstruction and concurrent endometriosis of the appendix: a case report. J. Medical Case Rep. 2011 jul 20; 5(320): 1-4.
3. Ojeda CV, Ribeiro, LC, Aguilar-Nascimento JE. Disseminação linfática da endometriose colorretal. Rev Col Bras Cir. 2000;27(4):282-283.
4. Arataa R, Takakuraa Y, Ikedaa S, Itamotoa T. A case of ileus caused by ileal endometriosis with lymph node involvement. Int J Surg Case Rep. 2018 dec 12;54 (2019): 90–94.
5. Prystowsky JB, Stryker SJ, Ujiki GT, Poticha SM. Gastrointestinal endometriosis. Incidence and indications for resection. Arch Surg. 1988 Jul;123(7):855-8.

Resumo

ERITEMA GYRATUM REPENS: nem sempre uma paraneoplasia cutânea

Ofonime Chantal Udoma-Udofa [1], Yuli Mendes de Souza [1], Igor Cruz de Paula (ORCID:) [1], Juliana Lopes de Oliveira Reis [1], Carmen Giuliana Flores Alegria [1], Maria Christina Marques Nogueira Castanon [2]

[1]Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil; [2]Professora Titular do Departamento de Morfologia do ICB da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. Autor correspondente: Ofonime Chantal Udoma-Udofa - chanrich2000@gmail.com

Introdução: O Eritema Gyratum Repens (EGR), descrito em 1952 por John Gammel, é uma dermatose rara e de aparência às vezes bizarra, caracterizada por placas anulares eritematosas com descamação periférica, organizadas em faixas paralelas e concêntricas semelhantes a veios de madeira[1]. As lesões, tipicamente pruriginosas, possuem padrão migratório e crescimento centrífugo[1]. Possui maior prevalência em caucasianos, idade média de 63 anos, com proporção entre homens e mulheres de 2:1[2]. Aproximadamente, 82% dos casos estão associados à malignidade visceral, sendo mais prevalente em neoplasias pulmonares, esofágicas e mamárias[2,3]. Recentemente, houve a associação com doenças não-neoplásicas, inclusive COVID-19[4,5]. **Objetivo:** Revisar a literatura acerca do EGR, suas características clínicas, histopatológicas e correlações com outras doenças. **Metodologia:** Revisão bibliográfica com pesquisa no PubMed e na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando-se o descritor Erythema Gyratum Repens. Foram incluídos artigos dos últimos 5 anos com foco no EGR. Foram excluídas revisões, artigos incompletos, indisponíveis e/ou duplicados. Das 73 publicações encontradas, 15 foram utilizadas. **Discussão:** Nesta revisão, o EGR mostrou poupar face e região palmo-plantar, com maior prevalência em tronco e membros inferiores[6,7]. Apresenta-se, comumente, como manifestação cutânea de uma neoplasia visceral. Entretanto, nesta revisão, evidenciou-se diagnóstico de neoplasia em apenas 40% dos casos, enquanto os demais estavam associados a outras doenças, como farmacodermia[8], Vasculite Urticariforme e Síndrome de Sjogren[9], Artrite reumatoide[9], Lúpus Eritematoso Bolhoso[10], Pitiríase Rubra[11], infecção por H. pylori[11] Pneumonia em organização criptogênica[12], e, inclusive, COVID-19[4,5]. Logo, o EGR não é uma paraneoplasia obrigatória, como descrita primariamente. O diagnóstico é essencialmente clínico, mas biópsia cutânea é comumente realizada para afastar outras doenças. A histopatologia é inespecífica, caracterizada por hiperceratose, paraceratose, acantose leve, espongiose focal e discreto infiltrado inflamatório linfo-histiocitário perivascular[7]. A fisiopatologia não está elucidada. Dentre as hipóteses sugeridas estão: reação cruzada de antígenos tumorais; transformação de proteínas da pele em antígenos, por indução do tumor; e/ou deposição de imunocomplexos na membrana basal[12]. Não existe tratamento específico para EGR, podendo ocorrer resolução espontânea ou após tratamento da doença de base. **Conclusão:** Originalmente descrito como síndrome paraneoplásica, é mandatório investigação direcionada a neoplasias, especialmente, viscerais. Entretanto, frente a patogênese controversa e dados da literatura atual, o EGR, possivelmente, relaciona-se a um espectro maior de doenças não sendo uma paraneoplasia obrigatória, mas que, provavelmente, decorre de mecanismos imunomediados tanto por neoplasias quanto pelas doenças supracitadas. O trabalho limita-se pelo número reduzido de publicações na área. Sugere-se a realização de estudos com coortes maiores.

Palavras-chave: Eritema; Histopatologia; Pele; Síndrome Paraneoplásica

Referências:

1. Gammel J. Erythema Gyratum Repens; skin manifestations in patient with carcinoma of breast. AMA Arch Derm Syphilol. 1952; 66(4):494-505.
2. Rongioletti F, Fausti V, Parodi A. Erythema gyratum repens is not an obligate paraneoplastic disease: a systematic review of the literature and personal experience. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;28(1):112-115.
3. Liau MM, Long V, Yang SS. Erythema gyratum repens: a paraneoplastic eruption. BMJ Case Rep. 2016.
4. Peres G, Miot HA. Erythema gyratum repens following COVID-19 infection.[carta] Int J Dermatol. 2021.
5. Castro Silva, R., Castro Silva, G., Castro Silva, M. C., & Lupi, O. Erythema gyratum repens after COVID-19. [carta] Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2021 Aug 07.
6. Rao AG, Farheen SS, Amit K, Reddy UD, Aparna K, Kranthi J, *et al*. Erythema Gyratum Repens Associated With Diffuse B-cell Lymphoma-Report of A Rare Case. Indian J Dermatol. 2019;64(4):338
7. Matta A. A Rare Case of Erythema Gyratum Repens Associated With Esophageal Carcinoma. Cureus. 2020;12(8):e 9971.
8. Sasidharanpillai S, Rahima S, Binitha MP, Latheef ENA, Govindan A, Prashant D, *et al*. Erythema Gyratum Repens as a Manifestation of Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms. Indian J Dermatol. 2019;64(1):77-80.
9. Fukunaga M, Harada K, Mae K, Wakamatsu K, Kiriyama N, Tsuboi R, *et al*. Erythema Gyratum Repens-Like Purpura in a Patient with Sjögren Syndrome. Case Rep Dermatol. 2017;9(2):40-43.
10. Da Silva Sousa AC, Campos M, Oliveira A, Menezes N, Tente D, Baptista A. Bullous lupus erythematosus with an erythema gyratum repens-like pattern. Dermatol Online J. 2019; 25(1):13030/qt0nt6h49v.
11. Ridge A, Tummon O, Laing M. Response to "Transformation from pityriasis rubra pilaris to erythema gyratum repens-like eruption without associated malignancy: A report of 2 cases". JAAD Case Rep. 2019;5(5):461-462.
12.Samotij D, Szczech J, Bencal-Kusinska M, Reich A. Erythema gyratum repens associated with cryptogenic organizing pneumonia. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2016;82(2):212-3.
13. Sauvageau AP, Mojeski J, Fiorica TW, Miller CC. Erythema Gyratum Repens in Long-Term Smoker. Case Rep Dermatol. 2019; 11(3):268-272.
14. Prouty M, Liu D. Erythema Gyratum Repens Associated with Anal Cancer. N Engl J Med. 2019; 380(3):e3.
15. Grilletta EA, Ellis DL. Paraneoplastic bullous pemphigoid presenting with erythema gyratum repens-like figurate erythema. JAAD Case Rep. 2021;12:37-39.
16. Saeed A, Hameem ZU, Modi D, Park R, Saeed A. Cutaneous paraneoplastic syndrome associated with anal squamous cell carcinoma: a rare presentation of an uncommon cancer. Curr Oncol. 2020;27(4):e433-e435.
17. Fruchter R, Shaikh G, Myers KL, Eungdamrong NJ, Lee HS, Franks AG Jr. An erythema gyratum repens variant of bullous lupus erythematosus. JAAD Case Rep. 2016;2(2):111-113.

