

© TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

# REVISTA CIENTÍFICA

EDIÇÃO **001**

ABRIL 2022

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES  
EDITOR CHEFE

HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA  
EDITOR EXECUTIVO

DAVID SILVEIRA MARINHO  
EDITOR CIENTÍFICO

PEDRO HENRIQUE LIDES  
EDITOR GRÁFICO

**IJF 24** DE  
**HORAS** PROTEÇÃO  
A VIDA

 Instituto  
Dr. José Frota  
Referência em saúde.



**Fortaleza**  
PREFEITURA





**Copyright**

© 2022 Instituto Doutor José Frota

ISSN: **1809-3086**

---

**COPYRIGHT E REPRODUÇÕES**

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Revista Científica do Instituto Doutor José Frota, Brasil.

O Instituto Doutor José Frota (IJF) é responsável pela editoração e organização da Revista Científica do Instituto Doutor José Frota, cujo objetivo é contribuir para a divulgação e o desenvolvimento da pesquisa científica na área da saúde.

---

**CORRESPONDÊNCIA**

Revista Científica do Instituto Doutor José Frota

Centro de Estudos e Pesquisa IJF

Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, CEP: 60025-061.

Fortaleza, Ceará, Brasil.

E-mail: [cepesq@ijf.ce.gov.br](mailto:cepesq@ijf.ce.gov.br)



**RIANE MARIA BARBOSA AZEVEDO**  
**SUPERINTENDENTE**

**OSMAR AZEVEDO AGUIAR FILHO**  
**SUPERINTENDENTE ADJUNTO**

**ROBERTO CÉSAR PONTES IBIAPINA**  
**DIRETOR MÉDICO**

**JACQUELINE DE SOUSA LIMA RIBEIRO**  
**DIRETORA DE ENFERMAGEM**

**CRISTIANE RODRIGUES DE SOUSA**  
**DIRETORA TÉCNICA**

**RITA DE CÁSSIA RODRIGUES PEREIRA**  
**DIRETORA ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA**

## REVISTA CIENTÍFICA IJF

JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES

EDITOR CHEFE

HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA

EDITOR EXECUTIVO

DAVID SILVEIRA MARINHO

EDITOR CIENTÍFICO

PEDRO HENRIQUE LIDES

EDITOR GRÁFICO

### CORPO EDITORIAL

ADORISIO BONADIMAN **CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO E ENDOSCOPISTA (PR)**

DANIEL SOUZA LIMA **CIRURGIÃO GERAL (CE)**

DANIELLE MAIA HOLANDA DUMARESQ **ANESTESIOLOGISTA (CE)**

DARLA MOREIRA CARNEIRO LEITE **PSICÓLOGA (CE)**

EDILSON MARTINS RODRIGUES NETO **FARMACÊUTICO (CE)**

EDUARDO HENRIQUE CRONEMBERG COSTA **ONCOLOGISTA (CE)**

FRANCISCO JOSÉ CABRAL MESQUITA **CIRURGIÃO GERAL E UROLOGISTA (CE)**

FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES **CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO (CE)**

KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO **GINECOLOGISTA (CE)**

LUCIANA MARIA DE BARROS CARLOS **HEMATOLOGISTA (CE)**

MARCELO LOPES FURTADO **CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO (SP)**

MAXIMILIANO AGUIAR PORTO **ORTOPEDISTA (CE)**

POLIANNA LEMOS MOURA MOREIRA ALBUQUERQUE **NEFROLOGISTA (CE)**

RAFAELA ELIZABETH BAYAS QUEIROZ **MEDICINA DE EMERGÊNCIA (CE)**

RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO **CIRURGIÃO GERAL (CE)**

RÉGIA MARIA PRADO PINTO **ASSISTENTE SOCIAL (CE)**

RITA NEUMA DANTAS CAVALCANTE DE ABREU **ENFERMEIRA (CE)**

ROCLIDES CASTRO DE LIMA **CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO (MA)**

SANDRA MARA BRASILEIRO MOTA **FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA (CE)**

VANESSA DA FROTA SANTOS **ENFERMEIRA (CE)**

# NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Científica do Instituto Doutor José Frota é um periódico científico revisado por pares, seguindo as instruções de revisão cega. O anonimato e a confidencialidade são garantidos durante todo o processo de avaliação. Os manuscritos submetidos serão redigidos em português e deverão ser destinados exclusivamente à revista, ficando os autores responsáveis pela revisão da língua portuguesa e não podendo ser submetido simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Artigos em outros idiomas podem ser aceitos em casos selecionados pelos editores.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. Assim, a comissão editorial da revista considera autor quem:

- a) Contribuiu substancialmente na concepção ou desenho do trabalho;
- b) Realizou a análise e interpretação dos dados;
- c) Redigiu o artigo ou realizou sua revisão crítica.

Os manuscritos devem ser organizados segundo as indicações a seguir:

## CATEGORIAS DE ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

---

**Artigo Original:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

**Artigo de Revisão:** estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a área da saúde.

**Relato de Caso:** descrição detalhada de caso clínico relevante, que pode ser de casos inusitados ou que sejam de grande impacto para o conhecimento da comunidade acadêmica, relatando sua evolução e os procedimentos utilizados para o seu tratamento.

**Inovação em Saúde:** artigos destinados à divulgar ou demonstrar abordagens ou instrumentos inéditos com o objetivo de fomentar a saúde.

## FORMATAÇÃO

---

Arquivo no formato Word, papel tamanho A4. Margens superior, inferior, esquerda e direita de 2,4 cm. Fonte Times New Roman, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato .doc ou .docx. Espaçamento 1,15 entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples; parágrafos de 1,25 cm.

Utilize itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

## ESTRUTURA

---

A apresentação dos trabalhos deverá seguir a seguinte ordem:

- **Página do Título:** Título em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.
- Sinalizar o tipo de colaboração enviada (artigo original, artigo de revisão ou relato de caso) logo abaixo do título.
- Nome completo dos autores, maior titulação e filiação institucional de cada autor a qual se relaciona o estudo.
- Nome e e-mail do autor responsável pela submissão.
- Fonte financiadora da pesquisa (se houver) e informar se há conflitos de interesse.
- Se o manuscrito for baseado em tese/dissertação, colocar asterisco no título do manuscrito e identificar o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.

## ARTIGO

---

A estrutura irá variar de acordo com o tipo de trabalho enviado:

- Artigo Original e Inovação em Saúde: Resumo (em inglês e português), Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.
- Artigo de Revisão: Resumo (em inglês e português), Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão e Referências.
- Relato de Caso: Resumo (em inglês e português), Introdução, Relato do Caso, Discussão, Conclusão e Referências.

Ao final, deve constar de 3 a 6 descritores, em português e inglês, digitados em caixa alta e separados por ponto e vírgula. Devem ser empregados aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME ou na base da Biblioteca virtual em saúde (BVS), disponível em: <http://desc.bvs.br>

Segue descrição sucinta dos elementos do texto:

- Introdução: apresentar claramente o propósito do estudo, o contexto e a justificativa apoiados em referenciais pertinentes aos objetivos;
- Objetivos: apresentam a intenção de esclarecer aquilo que o pesquisador pretende desenvolver, desde os caminhos teóricos até os resultados a serem alcançados. São explicitados no final da introdução;
- Metodologia: descrição resumida dos métodos, técnicas e materiais empregados na pesquisa;
- Relato de Caso: deve ser conciso, com o menor número possível de abreviaturas, sendo claro e objetivo ao descrever o evento ao qual se pretende apresentar;
- Resultados: descrição dos dados obtidos na investigação, com uma sequência lógica, sendo necessário para sustentar as conclusões da pesquisa;
- Discussão: limita-se à importância de novas informações, relacionando com os conhecimentos já existentes;
- Conclusões: devem ser apresentadas de forma clara e concisa.