Resumo

IMPACTO DAS INTERRUPÇÕES DAS ATIVIDADES DE CONTROLE E ELIMINAÇÃO DAS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS DECORRENTES DA PANDEMIA DE COVID-19

Aline Gomes Salles Tiburcio [1], Ana Clara Abreu Lima de Paula [2], Monique Gomes Salles Tiburcio Costa[3]

[1]Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais, Brasil; [2]Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil; [3]Docente da Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Aline Gomes Salles Tiburcio - alinetiburcio262@gmail.com

Introdução: As doenças tropicais negligenciadas (DTN) englobam 20 doenças que afetam mais de um bilhão de pessoas, especialmente comunidades pobres, mulheres e crianças em áreas tropicais[1]. Com a pandemia de COVID-19, a Organização Mundial da Saúde orientou adiamento de pesquisas, atividades de detecção ativa de casos (ACD), campanhas de administração massiva de medicamentos (MDA) e lançamento do novo roteiro para controle e eliminação de DTN. Interrupções dessas ações podem causar diversas consequências, principalmente subdiagnóstico e reemergência de infecções[2,3]. **Objetivo:** Sistematizar conhecimentos atuais acerca dos impactos da pandemia de COVID-19 sobre DTN. **Metodologia:** Revisão integrativa utilizando os descritores "neglected tropical diseases" e "COVID-19" na base de dados PubMED. Analisou-se nove artigos, entre originais e de revisão, publicados em 2020 e 2021. **Discussão:** Programas de prevenção de doenças transmitidas por vetores foram prejudicados pelo medo de contágio do coronavírus, impedindo o trabalho dos agentes de saúde nas residências, e financeiramente pelos gastos com a COVID-19[4]. O acompanhamento clínico próximo, que evita desfechos desfavoráveis de dengue e chikungunya[4], e o deslocamento aos centros de tratamento para hanseníase foram afetados pelas medidas restritivas estabelecidas na pandemia[5]. Redução de cirurgias reconstrutivas e encerramento de atividades comunitárias também prejudicam o bem estar de hansenianos[5]. Efeitos das medidas restritivas sobre ectoparasitoses, como fechamento de escolas, justificam a diminuição de 27% da infestação de piolhos em crianças em idade escolar[6]. Ademais, algumas helmintíases moderadas a graves apresentaram prevalência semelhante com e sem interrupção da quimioterapia preventiva (QP)[7]. Estratégias de mitigação podem reduzir em um ou dois anos a recuperação desse programa[7]. Para *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura* é recomendado um ano de QP semestral em toda comunidade para compensar um ano sem QP[7]. Carga de infecção, adesão de adultos e disponibilidade do praziquantel interferem na prevalência de esquistossomose, e o adiamento de um ano da MDA pode atrasar dois anos ou mais a eliminação da infecção por *Schistosoma mansoni*[8]. Na pandemia, prevê-se aumento de casos de Leishmaniose visceral pela falta de ACD e de controle vetorial com pulverização de inseticidas, podendo atrasar em até sete anos o alcance da meta de eliminação, sendo o impacto maior se a interrupção deste programa ocorrer nos primeiros cinco anos[9]. **Conclusão:** O impacto das interrupções nos programas de controle das DTN, especialmente na pandemia, depende de financiamento, fase e duração da interrupção, adesão de MDA e endemicidade de pré-controle, sendo necessário manter estratégias de mitigação para encurtar o tempo de alcance da meta de eliminação das DTN.

Palavras-chave: Administração massiva de medicamentos; COVID-19; Doenças tropicais negligenciadas

Referências:

1. World Health Organization. Neglected tropical diseases. Acesso em 2021 Out 5. Disponível em https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_1
2. Chaumont C, Kamara K, Baring E, Palacio K, Power A, Lancaster W. The SARS-CoV-2 crisis and its impact on neglected tropical diseases: threat or opportunity? PLoS Negl Trop Dis. 2020 Sep 21;14(9): e0008680. doi: 10.1371/journal.pntd.0008680. PMID: 32956353.
3. Toor J, Adams ER, Aliee M, Amoah B, Anderson RM, Ayabina D *et al*. Predicted Impact of COVID-19 on neglected tropical disease programs and the opportunity for innovation. Clin Infect Dis. 2021 Apr 26; 72(8): 1463-1466.
4. Dantés HG, Manrique-Saide P, Vazquez-Prokopec G, Morales FC, Siqueira Junior JB, Pimenta F *et al*. Prevention and control of Aedes transmitted infections in the post-pandemic scenario of COVID-19: challenges and opportunities for the region of the Americas. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2020; 115: e200284. doi: 10.1590/0074-02760200284. PMID: 32785481.
5. de Barros B, Lambert SM, Negera E, de Arquer GR, Sales AM, Darlong J, *et al*. An assessment of the reported impact of the COVID-19 pandemic on leprosy services using an online survey of practitioners in leprosy referral centres. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2021 Jun 2. doi: 10.1093/trstmh/trab084. PMID: 34077950.
6. Miguel DC, Brioschi MBC, Rosa LB, Minori K, Grazzia N. The impact of COVID-19 on neglected parasitic diseases: what to expect? Trends Parasitol. 2021 Aug; 37(8): 694-97.
7. Malizia V, Giardina F, Vegvari C, Bajaj S, McRae-McKee K, Anderson RM *et al*. Modelling the impact of COVID-19-related control programme interruptions on progress towards the WHO 2030 target for soil-transmitted helminths. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2021 Mar 6; 115(3): 253-60.
8. Kura K, Ayabina D, Toor J, Hollingsworth TD, Anderson RM. Disruptions to schistosomiasis programmes due to COVID-19: an analysis of potential impact and mitigation strategies. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2021 Mar 6; 115(3): 236-44.
9. Le Rutte EA, Coffeng LE, Muñoz J, de Vlas SJ. Modelling the impact of COVID-19-related programme interruptions on visceral leishmaniasis in India. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2021 Mar 6; 115(3): 229-35.

Resumo

PARACOCCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL COMPLICADA COM ESTENOSE DE JEJUNO: relato de caso

Amanda Aparecida de Oliveira Rocha [1]; Daniela Emerick Pereira[1]; Kaique Pereira Amorim [1]; Nayara Trigo Marçal [1]; Rodolpho Poeys Lima[2]; Bruno Santos Soares [3]