## ▪ Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse. Essa seção é opcional.

## CORPO DO TEXTO

---

O texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecidos por uma linha em branco. Não pode conter nenhuma identificação dos autores. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os utilizando uma linha em branco. As figuras e tabelas devem ser enviadas separadamente, devendo constar no texto os locais sugeridos para sua inserção. Frases ou parágrafos ditos pelos participantes da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

## REFERÊNCIAS

---

As citações devem ser realizadas no corpo do texto, utilizando números arábicos e entre parênteses. As referências que forem intercaladas deverão ser separadas por vírgula, enquanto as referências contínuas deverão ser separadas por “-”.

## ENVIO DO MANUSCRITO

---

Nesse local explicitado a forma de submissão. As submissões deverão ser realizadas por intermédio do site

Na página há caixas de texto correspondente às modalidades de artigo (artigo original, artigo de revisão e relato de caso). As caixas contêm os elementos obrigatórios para cada modalidade. O preenchimento dessas caixas é bastante intuitivo.

Caso o artigo possua imagens, quadros ou tabelas, após a submissão pela plataforma do site, os autores deverão enviar um e-mail para [cepesq@ijf.ce.gov.br](mailto:cepesq@ijf.ce.gov.br) com o assunto “Nome do Artigo – dados complementares” e anexar em formato .doc ou .word as imagens (contendo a correta identificação e descrição) e/ou tabelas e quadros.

Caso os autores possuam alguma dificuldade na plataforma de submissão ou alguma problemas para realizar a submissão, envie um e-mail solicitando auxílio para [cepesq@ijf.ce.gov.br](mailto:cepesq@ijf.ce.gov.br)

## APÓS A SUBMISSÃO

---

Após a submissão, nossos editores entrarão em contato para confirmar a submissão e atualizar os autores das etapas de publicação.

# SUMÁRIO

## 08 Editorial

### Relato de Caso

#### 09 Doença de Von Hippel-Lindau: Relato de um Raro Caso em um Hospital Terciário em Fortaleza

Marina Paiva Sousa; Fernando Holanda da Costa Júnior.

#### 15 Síndrome de Mirizzi com Fístula Colecistobiliar – do Pré-Operatório ao Tratamento Definitivo

Flaviany Maria Santiago Forte; Carlos Magno Queiroz da Cunha; Francisca Roberta Pereira Campos; Gustavo Rêgo Coelho.

#### 19 Melanoma de Conjuntiva Palpebral em Paciente Homem Jovem

Sara Fontenele Pontes; André Pires Cortez; Amanda da Silva Marques; João Paulo Uchoa Fontenele.

#### 25 Abdome Agudo Vascular por Trombose de Veia Mesentérica Superior, Porta e Esplênica

Dielly Chaves Moreira; Larisce Lopes Sarmento; Felipe Siqueira Teixeira; Larissa Cavalcante Amora; Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima; Isaque César Carneiro Ramos.

#### 32 Esplenectomia Videolaparoscópica por Cisto Esplênico

Moisés Francisco da Cruz Neto; Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima; Rodrigo Teófilo Parente Prado; Ana Osmira Carvalho Saldanha; Nathália Souza Silva; José Walter Feitosa Gomes.

#### 37 Pancreatite de Sulco

Ana Osmira Carvalho Saldanha; Jose Walter Feitosa Gomes; Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima; Afonso Nonato Goes Fernandes; Gustavo Gomes Martins; Daniel Mota Moura Fé; Daniel Lucena Landim.

#### 41 Ureterolitotomia Retroperitoneal Por Videolaparoscopia Realizada por Residente

Romulo Augusto da Silveira; Romulo da Costa Farias; Francisco Jose Cabral Mesquita; Romulo Cesar Costa Barbosa Filho; Clovis Cardoso de Paiva Neto; Guilherme Cardoso Fernandes.

### Artigo Original

#### 44 Pain Intensity, Depressive Symptoms and Quality of Life in Women With and Without Chronic Pelvic Pain: A Quali-Quantitative Analysis

Kathiane Lustosa Augusto; Aline Veras Morais Brilhante; Dayana Maia Saboia; Lanuza Celes Mendes; Camila Sampaio Nogueira; Thais Fontes de Magalhaes; Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra; Luisa Rolim Miranda.

#### 52 Preditores de Mortalidade na COVID-19: Experiência de um Centro de Referência no Ceará

Marza de Sousa Zaranza; Gdayllon Cavalcante Meneses; Adriana de Fátima Alencar Miranda; Natalia Linhares Ponte Aragão; Denise Maia Alves da Silva; Andrea Mazza Beliero; Nilcyeli Linhares Aragão; Márcia Maria Pinheiro Dantas; Álvaro Rolim Guimarães et al.

### Artigo de Revisão

#### 62 A Pesquisa Psicanalítica no Hospital Geral: Uma Articulação Possível

Darla Moreira Carneiro Leite; Leônia Cavalcante Teixeira; Karla Miranda Corrêa.

# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA: PIONEIRISMO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO ENSINO

JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES<sup>1\*</sup>.

1 – Médico Cirurgião do Instituto Dr. José Frota.

Ao longo de 85 anos de existência, o Instituto Dr. José Frota trouxe para Fortaleza e demais regiões do estado do Ceará uma referência em atendimento médico cirúrgico em diversas áreas do Trauma, além de outras áreas como Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição e Odontologia.

Fundado em dezembro de 1936, o Instituto Dr. José Frota recebeu o nome de seu ex-diretor em 1970. Antes disso, respondia por Assistência Pública de Fortaleza. A partir de 1940, foi transferido do prédio do Hospital da Polícia Militar com sede firmada na Praça Clóvis Beviláqua – prédio histórico que até hoje encontra-se em atividade, albergando o setor de ambulatórios e outros equipamentos.