Introdução: A Paracoccidioidomicose, causada pelos fungos *Paracoccidioides brasiliensis* e *Paracoccidioides lutzii,* é uma micose sistêmica endêmica do Brasil. É adquirida através da inalação do fungo, sendo mais frequente o acometimento pulmonar. Porém, pode afetar pele e outros órgãos internos. **Descrição do caso:** M.A.R.M., 34 anos, feminina, parda, lavradora, procedente de Presidente Bernardes – Minas Gerais. Ex-tabagista, com história prévia de infecção por *Paracoccidioides brasiliensis* há 12 anos, com tratamento prévio irregular e internação há 1 ano devido a paracoccidioidomicose sistêmica grave com acometimento linfonodal/intestinal (tratada). Admitida em hospital no município de Viçosa - Minas Gerais, com quadro de náuseas e vômitos incoercíveis com 15 dias de evolução, associado a epigastralgia de forte intensidade, intermitente e com piora após alimentação. Iniciado analgésicos, antieméticos e procinéticos orais e endovenosos, sem melhora do quadro. Realizada Tomografia Computadorizada de abdome, que evidenciava espessamento e realce das paredes de algumas alças de delgado, de natureza infecciosa, principalmente em segmento de alça jejunal na fossa ilíaca esquerda, de aspecto estenosante, promovendo dilatação segmentar a montante. Submetida à abordagem cirúrgica com laparotomia e enterectomia de jejuno com enteroanastomose primária, com biópsia evidenciando alterações típicas de Paracoccidioidomicose. Tratada também com Anfotericina B por 14 dias. Após, evoluiu com melhora importante dos sintomas, recebendo alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial, em uso de Itraconazol 200mg/dia por 12 meses. **Discussão:** O fator de risco mais importante para aquisição da infecção é a exposição laboral ao solo contaminado com o fungo, além de tabagismo e alcoolismo.[1,3] A paracoccidioidomicose pode apresentar evolução aguda, subaguda ou crônica, e pode acometer um ou mais órgãos, sendo sua clínica dependente de sua localização.[1] O trato gastrointestinal (TGI) eventualmente é acometido, porém é relacionado a casos mais graves.[1, 3] Como complicações da paracoccidioidomicose no TGI, podemos ter desde hiperemia e erosões até ulcerações, fistulas e estenoses.[3] O tratamento farmacológico é realizado com sulfametoxazol e trimetoprima, ou itraconazol, sendo reservada a anfotericina B para casos graves da doença.[2] **Conclusão:** No Brasil, deve-se considerar a paracoccidioidomicose como importante diagnóstico diferencial, principalmente, em pacientes com fatores de risco para a infecção. A investigação deve ser individualizada, uma vez que a clínica é ampla e representa um desafio diagnóstico e terapêutico. O acometimento intestinal, embora menos frequente, deve ser pesquisado, uma vez que, pode produzir quadros obstrutivos graves ou simular neoplasias.

Palavras-chave: Infecções Micóticas, Obstrução Intestinal; Paracoccidioidomicose.

Referências:

1. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Queiroz-Telles F de, Kono ASG, Paniago AMM *et al.* Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2017;50(4):1-26.
2. Wanke B, Aidê MA. Paracoccidioidomycosis. J Bras Pneumol. 2009;35(12):1245-1249
3. Pereira PMR,Akel PBM, Lima LL, Kimura EM, Jalkh AP. Paracoccidioidomicose sistêmica multifocal - desafio diagnóstico por manifestação cutânea tardia. An Bras Dermatol. 2011;86(1):149-52.

[1] Médicos Residentes em Clínica Médica pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa – Minas Gerais, Brasil
[2] Médico especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Associação Médica Brasileira. Preceptor da residência de Clínica Médica pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
[3] Médico especialista em Clínica Médica pelo Hospital Júlia Kubitscheck – FHEMIG. Preceptor da residência de Clínica Médica pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Amanda Aparecida de Oliveira Rocha - amanda_oliveirarocha@live.com

Resumo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS POR DOENÇA DE PARKINSON NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Giovana Salviano Braga Garcia [1]; Katia Glecielly Frigotto [2]

[1]Acadêmica de Medicina da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; [2]Médica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Giovana Salviano Braga Garcia - salvianogiovana@gmail.com

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) representa a segunda doença degenerativa mais comum do sistema nervoso central. O parkinsonismo é uma síndrome caracterizada por rigidez, tremor, bradicinesia e instabilidade postural, da qual a DP é a principal causa. É uma doença progressiva, que afeta principalmente indivíduos maiores de 60 anos. Em relação ao perfil epidemiológico, a literatura cita que a incidência da DP é maior nos homens, e em pessoas idosas. Entretanto, quando comparados com indivíduos sem DP da mesma idade, a literatura mostra que os pacientes mais jovens com DP têm um risco de mortalidade maior do que os pacientes em faixas etárias mais elevadas. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por DP no estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo utilizando dados referentes às internações por DP realizadas no estado de Minas Gerais, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2020. Os dados foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e as variáveis selecionadas foram: sexo, faixa etária e taxa de mortalidade. O programa *Microsoft Excel* foi utilizado para tabulação e análise dos dados. **Resultados:** Foram analisados dados da internação de 734 pacientes. Em relação ao sexo, 39,23% (n = 288) eram do sexo feminino e 60,73% (n = 446) do masculino. As faixas etárias com maior número de internações foram 60 a 69 anos (30,24%), 50 a 59 anos (22,61%) e 70 a 79 anos (21,93%). As faixas etárias que apresentaram menor número de internações foram: 0 a 15 anos e 20 a 29 anos, que não registraram nenhuma internação, seguido de 15 a 19 anos (0,13%) e 30 a 39 anos (0,95%). Durante o período estudado a taxa média de mortalidade nas internações foi de 6,68%, sendo mais elevada no sexo feminino (7,64%), e nas faixas etárias: 80 anos ou mais (20,0%), 30 a 39 anos (14,29%) e 70 a 79 anos (9,94%). **Conclusão:** Foi observado que as internações por DP predominam no sexo masculino, porém o sexo feminino apresentou uma maior taxa de mortalidade. As faixas etárias mais avançadas apresentaram maior número de internações, como também maior taxa de mortalidade. Entretanto, a segunda maior taxa de mortalidade nas internações foi ocupada por indivíduos de 30 a 39 anos. Tais dados reforçam a necessidade da investigação dos quadros de DP, principalmente em faixas etárias mais jovens e sexo feminino.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Epidemiologia; Neurologia.

Referências:

1. Dinter E, Saridaki T, Diederichs L, Reichmann H, Falkenburger BH. Parkinson's disease and translational research. Transl Neurodegener. 2020 Dec 1;9(1):43. doi: 10.1186/s40035-020-00223-0. PMID: 33256849; PMCID: PMC7708097.
2. Halli-Tierney AD, Luker J, Carroll DG. Parkinson Disease. Am Fam Physician. 2020 Dec 1;102(11):679-691. PMID: 33252908.
3. Steidl EMS, Ziegles JR, Ferreira FV. Doença de Parkinson: Revisão bibliográfica. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria. 2007;8(1):115-129.
4. Teive HAG. Etiopatogenia da Doença de Parkinson. Rev Neurociencias 2005; 13(4): 201- 214.
5. Lau LML, Breteler MMB. Epidemiology of Parkinson's disease. The Lancet. Neurology. 2006;5(6):525-535.
6. Fernandes I, Filho ASA. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Parkinson em Salvador-Bahia. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. 2018 Jan./Abr;22(1):45-59.

Resumo

CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PORTADOR DO VÍRUS DA HEPATITE DELTA

Loren Mendes Souza [1], Anita Rachel Silva Pimentel [2], Cláudia Fernanda Aguiar Freitas[3], Matheus de Castro Braz[4], Déborah Acássia Mamed Rodrigues Marques[5]

Introdução: A hepatite D ou delta é causada por um vírus ADN (VHD) incompleto e dependente do vírus da hepatite B (VHB) para sua replicação. Existem duas formas de infecção: coinfecção simultânea de VHB (maior hipótese de hepatites agudas graves e menor propensão à cronificação) e superinfecção (infecção pelo VHD em indivíduo com já infectado pelo VHB — relacionada à aceleração da cirrose e desenvolvimento neoplásico)[1,2.] **Relato de caso**: paciente feminina, atendida no ambulatório de hepatologia, em junho de 2021. Sessenta anos, tabagista, etilista social e procedente de Tabatinga (Amazonas), em uso de entecavir desde 2018 por hepatopatia relacionada ao VHD. Sorologia do VHB indetectável. Exames laboratoriais: bilirrubina (0,6 mg/dL), INR (1,2), AST (300 U/L), ALT (238 U/L), albumina (3,0 g/L) e alfafetoproteína (1.000 mg/ml). A avaliação topográfica demonstrou nódulo hipervascular nos segmentos VI/VII de 11 cm, com metástases pulmonares. Conforme o algoritmo do Barcelona Clinic Liver Cancer Group, o caso foi classificado como estágio C (avançado), sem indicações de transplante. O tratamento foi realizado com sorafenibe e medidas paliativas. **Discussão:** Os mecanismos moleculares pelos quais o VHD contribui para o câncer hepático ainda não foram totalmente elucidados. Até o momento, não foram identificadas causas diretas de oncogênese relacionadas ao VHD.[1,3] Pesquisas atuais afirmam que a superinfecção está associada ao desenvolvimento mais precoce de cirrose hepática e de CHC (em média 10 anos antes que os portadores apenas do VHB). Porém, ainda não foi demonstrado se o VHB e o VHD agem de maneira distinta ou em conjunto na oncogênese, ou se o fato do desenvolvimento precoce da cirrose está relacionado a maior incidência de CHC nesses pacientes[4]. **Conclusão:** A incidência de CHC está diretamente relacionada a prevalência de hepatopatia crônica e cirrose. A presença do VHD está relacionada a maior risco de desenvolvimento de CHC em comparação a monoinfecção por VHB, apesar da fisiopatologia exata permanecer indefinida [3,5,6]. Diante do exposto, é evidente a importância da profilaxia indireta da infecção pelo VHD (através da vacinação contra o VHB) e de maiores estudos relacionados ao tema, visando reduzir o número de pessoas infectadas e, em relação às políticas de saúde pública, contribuir na redução dos altos custos no tratamento das suas complicações [3,4,7].

Palavras-chave: Carcinoma hepatocelular; Cuidados paliativos; Hepatite D.

Referências:

1. Farci P, Niro GA, Zamboni F, Diaz G. Hepatitis D virus and hepatocellular carcinoma. Viruses [Internet]. 4 maio 2021 [citado 5 out 2021];13(5):830. Disponível em: https://doi.org/10.3390/v13050830
2. Gilman C, Heller T, Koh C. Chronic hepatitis delta: a state-of-the-art review and new therapies. World Journal of Gastroenterology [Internet]. 28 ago 2019 [citado 5 out 2021];25(32):4580-97. Disponível em: https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i32.4580
3. Abbas Z. Hepatitis D and hepatocellular carcinoma. World Journal of Hepatology [Internet]. 2015 [citado 5 out 2021];7(5):777. Disponível em: https://doi.org/10.4254/wjh.v7.i5.777
4. Diaz G, Engle RE, Tice A, Melis M, Montenegro S, Rodriguez-Canales J, Hanson J, Emmert-Buck MR, Bock KW, Moore IN, Zamboni F, Govindarajan S, Kleiner DE, Farci P. Molecular signature and mechanisms of hepatitis D virus–associated hepatocellular carcinoma. Molecular Cancer Research [Internet]. 1 jun 2018 [citado 5 out 2021];16(9):1406-19. Disponível em: https://doi.org/10.1158/1541-7786.mcr-18-0012
5. Alfaiate D, Clément S, Gomes D, Goossens N, Negro F. Chronic hepatitis D and hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of Hepatology [Internet]. Set 2020 [citado 5 out 2021];73(3):533-9. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.02.030
6. Abbas Z, Hamid S, Qureshi M, Jafri W. Hepatocellular carcinoma in hepatitis D: Does it differ from hepatitis B monoinfection? Saudi Journal of Gastroenterology [Internet]. 2012 [citado 5 out 2021];18(1):18. Disponível em: https://doi.org/10.4103/1319-3767.91731
7. Mahale P, Aka P, Chen X, Pfeiffer RM, Liu P, Groover S, Mendy M, Njie R, Goedert JJ, Kirk GD, Glenn JS, O'Brien TR. Hepatitis D virus infection, cirrhosis and hepatocellular carcinoma in The Gambia. Journal of Viral Hepatitis [Internet]. 14 fev 2019 [citado 5 out 2021]; 26(6):738-49. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jvh.13065

[1]Acadêmica do curso de medicina da Universidade Santo Amaro; São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil; [2]Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal do Amazonas; Manaus, Estado do Amazonas, Brasil; [3]Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa; Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil; [4]Acadêmico do curso de medicina da Universidade do Grande Rio, Barra da Tijuca, Estado do Rio de Janeiro, Brasil; [5]Médica infectologista e hepatologista da Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Machado, Manaus, Estado do Amazonas, Brasil.

Autor correspondente:
Loren Mendes Souza - loren.smendes@gmail.com

Resumo

SOLUÇOS PERSISTENTES EM PACIENTE INFECTADO POR COVID-19: um relato de caso

Lucas Gouvêa Moreira [1], Brunenlla Alcântara Chagas de Freitas [2], Mara Rubia Maciel Cardoso do Prado [3], Thayna Cristiny Fátima Cardoso [4], Gian Lucas Teixeira Caneschi [5], Wilmara Lopes Fialho [2]

[1]Acadêmico de medicina pela Universidade Federal de Viçosa; Viçosa; MG; Brasil. [2] Docente do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa; MG, Brasil. [3] Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa; Viçosa; MG; Brasil. [4] Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro; Brasil. [5] Acadêmico de Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora; Juiz de Fora; Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Lucas Gouvêa Moreira - lucas.g.gouvea@ufv.br

Introdução: Soluço é um ato inspiratório rápido, que ocorre devido uma contração espasmódica e repetida do diafragma e da musculatura intercostal externa que é interrompido por um fechamento momentâneo da glote, produzindo um som rouco[1]. A COVID-19 pode apresentar alguns sintomas neurológicos, como anosmia e disgeusia[2]. Esse estudo propõe apresentar um caso raro de soluços persistentes em um paciente com COVID-19, porquanto a necessidade de uma avaliação e cuidado especial do paciente. **Descrição do caso**: Paciente masculino, 68 anos, hipertenso, em uso de atenolol 50mg. Abriu o quadro com febre 38º e tosse, no 4º dia, iniciou soluços persistentes. Realizou exame de Transcrição Reversa- Reação em Cadeia Polimerase (RT-PCR) no 6º dia de doença: positivo para Covid-19. No 8º dia: houve melhora da febre e tosse, porém, procurou atendimento devido aos soluços. Até então, saturação 94% e Tomografia computadorizada de tórax com 5% de comprometimento. No 11º dia: piora do quadro, saturação 88%, retorno da tosse e febre, manutenção dos soluços. Foi internado no hospital, mantido em oxigenoterapia. No 14º dia: o paciente foi para o Centro de terapia intensiva (CTI), ficando por 3 dias. Retornou ao leito clínico e teve alta no 25º dia. Durante a internação, fez uso de antibióticos, broncodilatador e oxigênio. Após internação no CTI, não houve relato de soluços. **Discussão:** COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, os sintomas mais comuns incluem tosse seca, dor muscular e fadiga. Entretanto, sintomas raros foram relatados na literatura, dentre eles o soluço. A correlação entre essa infecção e os soluços não está evidente, mas pode estar relacionado a condições infecciosas, como pneumonia. A inflamação pneumocócica causa irritação do nervo frênico, desencadeando contrações espasmódicas do diafragma, o que pode ser a fisiopatologia dos soluços. A recorrência de soluços em pacientes com Covid-19 ainda não é estimada, contudo, é necessário investigar episódios de soluços persistentes, pois estes podem estar relacionados a outras patologias, como no caso apresentado. O tratamento deve focar na causa subjacente, podendo utilizar medicamentos para alívio dos soluços até descobrir sua etiologia[3,4]. No caso, o quadro de soluços desapareceu após a internação no CTI, provavelmente, devido à estabilização da infecção por COVID-19. Não foi necessário o uso de medicamentos para os soluços. **Conclusão:** Quadros de soluços persistentes em pacientes com COVID-19 são raros, porém os profissionais de saúde devem estar cientes desses sintomas atípicos para que, se confirmado, o tratamento seja iniciado e as medidas de segurança sejam tomadas para evitar a transmissão.

Palavras-chave: Covid-19; Manifestações Neurológicas; SARS-CoV-2; Sinais e sintomas; Soluço.

Referências

1) Cardoso MCA, Xavier ACF. Soluço: características e possibilidades fonoterapeuticas**.** Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia. 2011 [acesso em 2021 set 28]; 15(1). Disponível em: https://www.scielo.br/j/aio/a/jssgCpYgfdwstJK4JL3fHCy/?lang=pt.