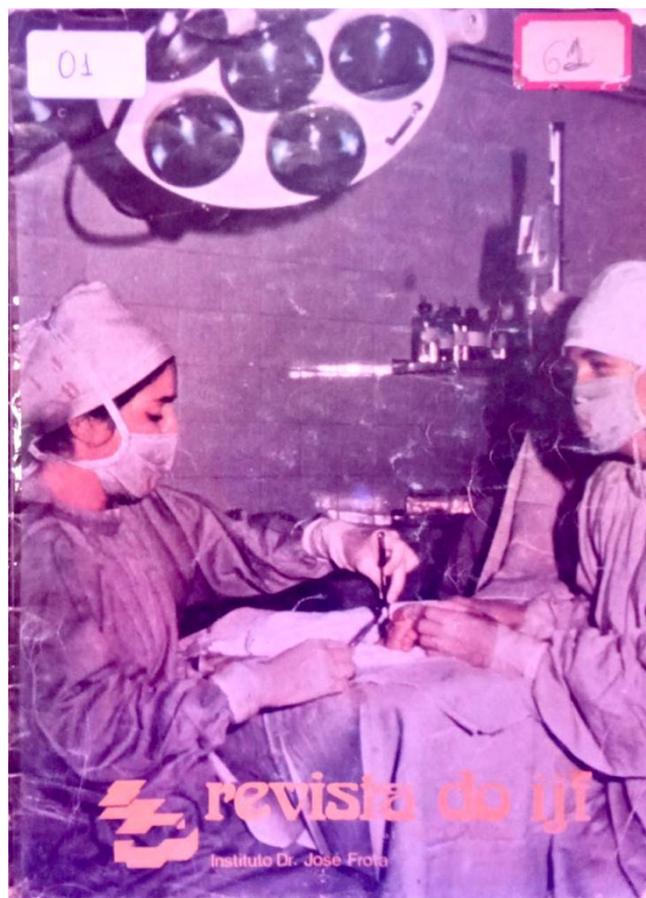
Esse nosocômio é muito mais do que o maior Hospital terciário da Rede Pública de Saúde administrada pelo Município de Fortaleza, sendo estandarte em várias áreas de alta complexidade como Queimados, Traumas Tóraco-abdominais, Ortopédico e Vascular complexos, Neurocirurgia e CEATOX. Além de subespecialidades bem específicas como Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Endoscopia e Pediatria no contexto do trauma em suas diversas interfaces.

No entanto, o IJF consegue se superar ao transcender seu perfil assistencial de excelência, trazendo em seu core um espírito de ensino e docência que ao longo dos anos foi sendo fomentado com implantação de residências e de pós-graduações em diversas áreas da Saúde, com destaque na Medicina, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Enfermagem, além de crescer também na pesquisa com diversas atividades encabeçadas pelo CEPESQ, Centro de Estudos, NUCIG, Centro de Atendimento Toxicológico (CEATOX) dentre tantos outros setores pensantes do IJF, traduzidos em vários manuais, artigos e trabalhos multicêntricos.

Especificamente falando da produção científica, tivemos em 1988 o lançamento da Revista Ci-

entífica do IJF que até 2015 foi ativa e participativa, mas que agora em 2022 incorporou nova gestão e edição, mantendo o mesmo afã de ensino e pesquisa diferenciados, pautado no Trauma e inovando na abordagem de segmentos como Educação e Gestão em Saúde, Inovação e Pesquisa Clínica.

Então o IJF, na plenitude de seus 85 anos, faz-se cada vez mais proativo e inovador como Hospital Assistencial, por conseguinte portador de um arsenal científico, traduzido nos seus manuais e, neste presente, com nossa **REVISTA CIENTÍFICA DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** revitalizada e mirando num futuro promissor.



Capa da primeira edição da revista do Instituto Doutor José Frota em 1988.

# DOENÇA DE VON HIPPEL-LINDAU: RELATO DE UM RARO CASO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO EM FORTALEZA

MARINA PAIVA SOUSA<sup>1\*</sup>; FERNANDO HOLANDA DA COSTA JÚNIOR<sup>2</sup>.

1 – Médica Cirurgiã Especialista em Coloproctologia, Teresina, Piauí.  
2 – Médico Cirurgião do Hospital Geral Doutor Cesar Cals, Fortaleza, Ceara.

Artigo submetido em: 17/10/2021

Artigo aceito em: 05/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: marinapaiva89@yahoo.com.br.

## RESUMO

Doença Von Hippel-Lindau (DVHL) é uma doença autossômica dominante decorrente de uma mutação no gene de DVHL, locus 3p25-p26, o que leva ao surgimento de vários tumores benignos e malignos e cistos em vários órgãos. Esses tumores englobam hemangioblastoma da retina e sistema nervoso central (SNC), carcinoma de células renais, feocromocitoma, tumores de pâncreas, cistoadenoma de rins, pâncreas e epidídimo. Acomete todas as raças, sem predomínio entre os sexos. As manifestações centrais são: hemangioblastomas de sistema nervoso central (SNC) e retina, carcinoma renal, cistos renais, feocromocitoma, tumores císticos e sólidos de pâncreas, cistoadenoma de epidídimo e tumores de saco endolinfático. O trabalho, além de relatar o acompanhamento de um caso raro de um paciente atendido no Hospital Geral Cesar Cals na cidade de Fortaleza-Ceará, também efetua um estudo sobre o caso, bem como discute as dificuldades para inserção e obtenção de atendimento especializado no Sistema Único de Saúde, demonstrando a carência do sistema de saúde público no diagnóstico e manejo de raras síndromes genéticas, bem como abrir precedentes para o surgimento de um protocolo ao indivíduo com o diagnóstico de DVHL, com o objetivo de detectar e tratar adequadamente melhorando o prognóstico do doente.

**Palavras-chave:** Von-Hippel-Lindau; Hemangioblastoma; Feocromocitoma.

## ABSTRACT

Von Hippel-Lindau Disease (VHL) is an autosomal dominant disease caused by a mutation in VHL gene, locus 3p25-p26, which leads to emergence of various benign and malignant tumors and cysts in various organs. These tumors include retinal hemangioblastoma, central nervous system (CNS), renal cell carcinoma, pheochromocytoma, pancreatic tumors, cystadenoma kidney, pancreas and epididymis. It affects all races without gender predominance. It affects all races, without predominance between the sexes. The main manifestations are hemangioblastomas of central nervous system (CNS) and retina, renal carcinoma, renal cysts, pheochromocytoma, cystic and solid tumors of pancreas, epididymis cystadenoma and endolymphatic sac tumors. In addition to reporting the follow-up of a rare case of a patient attended at the Hospital Geral Cesar Cals in the city of Fortaleza, Ceará, also studies the case, as well as discusses difficulties for insertion and obtaining specialized care in the Unified Health System, demonstrating lack of the public health system in diagnosis and management of rare genetic syndromes, as well as opening precedents for the emergence of a protocol to individual with the diagnosis of VHL, with objective of detecting and treating adequately improving prognosis of patient.

**Keywords:** Von-Hippel-Lindau disease; Hemangioblastomas; Pheochromocytoma.

## INTRODUÇÃO

A doença de Von Hippel-Lindau (DVHL) é uma síndrome autossômica dominante de neoplasias hereditárias múltiplas. Afeta 1 em cada 36.000 indivíduos, sem predominância por nenhum grupo étnico ou sexo. Os pacientes exibem predisposição para o desenvolvimento de quistos e de neoplasias benignas e malignas hipervascularizadas. Manifestações clínicas mais comuns são os hemangioblastomas do sistema nervoso central (SNC) e da retina, quistos e carcinomas de células renais (CCR), feocromocitomas, quistos e tumores endócrinos do pâncreas (TEP), tumores do saco endolinfático, cistadenomas do epidídimo <sup>(1)</sup>.

A DVHL é uma doença monogénica que exige um padrão de transmissão autossômico dominante, com uma penetrância superior a 90% aos 65 anos de idade. O gene VHL é um gene supressor tumoral cuja função é inibir a proliferação e diferenciação celular. Todas as células somáticas do indivíduo com DVHL exibem uma mutação de origem germinal (heterozigótica constitucional). Em 20% dos casos ocorrem mutações esporádicas. Embora casos esporádicos exijam um modelo de inativação de 2 alelos, casos familiares requerem apenas 1 única inativação pois um alelo já está afetado no momento da concepção. Diferentes mutações estão implicadas no desenvolvimento da VHL. Além disso, diferentes mutações levam a diferentes subtipos clínicos, ou seja, diferentes tecidos afetados e gravidade das manifestações clínicas <sup>(2)</sup>.