2) Sangamesh S, Gosavi S, Shastry S, Johny SM. Hiccups and hyponatremia: Unusual co-presentation in COVID-19. J Family Med Prim Care [serial online] 2021 [cited 2021 Oct 5];10:1040-3. Available from: https://www.jfmpc.com/text.asp?2021/10/2/1040/310281

3) Sene RS. COVID-19 presenting as persistent hiccups: a case report. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**.** 2021 [acesso em 2021 set 30]; 63. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/DzLNpZQtjJhL8wCjnCxDkSC/?lang=en.

4) Prince, Garrett e Michelle Sergel. "Soluços persistentes como uma queixa de apresentação atípica de COVID-19." The American Journal of Emergency Medicine vol. 38,7 (2020): 1546.e5-1546.e6. doi: 10.1016 / j.ajem.2020.04.045

5) Ikitimur H, Uysal BB, Ikitimur B, Umiharic S, Smajic J, Jahic R, *et al*. Case report: two cases of persistent hiccups complicating COVID-19. The American Journal of tropical Medicine Hygiene. 2021 [acesso em 2021 set 30]; 104 (5): 1713-1715. Disponível em: https://www.ajtmh.org/configurable/content/journals$002ftpmd$002f104$002f5$002farticle-p1713.xml?t:ac=journals%24002ftpmd%24002f104%24002f5%24002farticle-p1713.xml.

Resumo

HÉRNIA INTERNA ATRAVÉS DO DEFEITO MESOCÓLICO APÓS RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

André Amaral Levcovitz [1], Marina Marilac dos Santos Lara[1], Larissa Kuhlmann Cunha Peixoto[1], Kaylane Zuqueto Silva[1], Eduardo Martins Souza[1], Lívia Cardoso Reis[2]

[1]Acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa-MG, Brasil; [2]Docente da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa-MG, Brasil.
Autor correspondente:
André Amaral Levcovitz – alevcovitz12@gmail.com

Introdução: A ocorrência de hérnia interna pós-operatória, embora rara, merece grande atenção por levar a altas taxas de morbimortalidade[1,2]. Rotineiramente realizada nas cirurgias laparotômicas, o fechamento da brecha de mesocólon nas colectomias segmentares passou a ser abandonado nas abordagens laparoscópicas. Atualmente, a abordagem laparoscópica tornou-se o padrão ouro nas colectomias oncológicas por ser minimamente invasiva e, portanto, acelerar a recuperação pós-operatória[3,4]. Dessa forma, tornou-se cada vez mais raro o fechamento da brecha de mesocólon, o que não impactou em aumento significativo das taxas de hérnias internas[4,5]. **Descrição do caso**: Paciente masculino, 69 anos, com alteração do hábito intestinal. Realizou-se colonoscopia, que identificou e tatuou lesão ulcerada endoscopicamente neoplásica em topografia de transição retossigmoideana. Anatomopatológico confirmou se tratar de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Estadiamento sem sinais de doença à distância, tendo sido definido por retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose colorretal término terminal grampeada. No 3º dia de pós-operatório, apresentou quadro de prostração, hipotensão e dispneia. Revisão laboratorial com PCR elevado e leucocitose com importante desvio à esquerda. Tomografia computadorizada evidenciou hérnia interna com consequente fístula anastomótica, sendo indicada laparotomia exploradora, onde foi desfeita a hérnia e a anastomose e confeccionada colostomia a Hartmann. **Discussão:** A literatura demonstra que a incidência de hérnias internas após cirurgias colorretais é baixa (0.65%)[1,3] o que, associado ao aumento significativo do tempo cirúrgico quando tal fechamento é realizado de forma laparoscópica, culminaram com o abandono do fechamento rotineiro da brecha de mesocólon[1,4,6]. Entretanto, embora raro, ocorreu no caso clínico em questão. **Conclusão:** Conclui-se que o fechamento rotineiro da brecha mesentérica em cirurgias laparoscópicas não possui evidência de benefícios, uma vez que a incidência de hérnias após cirurgias abdominais é baixa. Além disso, o fechamento amplia o tempo cirúrgico sendo, portanto, dispensável nas abordagens cirúrgicas laparoscópicas.

Palavras-chave: Fístula anastomótica; Hérnia interna; Laparoscopia; Mesocólon; Neoplasias do Colo.

Referências:

1. Toh JW, Lim R, Keshava A, Rickard MJ. The risk of internal hernia or volvulus after laparoscopic colorectal surgery: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2016;18(12):1133-1141. doi:10.1111/codi.13464
2. Nair HS, Watt KA, Anderson DN. Hérnia interna e obstrução do intestino delgado após a formação de bolsa ileoanal aberta: relato de caso. *Int J Surg Case Represent* . 2015; 11: 68-70. doi: 10.1016 / j.ijscr.2015.01.051
3. da Luz Moreira A, Kiran RP, Kirat HT, *et al*. Laparoscopic versus open colectomy for patients with American Society of Anesthesiology (ASA) classifications 3 and 4: the minimally invasive approach is associated with significantly quicker recovery and reduced costs. *Surg Endosc*. 2010;24(6):1280-1286. doi:10.1007/s00464-009-0761-3
4. Sugita H, Akiyama T, Daitoku N, *et al*. Hérnia interna após hemicolectomia direita laparoscópica, relato de um caso. *J Surg Case Rep*. 2017;2017(5):rjw217. Publicado em 22 de maio de 2017. doi:10.1093/jscr/rjw217
5. Cabot JC, Lee SA, Yoo J, Nasar A, Whelan RL, Feingold DL. Long-term consequences of not closing the mesenteric defect after laparoscopic right colectomy. *Dis Colon Rectum*. 2010;53(3):289-292. doi:10.1007/DCR.0b013e3181c75f48
6. Yoshida T, Kinugasa T, Oka Y, *et al*. Obstrução intestinal causada por hérnia interna que se desenvolveu após colectomia subtotal laparoscópica: relato de caso. J Med Case Rep . 2014; 8: 470. Publicado em 29 de dezembro de 2014. doi: 10.1186 / 1752-1947-8-470.

Resumo

PERCEPÇÕES DA COMUNIDADE ACADÊMICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA ACERCA DA DOAÇÃO E TRANSPLANTE DA MEDULA ÓSSEA - RESULTADOS PRELIMINARES

Ana Peres de Carvalho Quintão [1], Igor Rodrigues Mendes[1], Tainara Fernanda Cândida Araújo[1], Mikelen de Oliveira[1], William Carvalho Xavier Ladeira[1], Brunnella Alcântara Chagas de Freitas[2]

[1]Acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa; [2]Docente e Médica Preceptora da Universidade Federal de Viçosa.

Viçosa (MG), Brasil

Autor correspondente: Ana Peres de Carvalho Quintão - anaperescquintao@gmail.com

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) é a tentativa de reabilitação de uma medula doente, um processo complementar aos tratamentos de linfomas, leucemias, e outras doenças[1], cuja chance de êxito é proporcional ao grau de compatibilidade entre doador e receptor[2]. O doador pode ser aparentado ou não, sendo de 25% a probabilidade de compatibilidade com irmão e menos de 5% com outros familiares[1]; caso não seja encontrado doador na família, inicia-se a busca no Registro Nacional dos Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME)[3]. O Brasil possui o terceiro maior registro de doadores do mundo, porém apenas 64% dos pacientes têm sucesso na busca por um doador compatível[3]. **Objetivos**: Analisar as dificuldades da comunidade acadêmica da UFV em relação à doação de medula óssea, estimar o número de pessoas dessa população registrados no REDOME e identificar indivíduos que desejam ser doadores. Os dados coletados serão utilizados para elaboração de medidas práticas visando mobilizar os potenciais doadores a registrarem-se no REDOME. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, cujo público alvo são acadêmicos da UFV que possuam entre 18 e 55 anos e que aceitem participar através do registro do consentimento, mediante a apresentação do TCLE e indicação de concordância quanto à participação. Os critérios de exclusão são: não aceitar participar da pesquisa e/ou ter menos de 18 anos ou mais de 55 anos. Os dados foram coletados por questionário elaborado pelos pesquisadores, aplicado *online*, no formulário *Google Forms*. As respostas foram analisadas e interpretadas a partir dos gráficos gerados pelo próprio *Google Forms* e os resultados foram obtidos com base nessa análise e apresentados de forma descritiva. **Resultados**: Obteve-se 360 respostas, das quais 49,7% eram de acadêmicos da área da saúde. 87,5% do total de participantes não é doador de medula, mas, dentre esses, 78,6% já sentiu vontade de ser. Os principais motivos que os impediram foram não saber o que é preciso ser feito para se tornar um doador e medo/desconhecimento sobre os procedimentos para doação. 76% dos participantes considera que sabe para que serve a doação e o transplante de medula, mas 86% não sabe quais características uma pessoa precisa ter para ser doador. **Conclusão:** Conclui-se que o conhecimento acerca do TMO é pouco difundido entre alunos e professores, mesmo entre aqueles da área da saúde; a falta de informação é a principal responsável pelo baixo número de acadêmicos registrados no REDOME, sendo urgente a criação de meios facilitadores da difusão da informação sobre o tema.

Palavras-chave: Células-Tronco Hematopoiéticas; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplante de Medula Óssea.

Referências:

1. Barriga F, Ramírez P, Wietstruck A, Rojas N. Hematopoietic stem cell transplantation: clinical use and perspectives. *Biological research* [revista em internet]. 2012 agosto-setembro [acesso em 20 de outubro de 2021]. 45(3), 307–316. Disponível em: https://doi.org/10.4067/S0716-97602012000300012.

2. Simpson E, Dazzi F. Bone Marrow Transplantation 1957-2019. *Frontiers in immunology* [revista em internet] 2019 junho [acesso em 20 de outubro de 2021]. 10(1246). Disponível em: https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.01246

3. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage da internet]. Conheça o REDOME [acesso em 20 de outubro de 2021]. Disponível em: http://redome.inca.gov.br/o-redome/conheca-o-redome/

Resumo

TROMBOSE DE VEIA JUGULAR INTERNA SECUNDÁRIA A BÓCIO MULTINODULAR TÓXICO

Carlos Eduardo da Cunha Nascimento [1], Evelyn Angrevski Rodrigues [1], Tais Martins [1], Marcelo de Oliveira Macedo[2]

[1]Acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Sinop, MT, Brasil; [2]Docente da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Sinop, MT, Brasil e médico da instituição Hospital Dois Pinheiros, Sinop, MT, Brasil.

Autor correspondente: Carlos Eduardo da Cunha Nascimento - carlos.sinop2@gmail.com

Introdução: O hipertireoidismo associado a bócio multinodular é uma causa rara de trombose da veia jugular interna (VJIE), mas pode ocorrer pela compressão física do vaso pelo bócio e/ou pelo estado de hipercoagulabilidade associado ao hipertiroidismo[1]. **Descrição do caso**: Paciente do sexo feminino, 68 anos, hipertensa, com histórico de bócio multinodular não tóxico assimétrico (maior à esquerda) desde os 49 anos, evoluiu para bócio multinodular tóxico com trombose de veia jugular interna esquerda (VJIE) secundário a compressão venosa. Apresentou astenia, ausência de apetite, perda de peso (9 kg em 3 meses), aumento progressivo do bócio (de 27.6 cm^3 em 2015 para 98,7 cm^3 em maio de 2020 [volume normal: 6.0-14.0 cm^3]), dor cervical e de ombro esquerdo. O tratamento com fármaco antitireoidiano conseguiu extinguir os sintomas do hipertireoidismo. Sinais indicativos de trombose parcial da veia jugular interna esquerda (VJIE) foram encontrados no exame ultrassonográfico e confirmados por angiotomografia arterial cervical. A paciente não possui mutação do gene da protrombina ou Fator V Leiden positivo. Tratamento farmacológico com agente antitrombótico por 3 meses não conseguiu recanalizar o fluxo local, o quadro evoluiu com piora com sinais de trombose em ambas as veias jugulares internas e em veia tributária da jugular interna direita. Foi encaminhada para tireoidectomia total por não apresentar resposta ao tratamento conservador. **Discussão:** As tromboses podem ser fisiopatologicamente explicadas pela tríade de Virchow[2,3], composta por lesões endoteliais, hipercoagulabilidade sanguínea e fluxo sanguíneo anormal[2,3,4]. Sendo assim, foi avaliado cada elemento da tríade, para buscar a provável causa. Quanto à lesão endotelial, alguns estímulos geram ativação endotelial e agregação plaquetária, como infecções e toxinas do cigarro; uma provável causa seria o hipertireoidismo da paciente[5], mas ele estava controlado por medicamentos no momento do diagnótico da trombose. Quanto à hipercoagulabilidade sanguínea, que pode ser genética ou adquirida[2,4], a paciente foi testada para as principais causas de trombofilia, que foram negativas. Pensando nas alterações de fluxo, tanto estase sanguínea, quanto fluxos turbulentos rompem o padrão sanguíneo normal laminar e permitirem que as plaquetas centrais entrem em contato com o endotélio, predispondo a trombogênese[2,3,6]. Considerando que o hipertireoidismo estava sendo controlado com medicação, foi assumida a hipótese de que o bócio da paciente provocava estase sanguínea na VJIE e que essa seria a provável principal etiologia da trombose. **Conclusão:** Apesar de algumas trombofilias não serem passíveis de investigação, nesse caso, a hipótese diagnóstica mais aceitável se sustenta pela correlação entre hemostase e hipertireoidismo.

Palavras-chave: Bócio; Tireotoxicose; Trombose venosa.

Referências:

1. Elbers, LPB; Squizzato, A; Gerdes, VCA. Thyroid Disorders and Hemostasis. Thieme Medical Publishers. Nova York, 2018 Out;44(7):676-682.
2. Kumar V; Abbas A; Fausto N. "Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças". 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
3. Wolberg AS *et al.* "Procoagulant activity in hemostasis and thrombosis: Virchow's triad revisited." Anesthesia and analgesia vol. 114,2 (2012): 275-85. doi:10.1213/ANE.0b013e31823a088c
4. Stuijver DJF *et al.* "The effect of hyperthyroidism on procoagulant, anticoagulant and fibrinolytic factors". Thromb Haemost 2012; 108(06): 1077-1088. doi: 10.1160/TH12-07-0496
5. Wolberg AS *et al.* "Venous thrombosis". Nat Rev Dis Primers. 2015. doi: 10.1038/nrdp.2015.6.

Resumo

USO DA ULTRASSONOGRAFIA NA IDENTIFICAÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS NO SUBCUTÂNEO: RELATO DE CASO

Eduardo Martins Souza [1], Marina Marilac dos Santos Lara[1], André Amaral Levcovitz[1], Larissa Kuhlmann Cunha Peixoto[1], Petrina Rezende de Souza[1], Lívia Cardoso Reis[2]

[1]Acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa-MG, Brasil; [2]Docente da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa-MG, Brasil.