Manifestações iniciais da VHL ocorrem na segunda década de vida e aproximadamente 50% dos pacientes são sintomáticos. Hemangiomas do sistema nervoso central (SNC) são a manifestação clínica mais comum, afetando 60-80% dos pacientes. Os tumores são benignos, no entanto a principal causa da morbidade e mortalidade é devido a localização do tumor e ação nas estruturas próximas. Os pacientes podem apresentar cefaleias, tonturas, vertigens, ataxia, dismetria, nistagmo, ptose, vômitos, disfagia, HTA paroxística, parestesias, hipo ou hipertonia, paraplegia, dor ou hiperestesia. Em 20% dos hemangioblastomas cerebelosos ocorre associadamente policitemia secundária à produção de EPO pelo tumor <sup>(3,4)</sup>.

As lesões pancreáticas mais típicas da DVHL são os quistos, existente em 70% dos doentes. Os tumores pancreáticos compreendem os cistadenomas

mas serosos (presentes em cerca de 12% dos doentes com DVHL), hemangioblastomas (<1%), adenocarcinomas ductais (<1%) e tumores endócrinos do pâncreas (TEP) (10-17%) <sup>(5)</sup>. Os cistos pancreáticos são extraordinariamente raros na população geral, pelo que a sua presença deve suscitar a hipótese de DVHL ou doença renal poliquística do adulto. Em geral assintomáticos, podem, entretanto, cursar com desconforto abdominal, insuficiência pancreática exócrina, pancreatite e obstrução biliar. As suspeitas devem ser descartadas por ecografia e avaliadas por TC. A drenagem percutânea ou colocação de stent biliar só se justifica perante clínica sugestiva de compressão <sup>(2,3)</sup>.

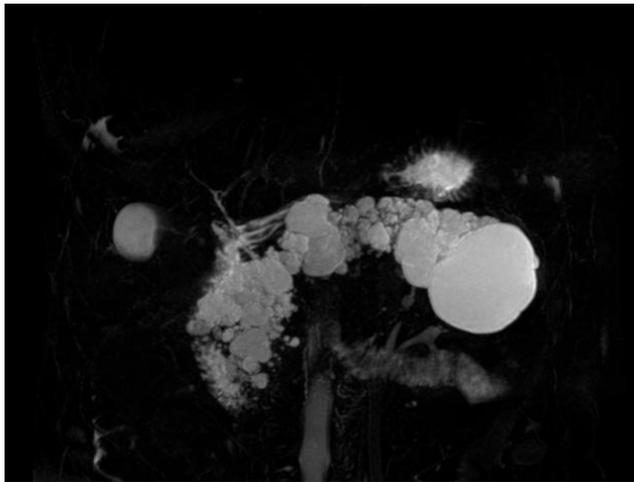
Visando refletir sobre a condição rara em questão, e levantar uma aprofundada discussão sobre a doença, esse trabalho relata o caso do acompanhamento a nível ambulatorial de um paciente no Hospital Geral Doutor Cesar Cals de Oliveira (HGCCO), um hospital terciário de alta complexidade e de ensino, reconhecido pelo MEC/MS, de referência no Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, entre os anos de 2016 e 2017. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa através da Plataforma Brasil, CAAE: 63982117.6.0000.5041.

## RELATO DE CASO

Paciente, F.F.S., 30 anos, sexo feminino, nulípara, apresentou - se ao ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Geral Doutor Cesar Cals com queixa de "tumor no pâncreas".

A mesma relatava já ter realizado cirurgia para retirada de tumor cerebelar, em 2014, apresentando laudo de hemangioblastoma cerebelar. Relatava também que, por falta de condições financeiras, ficou sem seguimento por 2 anos, até o falecimento da irmã, por câncer renal, o que a motivou buscar por assistência médica.

Realizou então, por conta própria, tomografia computadorizada que evidenciou múltiplas lesões císticas pancreáticas, que se estendem da cabeça à cauda. Não foram visualizadas lesões renais. Realizou também colangiopancreatografia por ressonância magnética, a mesma não sabia informar quem havia solicitado tal exame, que evidenciou a presença de múltiplos cistos por toda a extensão de corpo e cauda pancreática, sem sinais de doença invasiva, ou demais complicações (**Figura 1**).



**Figura 1.** Colangiopancreatografia por ressonância magnética evidenciando múltiplos cistos pancreáticos.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Ao ser interrogado, queixava-se também de perda da acuidade visual, nos últimos anos. Negava hipertensão arterial e sintomas sugestivos de feocromocitoma. Negava diabetes, distúrbios gastrointestinais, auditivas e neurológicas. Negava uso regular de qualquer medicação. Negava etilismo ou tabagismo.

Exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, eupnéica, acianótica, anictérica, afebril, consciente e orientada, peso = 64 kg, altura = 1,58 m, FC = 82 bat/min, PA = 120/90 mmHg. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Ausência de adenomegalias. Membros sem edema com pulsos presentes e simétricos. Pele sem alterações. Ausência de déficits motores ou sensitivos. Abdome sem massas ou visceromegalias, indolor à palpação profunda e superficial.

Antecedentes familiares: uma irmã, falecida por câncer renal, não sabia especificar o tipo histológico, possui outra irmã, com a qual, por questões pessoais não mantinha contato, mas sabidamente apresentava o diagnóstico de uma rara síndrome genética (SIC), que não sabia informar qual, mas era acompanhada em centro médico, na cidade de São Paulo (cidade em que reside), pai falecido por causas neurológicas (descrição compatível com acidente vascular encefálico).

A paciente foi encaminhada a um serviço de Oftalmologia, em que foi detectada a presença de Angioma de retina, sem alterações significativas no campo visual, decidido então por tratamento conservador.

O caso foi então levado à discussão com a equipe de Cirurgia Geral Do Hospital Geral Doutor

Cesar Cals, em que, por se tratar de uma paciente assintomática, foi optado por adoção de conduta conservadora quanto às lesões pancreáticas.

A paciente seguiu, em acompanhamento ambulatorial, a cada 3 meses até que a mesma, no ano de 2017 abandonou seguimento.

Durante a confecção deste trabalho não foi possível a realização de testes genéticos devido às baixas condições socioeconômicas da paciente investigada.

## DISCUSSÃO

A Síndrome de Von Hippel-Lindau é patologia com herança autossômica dominante de alta penetrância. Trata-se de síndrome rara, com prevalência de 1/36.000 pessoas. As principais manifestações são: hemangioblastomas de sistema nervoso central (SNC) e retina, carcinoma renal, cistos renais, feocromocitoma, tumores císticos e sólidos de pâncreas<sup>(6,7)</sup>. As manifestações iniciais desta síndrome aparecem geralmente entre os 20 e os 30 anos de idade, no entanto o início e a forma de apresentação da DVHL são muito variáveis; verifica-se pleiotropismo mesmo entre os elementos da mesma família, que partilham uma mutação específica<sup>(8,9)</sup>.

A DVHL mostra uma alta variabilidade fenotípica. Diferentes mutações que afetam o mesmo alelo podem levar a fenótipos distintos, o que parece implicar a influência de outros fatores, nomeadamente o tipo de aminoácido substituído, presença de genes modificadores ou fatores ambientais. A DVHL pode ser clinicamente classificada como tipo 1 ou tipo 2, com a ausência ou presença de feocromocitoma, respectivamente. A tipo 2 é a menos frequente, correspondendo a 7 a 20% dos casos de DVHL<sup>(10,11)</sup>.