Autor correspondente: Eduardo Martins Souza - dudumartins99@hotmail.com

Introdução: Pode-se definir corpo estranho (CE) como qualquer objeto que, de modo acidental ou intencional, penetra no corpo e pode desencadear um processo inflamatório[1]. Os CE em subcutâneo podem ser incômodos e ocasionar feridas que não cicatrizam e complicam com infecções frequentes e, portanto, devem ser removidos. Entretanto, a detecção desses CE na exploração cirúrgica pode ser bastante desafiadora e o uso da ultrassonografia (USG) tem-se mostrado vantajoso na correta localização e consequente remoção. O presente trabalho relata dois casos de sucesso na remoção de CE em subcutâneo com o uso da USG. **Descrição do caso**: Caso 01: Paciente masculino, história de queda sobre arbusto de espinhos há dois anos, com ferida crônica infectada em antebraço direito, onde apresenta sensação de CE. Relata duas explorações prévias da ferida, sem evidência de CE. Realizada USG que localizou o CE e permitiu sua retirada. Caso 02: Paciente masculino, passado de perfuração entre o 3º e o 4º quirodáctilos esquerdos há 8 meses, por farpa de madeira, durante atividade laboral. Queixa de dor intensa na lesão, que apresenta sinais flogísticos. Exploração prévia em outro serviço sem evidência de CE. Realizada USG que localizou o CE e permitiu sua remoção. **Discussão:** No decorrer do exame clínico, deve-se considerar sempre a possibilidade de presença de CE residual em feridas crônicas após histórico de trauma penetrante[2]. O uso da radiografia simples, devido ao seu baixo custo e fácil acesso, é amplamente difundido mas nem sempre é útil na identificação do CE[3,4]. O USG, realizado a beira leito pelo médico assistente, é uma ferramenta útil nesse contexto, uma vez que delimita o CE em subcutâneo, detecta a profundidade da incrustação e a relação com estruturas ósseas, apresentando melhor definição para CE de madeira, seguido de vidro, plástico e estruturas metálicas[1,4]. **Conclusão:** A remoção de CE residual em subcutâneo é fundamental, uma vez que, além de incômodo e doloroso para o paciente, complica com infecções recorrentes. O USG a beira leito é método eficaz na detecção e adequada remoção, devendo portanto ser estimulado o seu uso.

Palavras-chave: Corpos estranhos; Diagnóstico por imagem; Ultrassonografia.

Referências:

1. Lima, C.M.A.O. *et al.* Diagnóstico por imagem de corpos estranhos da face e retirada cirúrgica guiada por ultra-sonografia. Rev Imagem[Internet] 2006 [citado em 04 Out 2021]; 28(4): 249–252. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102012000200011
2. Santos, T.H. *et al.* Tooth embedded in tongue following firearm trauma: report of two cases. Dental Traumatology.[Internet] 2011[citado em 04 Out 2021]; 27: 309–313. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21645242/
3. Santos, T.H. *et al.* Impacted foreign bodies in orbital region: review of nine cases. Arq Bras Oftalmol. [Internet] 2010 [citado em 04 Out 2021]; 73(5): 438-42, Disponível em: https://www.scielo.br/j/abo/a/jdHmyjB8yybw8kWc96jMxMx/?lang=en
4. Jacobson JA, Powell A, Craig JG, Bouffard JA, van Holsbeeck MT. Wooden foreign bodies in soft tissue: detection at US. Radiology[Internet] 1998 [citado em 04 Out 2021];206:45-8. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9423650/

Resumo

USO DO SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL COMO TRATAMENTO PARA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL: uma revisão sistemática

Gian Lucas Teixeira Caneschi [1], Carolina Silva Miranda [1], Clarice Rocha de Souza [1], Leonardo Sotto Maior do Valle Pinheiro [1], Thais Fraga Abduch[2]

[1]Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil; [2]Docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Gian Lucas Teixeira Caneschi - giancaneschi@gmail.com

Introdução: A hiperplasia endometrial é uma doença comum que envolve a proliferação excessiva das células do endométrio. O principal fator causal é o excesso de estrogênio sem oposição de níveis adequados de progesterona. Uma das opções de tratamento mais tradicionais inclui a histerectomia. Atualmente, o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) é estudado para terapêutica dessa doença, por fornecer altas concentrações de progesterona na mucosa uterina[1,2]. **Objetivo:** Avaliar sistematicamente a eficácia e a segurança do uso de SIU-LNG em mulheres com hiperplasia endometrial. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa na base de dados National Library Of Medicine (MedLine) com os descritores *Endometrial Hyperplasia*, *Intrauterine Devices* e *Levonorgestrel*. A busca pelos descritores e termos utilizados foi efetuada mediante consulta ao Medical Subject Headings (MeSH) através do portal da U.S National Library of Medicine (NLM). Os filtros usados foram *clinical trial, randomized controlled trial, humans* e *english*. Foram incluídos estudos com duração de 12 a 84 meses, que envolveram mulheres com média de idade superior a 45 anos e que utilizaram o SIU-LNG como uma abordagem não cirúrgica no tratamento da hiperplasia endometrial. Foram excluídos artigos que comparavam os resultados do SIU-LNG com de outros medicamentos para tratamento da hiperplasia endometrial, além daqueles que envolveram participantes que utilizavam tratamentos hormonais alternativos concomitantemente ao SIU-LNG. A escala PRISMA[3] foi utilizada no intuito de melhorar o relato desta revisão. **Discussão:** Inicialmente, foram encontrados 145 artigos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, quatro foram selecionados como parte do escopo e análise final. Ao todo, foram envolvidos 143 participantes. De modo geral, as análises demonstraram que o SIU-LNG proporcionou melhora estatisticamente significativa ($p<0,05$) da hiperplasia endometrial, levando à regressão do quadro, com taxas superiores a 80% em dois dos estudos. Também foi possível observar diminuição de sangramento anormal pós-menopausa após a implantação do dispositivo. Ademais, ele foi bem tolerado, apresentando efeitos adversos leves, sendo visto como uma alternativa viável e segura. Um dos estudos demonstrou haver maior resposta ao uso de SIU-LNG quando administrado concomitantemente à progesterona exógena, sendo essa uma possível alternativa para obtenção de melhores resultados. **Conclusão:** A partir dos estudos analisados, é possível concluir que o uso de SIU-LNG demonstrou uma melhora significativa da hiperplasia endometrial, com um perfil de segurança considerável, apresentando-se como uma alternativa aos métodos de tratamento tradicionais, como a histerectomia.

Palavras-chave: Dispositivos Intrauterinos; Hiperplasia Endometrial; Levanogestrel.

Referências:

1. Haimovich S, Checa MA, Mancebo G, Fusté P, Carreras R. Treatment of endometrial hyperplasia without atypia in peri- and postmenopausal women with a levonorgestrel intrauterine device. Menopause 2008; 15: 1002-4.
2. Haoula ZJ, Walker KF, Powell MC. Levonorgestrel intra-uterine system as a treatment option for complex endometrial hyperplasia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; 159: 176-9.
3. Liberati A *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Med 2009; 6: e1000100.
4. Westin SN, Fellman B, Sun CC, Broaddus RR, Woodall ML, Pal N, *et al.* Prospective phase II trial of levonorgestrel intrauterine device: nonsurgical approach for complex atypical hyperplasia and early-stage endometrial cancer. Am J Obstet Gynecol 2021; 224: 191.e1-191.e15.
5. Wildemeersch D, Janssens D, Pylyser K, De Wever N, Verbeeck G, Dhont M, *et al.* Management of patients with non-atypical and atypical endometrial hyperplasia with a levonorgestrel-releasing intrauterine system: long-term follow-up. Maturitas 2007; 57: 210-3.