A DVHL é a principal causa de CCR e feocromocitomas hereditários<sup>(12)</sup>.

Em geral, as mutações responsáveis pelo tipo 1 da DVHL (baixo risco para o desenvolvimento de feocromocitoma) são deleções de exons, *missense* (mutação com perda de sentido), variantes truncadas, codificando uma proteína truncada. Em uma pequena parte dos casos de DVHL tipo 1 a mutação é *missense* e a alteração do resíduo hidrofóbico modificado, relacionado ao cerne proteico, é capaz para causar a disrupção da estrutura da proteína pVHL e perda de função. Na DVHL tipo 2, associada a elevado risco de manifestar feocromocitoma, a maioria das mutações são substituições *missense*,

com substituição de um aminoácido da superfície da pVHL, originando uma proteína parcialmente funcional de tamanho normal. O tipo 2 da DVHL pode subdividir-se em três categorias<sup>(6,13)</sup>.

O tipo 2A qualifica-se por alto risco para feocromocitoma e baixo risco para CCR e tumor endócrino do pâncreas. Relaciona-se a uma mutação localizada ao códon 98 (Tyr98His; mutação *Black-Forest* retratada em famílias do sudoeste da Alemanha) que altera o domínio  $\beta$  da pVHL, evitando a ligação ao FTIH mas sem afetar o domínio  $\alpha$  e a sua interação com a elongina C. A troca de um determinado códon de um aminoácido pela histidina correlaciona a baixo risco de CCR e ao tipo 2A da DVHL, como também é o caso da mutação Tyr112His<sup>(6,13)</sup>.

O tipo 2B está ligado ao elevado risco de desenvolvimento de feocromocitoma, CCR e tumores endócrinos do pâncreas, e parece correlacionar-se com mutações cuja consequência seja a inibição da ligação entre a pVHL e a elongina C, a nível do códon 167. No tipo 2C, denominado por feocromocitoma familiar isolado, a mutação frequentemente ocorre a nível do códon 188 (Leu188Val) e codifica uma pVHL capaz de induzir a degradação do FTIH mas relacionada a um defeito da matriz extracelular.<sup>8,13</sup> Os hemangioblastomas do sistema nervoso central ocorrem em 60 a 80% dos casos, sendo a idade média de manifestação por volta dos 30 anos. Integram a manifestação inicial em 40% dos casos. As localizações mais comuns são o cerebelo, espinal medula e tronco cerebral. Ocasionalmente podem ocorrer a nível supratentorial, do nervo ótico ou das raízes nervosas lombossacrais. São geralmente tumores múltiplos hipervascularizados, com inerente risco hemorrágico, necessitando por vezes sucessivas cirurgias (com complicações pós-operatórias importantes, como paraplegia e distúrbios sensoriais) ou, por oposição, revelando-se inoperáveis, contribuem significativamente para a morbi-mortalidade inerente à DVHL<sup>(2,14)</sup>.

O tratamento cirúrgico está indicado em lesões sintomáticas. A excisão de hemangioblastoma sintomático pode ser antecedida de embolização arterial pré-operatória para prevenir a hemorragia presumível relacionada a um tumor hipervascularizado. Em paciente com hemangioblastoma de medidas inferiores a 3 centímetros sem quistos peritumorais associados, com lesões múltiplas ou inaccessíveis, pode decidir-se pela ablação por radiocirurgia estereotáxica. No entanto, esta modalidade

terapêutica acarreta maior risco de recorrência. Adicionalmente, parece colaborar para um aumento da permeabilidade vascular transitória e subsequente desenvolvimento de edema e quisto peritumoral<sup>(8)</sup>.

Os hemangioblastomas da retina, regularmente múltiplos e bilaterais, mostram-se em cerca de 50% dos paciente e são frequentemente a manifestação inicial da doença. A idade média de diagnóstico é de 25 anos, mas em cerca de 5% dos casos podem aparecer antes dos 10 anos de idade. Estes hemangioblastomas, que histologicamente se parecem aos hemangioblastomas do SNC, podem conduzir ao descolamento da retina, hemorragia do vítreo, edema da mácula, uveíte, glaucoma secundário e cataratas, que podem culminar com a perda de visão indolor. Pela adjacência com a mácula lútea, os hemangioblastomas justa-papilares, mesmo de dimensão reduzida, podem levar a perda de visão grave em decorrência a exsudação e descolamento da retina relacionada<sup>(8,13)</sup>.

Em geral, o tratamento dos hemangiomas capilares de retina levam em consideração o tamanho, local e achados associados, como líquido subretinal, tração retinal e potencial ameaça à visão. Entre as opções, fotocoagulação a laser (ideal para pequenas lesões), terapia termal transpupilar, radioterapia, terapia fotodinâmica, e cirurgia vítreo-retinal podem ser usadas<sup>(15)</sup>. A ressalva é o hemangioblastoma justa-papilar, em que se procede a observação na ausência de progressão do tumor (que corresponde em oftalmoscopia a cada 3 a 6 meses), tendo em consideração o fato de o tratamento poder lesar o nervo ótico<sup>(13)</sup>.

Na DVHL o feocromocitoma está presente em 20-35% dos casos, normalmente é bilateral, comumente benigno, situado à suprarrenal e tumores malignos com metastases são reportados em aproximadamente 3% dos casos. Em comparação ao que acontece com os outros tumores hereditários integrados na DVHL, o feocromocitoma aparece mais precocemente do que seria expectável num tumor esporádico (20 vs 43,9 anos de idade). Estão relatados alguns casos de feocromocitoma em crianças, em contexto de DVHL<sup>(15)</sup>.

Pacientes com DVHL podem desenvolver cisto pancreáticos, cistadenomas serosos e tumores pancreáticos neuroendócrinos. As lesões pancreáticas mais comuns da DVHL são os quistos, presentes em 35%-70% dos pacientes. Estes são tipicamente

múltiplos e usualmente assintomáticos. Os cistadenomas serosos ocorrem em 11% dos pacientes. Já os tumores pancreáticos neuroendócrinos aparecem em 15% dos pacientes com DVHL<sup>(9)</sup>.

Os quistos pancreáticos são raros na população geral, pelo que a sua presença deve suscitar a hipótese de DVHL ou doença renal poliquística do adulto. Em geral assintomáticos, podem, no entanto, cursar com desconforto abdominal, insuficiência pancreática exócrina, pancreatite e obstrução biliar. O diagnóstico é feito através de exames de imagem abdominal como: ultrassom, TC e RM. A escolha de tratamento é baseada na localização do tumor, tamanho e presença ou ausência de doença metastática. Doença local pode ser tratada com a ressecção do tumor com ou sem linfadenectomia. Lesões maiores que 3 cm de diâmetro, podem ser removidas. Lesões menores e assintomáticas devem ser avaliadas anualmente<sup>(15)</sup>.

Os tumores endócrinos do pâncreas (TEP) são geralmente multifocais e usualmente não são hormônio ativos, no entanto podem apresentar com metástases distantes. Podem se localizar em qualquer parte do pâncreas, sendo majoritariamente assintomáticos, no entanto, os pacientes podem apresentar dor abdominal, icterícia, pancreatite e até mesmo sangramento gastrointestinal. Frequentemente aparecem sólidos, hipervascularizados como aumento arterial. Os TEP funcionais podem secretar polipeptídeo pancreático, insulina, glucagon ou somatostatina e apresentam, mais precocemente, sintomas clínicos de acordo com o peptídeo secretado, sendo também detectadas as lesões de pequena dimensão<sup>(8,9,13)</sup>.

O diagnóstico de um TEP sugestionado por ecografia, TC ou RM abdominal deve ser comprovado por ecoendoscopia, cintilografia com octreótido ou biópsia. A RM é o método radiológico mais aconselhável de diagnóstico de TEP. Considerando que menos de 20% dos TEPs associados com a DVHL são malignos, o tratamento sugerido é o acompanhamento dos pacientes assintomáticos. O tratamento cirúrgico é indicado em TEPs quando o tamanho do tumor é maior que 3 cm, quando o tumor dobra de tamanho em menos de 500 dias ou nos casos de suspeita de metástases regionais nodais. Tumores menores ou estáveis devem ser monitorados de perto com TC ou RM anuais. O acompanhamento após a ressecção cirúrgica deve ser garantido, especialmente em tumores de alto grau. TC ou

RM podem ser realizadas a cada 3 ou 6 meses or 1 ano após a retirada do tumor, de 6 em 6 meses no segundo ano, com acompanhamento anual após os 2 anos da cirurgia<sup>(9)</sup>.

## CONCLUSÃO

A Síndrome de Von Hippel-Lindau é uma doença rara, sem predileção por sexo. Seu diagnóstico pode ser feito mediante critérios clínicos, e sua confirmação, através de testes genéticos. Os critérios diagnósticos para casos isolados são: existência de 2 hemangioblastomas (de sistema nervoso central ou retina) ou de 1 hemangioblastoma somado a uma manifestação visceral. Já nos casos familiares apenas uma manifestação é suficiente para o diagnóstico.

Deve-se, portanto, levar em consideração, que a Síndrome esta associada a condições, que se não diagnosticadas precocemente, podem acarretar em sequelas permanentes, bem como o óbito. É importante enfatizar, perante o paciente, o potencial de gravidade possível desta condição, para que o seguimento não seja evasivo.

É premente, no Sistema Único de Saúde, de vias de acesso mais fáceis a pacientes com condições raras, bem como vias de acesso mais fáceis para testes genéticos.

Deve-se também, destacar a importância do rastreamento familiar, em uma tentativa de flagrar precocemente condições de alta morbimortalidade. É necessário ainda mais conhecimento quanto à esta condição, para que com o advento de novos conhecimentos e tecnologias, venham a alterar a história natural, aumentando a expectativa e a qualidade de vida destes pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. GLÄSKER S, VERGAUWEN E, KOCH, SC, et al. Von Hippel-Lindau Disease: Current Challenges and Future Prospects. *Onco Targets Ther.* 2020 Jun;13:5669-5690.
2. SHANBHOGUE KP, HOCH M, FATTERPAKER G, et al. Von Hippel-Lindau Disease: review of genetics and imaging. *Radiol Clin North Am.* 2016 May;54(3):409-422.
3. LEUNG RS, BISWAS SV, DUNCAN M, RANKIN S. Imaging features of von Hippel-Lindau disease. *Radiographics.* 2008;28(1):65-79.
4. VARSHNEY N, KEBEDE AA, OWUSU-DAPAAH H, et al. A review of Von Hippel-Lindau Syndrome. *J Kidney Cancer VHL.* 2017;4(3):20-29.

5. LANDRY CS, WAGUESPACK S, PERRIER ND. Surgical management of nonmultiple endocrine neoplasia endocrinopathies: state-of-the-art review. *Surg Clin North Am*. 2009 Oct;89(5):1069-1089.
6. KARSDORP N, ELDERSON A, WITTEBOL-POST D, et al. Von Hippel-Lindau disease: new strategies in early detection and treatment. *Am J Med* 1994 Aug;97(2):158-68.
7. BINDERUP MLM. Von Hippel-Lindau disease: Diagnosis and factors influencing disease outcome. *Dan Med J*. 2018 Mar;65(3):B5461.
8. RICHARD S, PARKER F, AGHAKHANI N, et al. Maladie de von Hippel-Lindau: progrès génétiques et cliniques récents [Von Hippel-Lindau disease: recent advances in genetics and clinical management]. *J Neuroradiol*. 2005 Jun;32(3):157-167.
9. GANESHAN D, MENIAS CO, SANDRASEGARAN K, et al. Tumors in von Hippel-Lindau syndrome: from head to toe - comprehensive state-of-the-art review. *Radio-graphics*. 2018 May-Jun;38(3):849-866.
10. NORDSTROM-O'BRIEN M, VAN DER LUIJT RB, VAN ROOIJEN E, et al. Genetic analysis of von Hippel-Lindau disease. *Hum Mutat*. 2010 May;31(5):521-537.
11. MAHER ER, SANDFORD RN. Von Hippel-Lindau disease: an update. *Curr Genet Med Rep*. 2019 Nov;7:227-235.
12. WOODWARD ER, MAHER ER. Von Hippel-Lindau disease and endocrine tumour susceptibility. *Endocr Relat Cancer*. 2006 Jun;13(2):415-425.
13. GOUVEIA S, RIBEIRO C, PAIVA S, et al. Doença de von Hipell-Lindau: da etiopatogenia ao tratamento. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2012;7(2):28-35.
14. SHUIN T, YAMASAKI I, TAMURA K, et al. Von Hippel-Lindau disease: molecular pathological basis, clinical criteria, genetic testing, clinical features of tumors and treatment. *Jpn J Clin Oncol*. 2006 Jun;36(6):337-343.
15. CRESPIGIO J, BERBEL LCL, DIAS MA, et al. Von Hip-pel-Lindau diseases: a single gene, several hereditary tumors. *J Endocrinol Invest*. 2018 Jan;41(1):21-31. Epub 2017 jun 6.

# SÍNDROME DE MIRIZZI COM FÍSTULA COLECISTOBILIAR DO PRÉ-OPERATÓRIO AO TRATAMENTO DEFINITIVO

FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE<sup>1\*</sup>; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA<sup>1</sup>; FRANCISCA ROBERTA PEREIRA CAMPOS<sup>2</sup>; GUSTAVO RÊGO COELHO<sup>3</sup>.

1 – Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, Ceará.

2 – Acadêmica de Medicina do 5º ano do Centro Universitário Instituto Superior de Teologia Aplicada.

3 – Médico Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Geral de Fortaleza.

Artigo submetido em: 23/10/2021

Artigo aceito em: 08/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: flavianyforte08@gmail.com.

## RESUMO

A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, sendo definida como uma obstrução extrínseca do ducto hepático comum devido a cálculos impactados no ductocístico ou no infundíbulo da vesícula, que acarreta em uma sintomatologia semelhante à colelitíase. Relato do caso: Mulher, 50 anos, com dor abdominal, em hipocôndrio direito, irradiando para epigástrio e região de dorso, associada a náuseas e vômitos. Evoluindo nos últimos 5 meses com piora progressiva da dor abdominal e perda ponderal de 15 kg. Refere ainda início há 2 meses de síndrome colestática, icterícia progressiva e prurido. Negacomorbidades e cirurgias prévias. Realizou tomografia de abdome no qual foi evidenciado volumoso cálculo na região infundibular da vesícula biliar, medindo cerca 3cm, determinando compressão extrínseca sobre o ducto hepatocolédoco, compatível com síndrome de Mirizzi, com dilatação a montante das vias biliares intra-hepática. Foi submetida a colecistectomia associada a derivação coledocoduodenal por síndrome de mirizzi grau IV. Conclusão: Apesar de ser uma manifestação rara e de sintomatologia semelhante ao da colelitíase, a Síndrome de Mirizzi deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais frente a um paciente com icterícia. O tratamento é cirúrgico com retirada do cálculo.