Resumo

USO DE TELA EM LAPAROTOMIAS DE EMERGÊNCIA PARA REDUÇÃO DE DEISCÊNCIA DE APONEUROSE E INFECÇÕES

Natália Martins Sampaio [1], Flávio Welinton Martins Cruz[1], Ramon Augusto Ferreira de Souza[1], Leonardo Alves Muzzy [1], Sebastião Maurício de Oliveira Castro[2]

[1] Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário FAMINAS; [2] Docente do Centro Universitário FAMINAS e médico da Fundação Cristiano Varella

Autor correspondente: Natália Martins Sampaio - natalia.martinsampaio@gmail.com

Introdução: A deiscência da ferida abdominal está associada a morbidade e mortalidade significativas[1]. As complicações mais frequentes em laparotomias de emergência são infecções e Deiscência de Aponeurose (DA). Embora o uso profilático de tela no fechamento da parede abdominal reduza a incidência de hérnia incisional após cirurgias eletivas, existem poucos relatos na literatura acerca do uso de telas em cirurgias de emergência com o objetivo de reduzir a incidência de DA por evisceração ou eventração.[2] Quanto ao uso de telas em Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC), ainda há controvérsias na literatura em relação a segurança de telas[3]. **Objetivo:** Elucidar sobre a utilização de telas profiláticas em cirurgias de emergência com fito de mitigar deiscências de aponeurose e infecções pós operatórias. **Metodologia:** Revisão narrativa de estudos prospectivos e randomizados nas plataformas PubMed e DeCs/MeSH, utilizando descritores de interesse. **Discussão:** O reforço da sutura da aponeurose com tela profilática em posição pré-aponeurótica tem melhores resultados na prevenção de hérnias incisionais, apresentando resultados favoráveis em termos de recidiva e de ISC, sendo uma técnica de fácil execução, que preserva o espaço retromuscular, embora exige um grande número de pontos de sutura[2]. No manejo da deiscência da ferida abdominal, o uso de tela sintética mostra os melhores resultados em relação à taxa de hérnia incisional e não mostraram aumento nas taxas de ISC.[1] Com base nos critérios de Rotterdam, um recente estudo, conduzido pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo avaliou o uso de tela profilática pré-aponeurótica na síntese da parede abdominal em pacientes submetidos a cirurgia de emergência que apresentavam alto risco de desenvolverem DA, encontrando uma redução da incidência de DA em um grupo de risco de 13,5% para 0% (P=0,003)[2]. **Considerações finais:** O uso de tela sintética profilática em posição pré-aponeurótica é seguro em condições de infecção e em situações de emergência promove uma redução significativa na incidência de DA sem aumentar as complicações pós-operatórias.

Palavras-chave: Deiscência de aponeurose; Infecção de sítio cirúrgico.; Laparotomia de emergência;

Referências:

1. Denys, A., Monbailliu, T., Allaeys, M. *et al.* Management of abdominal wound dehiscence: update of the literature and meta-analysis. Hernia 25, 449–462 (2021). https://doi.org/10.1007/s10029-020-02294-4+
2. LIMA, Helber VG *et al.* Prevention of fascial dehiscence with onlay prophylactic mesh in emergency laparotomy: a randomized clinical trial. Journal of the American College of Surgeons, v. 230, n. 1, p. 76-87, 2020.
3. Warren J, *et al.* Safety and Efficacy of Synthetic Mesh for Ventral Hernia Repair in a Contaminated Field. J Am Coll Surg. 2020 Apr;230(4):405-413. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2019.12.008. Epub 2020 Jan 16.

Normas de Publicação

1. A Revista Médica de Minas Gerais (RMMG) destina se à publicação de artigos originais, revisões, atualizações terapêuticas, relatos de casos, notas técnicas, comentários, pontos de vista e imagens inéditas das especialidades médicas e demais ciências da saúde.

2. A revista tem periodicidade continuada, a partir de 2016, com a seguinte estrutura: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Atualização Terapêutica, Educação Médica, História da Medicina, Relatos de Caso, Comentários ou Pontos de vista, Imagens, Cartas aos Editores, Comunicados das Instituições Mantenedoras e as Normas de Publicação.

2.1 Para efeito de categorização dos artigos, considera-se:
a) Artigo Original: trabalhos que desenvolvam crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte da medicina, biologia e matérias afins que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
b) Artigos de Revisão: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagem dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
c) Atualização Terapêutica: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre a terapêutica em medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar a abordagem sobre os vários processos utilizados na recuperação do ser humano de situações que alteram suas relações saúde doença.
d) Relato de Caso: trabalhos que apresentam a experiência médica, biológica ou de matérias afins em função da discussão do raciocínio, lógica, ética, abordagem, tática, estratégia, modo, alerta de problemas usuais ou não, que ressaltam sua importância na atuação prática e mostrem caminhos, conduta e comportamento para sua solução.
e) Educação Médica: trabalhos que apresentam avaliação, análise, estudo, relato, inferência sobre a experiência didático-pedagógica e filosófica, sobre os processos de educação em medicina, biologia e matérias afins.
f) História da Medicina: trabalhos que revelam o estudo crítico, filosófico, jornalístico, descritivo, comparativo ou não sobre o desenvolvimento, ao longo do tempo, dos fatos que contribuíram para a história humana relacionada à medicina, biologia e matérias afins;
g) Comentários ou Pontos de Vista: Apresentação de comentários, opiniões ou ponto de vista sobre assuntos de relevância em todos os campos da medicina, biologia e ciências da saúde em geral, a convite ou demanda espontânea;
h) Imagem: Flagrantes registrados de momentos, fenômenos, situações que descrevem alterações biológicas ou médicas de importância para a atualização, reciclagem de conhecimentos, revelados por sua aparência com a descrição e discussão sucinta do registro e indicação de referencias para estudo do assunto;
i) Cartas aos Editores: correspondências de leitores comentando, discutindo ou criticando artigos publicados na revista. Sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta;

3. Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da RMMG (Editor Geral, Editores Associados, Conselho Editorial, Revisores e Consultores Ad Hoc). Um trabalho submetido é primeiramente protocolado e analisado quanto a sua apresentação e normas, estando estas em conformidade, o trabalho é repassado aos Editores Associados que indicarão dois revisores da especialidade correspondente. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, os Editores Associados os avalia e decide pela aceitação do artigo, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Um manuscrito pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos mas cada versão é sempre analisada pelos revisores, Editores Associados e/ou o Editor Geral, que detém o poder da decisão final, podendo a qualquer momento ter sua aceitação ou recusa determinada.

4. Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 , e para os manuscritos que envolveram apoio financeiro, este deve estar explicito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

5. Os trabalhos devem ser submetidos no sistema de submissão online, no site da RMMG <www.rmg.org>, inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do manuscrito, dirigida ao Editor Geral, indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo.

6. Os trabalhos devem ser digitalizados utilizando-se a seguinte configuração: margens esquerda e superior de 3cm e direita e inferior de 2cm; tamanho de papel formato A4 (21 cm X 29,7 cm); espaço entrelinhas de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
7.Para efeito de normalização adota-se o "Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas" (International Committee of Medical Journal Editors)- Estilo Vancouver - disponível em: <http://www.icmje.org/>

8. As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo. As referencias consequentemente são em ordem numérica e devem ser apresentadas

9. Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:
a. Primeira Página: Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) profissão, maior título, categoria(s) funcional(is) e respectivas(s) afiliação(ções); indicação da instituição onde o trabalho foi realizado; endereço para correspondência; indicação da categoria do artigo (ver item 2.1);
b. Segunda Página: Título em português e inglês; Resumo e Abstract (em formato semi-estruturado para os artigos originais)* do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras; Palavras-chave e Keywords, de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-(DECS) da BIREME (http://bvsalud.org/);
c. Terceira Página: TEXTO> Introdução Material, Casuística e Método ou Descrição do Caso, Resultados, Discussão e/ou Comentários (quando couber) e Conclusões;
d. Agradecimentos (Opcional);
e. Referências como especificado no item 7 dessa norma;
i. *Normas: O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria "artigos originais", compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais indicadas pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.

10. As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

11. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

12. Lista de Checagem: Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem a seguir:
a. Página de Rosto com todas as informações solicitadas;
b. Resumo em Português com Palavras-Chave;
c. Resumo em Inglês – Abstract e Keywords
d. Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);
e. Referências no estilo Vancouver, numeradas em Ordem de aparecimento das citações no texto;
f. Tabelas Numeradas por Ordem de aparecimento
g. Figuras numeradas por ordem de aparecimento;
h. Legendas e fontes das Tabelas e figuras.