**Palavras-chave:** Síndrome de Mirizzi; Colelitíase; Litíase; Icterícia.

## ABSTRACT

Mirizzi syndrome is a rare complication of cholelithiasis, defined as an extrinsic obstruction of the common hepatic duct due to stones impacted in the cystic duct or in the infundibulum of the gallbladder, which causes symptoms similar to cholelithiasis. Case report: Female, 50 years old, with abdominal pain, in the right hypochondrium, radiating to the epigastrium and back region, associated with nausea and vomiting. Evolving in the last 5 months with progressive worsening of abdominal pain and weight loss of 15 kg. She also reports the onset of cholestatic syndrome, progressive jaundice and pruritus 2 months ago. Denies comorbidities and previous surgeries. Abdominal tomography was performed, which showed a large calculus in the infundibular region of the gallbladder, measuring about 3 cm, determining extrinsic compression over the hepatocholedocal duct, compatible with Mirizzi syndrome, with upstream dilatation of the intrahepatic bile ducts. She underwent celecistectomy associated with choledocoduodenum with anastomosis for grade IV Mirizzi syndrome. Conclusion: Despite being a rare manifestation and with symptoms similar to cholelithiasis, Mirizzi Syndrome should

be part of the differential diagnoses for a patient with jaundice. Treatment is surgical with removal of the stone.

**Keywords:** Mirizzi Syndrome; Cholelithiasis; Lithiasis; Jaundice.

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, acometendo em média 1% detodos os pacientes com este diagnóstico <sup>(1)</sup>. Ocorre devido, tanto a obstrução mecânica extrínsecada via biliar, quanto por processo inflamatório, ambos causados pela obstrução do ducto hepáticocomum ou do colédoco devido à impactação por um cálculo biliar grande no infundíbulo, comprimindo o ducto colédoco; ou por uma fístula da vesícula biliar com o colédoco. Em 1948, o cirurgião argentino Pablo Luis Mirizzi, relatou pela primeira vez uma síndrome de obstrução do ducto hepático comum no contexto de colelitíase e colecistite de longa data e observou quais fatores levariam a uma colestase extra-hepática <sup>(2)</sup>.

A classificação mais utilizada para Síndrome de Mirizzi é a de Csendes<sup>3</sup>, que avalia o grau de acometimento da via biliar, objetivando melhor guiar o manejo cirúrgico. Com tratamento dependente do grau de comprometimento da via biliar.

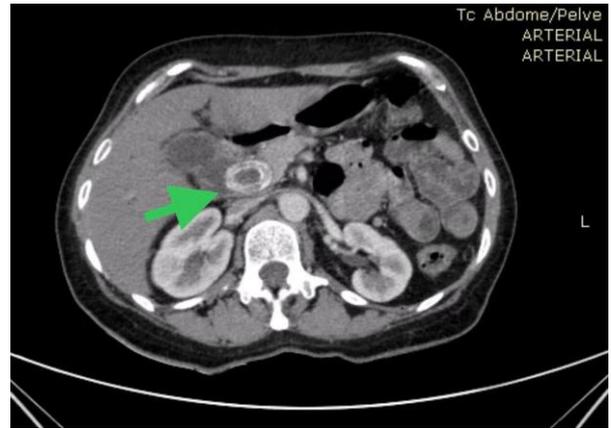
## RELATO DE CASO

Mulher de 50 anos, admitida em hospital quaternário com dor abdominal, de forte intensidade, em hipocôndrio direito, irradiando para epigástrio e região de dorso, associada a náuseas e vômitos, que piorava com alimentação. Evoluindo nos últimos 5 meses com piora progressiva da dor abdominal e perda ponderal de 15 kg. Refere ainda início há 2 meses de síndrome colestática com icterícia progressiva e prurido. Nega comorbidades e cirurgias prévias.

Ao exame físico apresentava icterícia (3+/4+), com abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas ou visceromegalias palpáveis e sem sinais de peritonismo.

O laboratório mostrava bilirrubina total de 16,47mg/dL, às custas da fração direta (8,94). Amilase e lipase em valores de referência normais, PCR (proteína C reativa) de 127,49mg/dL, além de gama-glutamiltransferase de 456U/ml e fosfatase alcalina de 196U/ml.

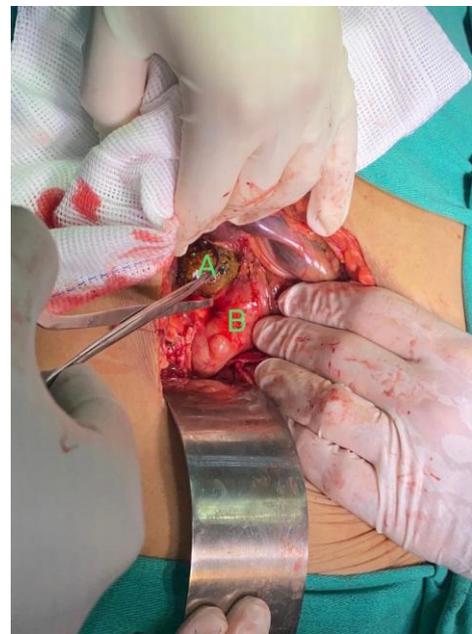
Na tomografia de abdome (**Figura 1**) foi evidenciado volumoso cálculo na região infundibular da vesícula biliar, medindo cerca 3cm, determinando compressão extrínseca sobre o ducto hepatocolédoco, compatível com síndrome de Mirizzi, com dilatação a montante das vias biliares intra hepáticas.



**Figura 1.** Tomografia computadorizada demonstrando fístula e compressão do hepatocolédoco.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Desse modo, procedeu-se com procedimento cirúrgico através da abordagem por via aberta, onde foi constatado que a vesícula biliar apresentava fístula com o colédoco (Síndrome de Mirizzi grau IV). O cálculo de aproximadamente 4 cm (**Figura 3**) obstruía totalmente a via biliar principalmente na confluência dos ductos hepáticos. A opção cirúrgica foi por colecistectomia associada à derivação colédocoduodenal com anastomose látero-lateral.



**Figura 2.** Foto do intraoperatório demonstrando: A - litíase sendo retirada de fístula/ B - colédoco.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

O paciente evoluiu satisfatoriamente e obteve alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório, sem queixas, evacuações presentes e aceitando bem a dieta, para seguimento ambulatorial.



**Figura 3.** Cálculo biliar.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

## DISCUSSÃO

Síndrome de Mirizzi é uma complicação rara e tardia, ocorre aproximadamente em 1% dos pacientes portadores de colelitíase <sup>(1)</sup>. Definida como sendo uma obstrução extrínseca do ducto hepático comum devido a cálculos impactados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula.

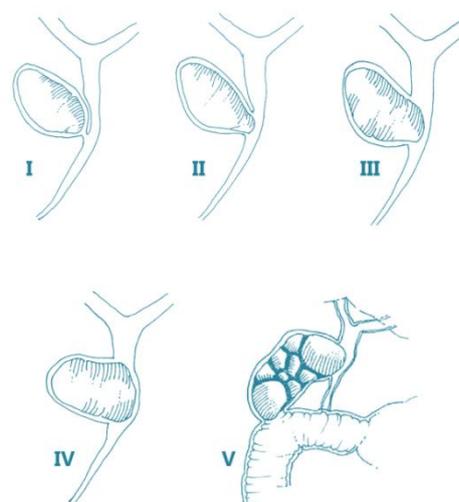
Os sinais e sintomas são semelhantes à colelitíase aguda, sendo mais frequente a dor abdominal em hipocôndrio direito, relacionada à alimentação gordurosa, seguida de icterícia e colangite. Podem se associar também náuseas, vômitos, prurido, colúria, hepatomegalia e, menos frequentemente pancreatite aguda, perfuração da vesícula biliar e perda ponderal <sup>(4)</sup>. Transaminases hepáticas e canaliculares podem estar alteradas. No caso em questão, a paciente apresentou a sintomatologia clássica da colelitíase.

O diagnóstico torna-se difícil, pois não há apresentação clínica e laboratorial específica <sup>(4)</sup>. Faz parte do diagnóstico diferencial das icterícias obstrutivas. Porém, apesar da disponibilidade de modernas técnicas de imagem associado, também, a ausência de um padrão patognomônico de apresentação e de sua raridade, frequentemente, tal síndrome, muitas vezes, não é reconhecida no pré-operatório <sup>(5)</sup>.

A investigação diagnóstica para se confirmar síndrome de Mirizzi, necessita de exames de imagem para evidenciar a real etiologia da hiperbilirrubinemia. Os que possuem maior especificidade e sensibilidade <sup>(5)</sup> para a suspeita ou diagnóstico da Síndrome de Mirizzi são a tomografia helicoidal, a colangiorressonância e a colangiografia endoscópica <sup>(6)</sup>. A colangiorressonância se mostra um dos melhores métodos para o estudo das vias biliares e

pode ajudar a diferenciar a síndrome de Mirizzi de neoplasias da árvore biliar e da coledocolitíase <sup>(7)</sup>.

De acordo com a classificação de Csends, a síndrome de Mirizzi é classificada em 5 tipos: **I** - compressão extrínseca do ducto hepático comum/colédoco por cálculo no colo vesicular ou ducto cístico; **II** - presença de fístula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; **III** - presença de fístula colecistobiliar com diâmetro superior a 2/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; **IV** - presença de fístula colecistobiliar que envolve toda a circunferência do ducto hepático comum/colédoco; **V** - qualquer tipo, mais fístula colecistoentérica - **Va**: sem íleo biliar e **Vb**: com íleo biliar (**Figura 4**). De acordo com as imagens da tomografia e durante o procedimento cirúrgico realizado, pela classificação de Csendes, a paciente apresentava uma Síndrome de Mirizzi do tipo IV.



**Figura 4.** Classificação de Csends.

**Fonte:** Lacerda PDS, Ruiz MR, Melo A, Guimarães LS, Silva-Junior RAD, Nakajima GS. Mirizzi syndrome: a surgical challenge. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 2014: 27; 226-227.

O tratamento da Síndrome de Mirizzi é cirúrgico e o tipo de cirurgia empregada é dependente do grau de deformidade anatômica encontrada, assim como o grau de inflamação <sup>(5)</sup>. É importante ressaltar que a compressão extrínseca do ducto hepático comum promove grande risco de se lesar essa estrutura durante a colecistectomia.

Assim a síndrome de Mirizzi pode ser uma contra-indicação relativa a colecistectomia videolaparoscópica, devendo se considerar abordagem laparotômica <sup>(7)</sup>. No caso descrito a abordagem ci-

rúrgica foi por colecistectomia associada a derivação coledocoduodenal.

## **CONCLUSÃO**

Assim, concluímos que, apesar de ser uma manifestação rara e de sintomatologia semelhante ao da colelitíase, a Síndrome de Mirizzi deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais frente a um paciente com icterícia. O tratamento é cirúrgico com retirada do cálculo. A publicação e divulgação de casos como esse permitem a ampliação do conhecimento sobre tal afecção.

## **REFERÊNCIAS**

1. Fonseca-Neto OCLD, Pedrosa MDGL, Miranda AL. Manejo cirúrgico da síndrome de Mirizzi. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 2008; 21: 51-54.
2. Xeroulis GJ, Davies W. Mirizzi syndrome: A review of the literature. Kuwait medical journal, 2006; 38(1); 3.
3. Lacerda PDS, Ruiz MR, Melo A, Guimarães LS, Silva-Junior RAD, Nakajima GS. Mirizzi syndrome: a surgical challenge. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 2014; 27; 226-227.

4. Clemente G, Tringali A, De Rose AM, Panettieri E, Muzazio M, Nuzzo G, Giuliante F. Mirizzi syndrome: diagnosis and management of a challenging biliary disease. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2018.

5. Chen H, Siwo EA, Khu M, Tian Y. Current trends in the management of Mirizzi Syndrome: A review of literature. Medicine, 2018; 97(4).

6. Silva JB, Costa DR, Neto WBDM, Da Cunha CMQ, De Menezes FJC. Síndrome de Mirizzi associada à fístula colecistogástrica. Revista Relato de Casos do CBC, 2016; (2); 1-3.

7. Clemente G, Tringali A, De Rose AM, Panettieri E, Muzazio M, Nuzzo G, Giuliante F. Mirizzi syndrome: diagnosis and management of a challenging biliary disease. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2018.

# MELANOMA DE CONJUNTIVA PALPEBRAL EM PACIENTE HOMEM JOVEM

SARA FONTENELE **PONTES**<sup>1</sup>; ANDRÉ PIRES **CORTEZ**<sup>2</sup>; AMANDA DA SILVA **MARQUES**<sup>2</sup>; JOÃO PAULO UCHOA **FONTENELE**<sup>3</sup>.

1 – Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Doutor Cesar Cals.

2 – Médico (a) Cirurgião (ã) Especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Geral Doutor Cesar Cals.

3 – Médico Especialista em Anatomia Patológica do Hospital Geral Doutor Cesar Cals.

Artigo submetido em: 28/10/2022

Artigo aceito em: 15/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

Os tumores melanocíticos conjuntivais são desde lesões benignas como os nevos conjuntivais, lesões pré-cancerosas como melanose adquirida primária com atipia até o melanoma maligno conjuntival. O melanoma de conjuntiva é um tumor que pode acometer a mucosa dos olhos e das pálpebras. Podendo-se apresentar na conjuntiva bulbar próxima ao limbo, conjuntiva palpebral, forniceal, na plica ou na região da carúncula. Originar-se a partir de áreas de melanose adquirida primária com atipia, também de áreas com nevos conjuntivais e de locais sem lesões prévias. Apresenta-se como uma massa ou uma lesão conjuntival pigmentada elevada, pode também ter aspecto mais difuso ou múltiplo, com bordas mal definidas, particularmente quando associada à melanose adquirida primária. O tratamento consiste na excisão cirúrgica com margem ampla, se possível total e o mais precoce, e crioterapia para prevenir à recidiva. É uma doença extremamente rara e com alta taxa de metástase e mortalidade. A identificação destas lesões e seu diagnóstico permitem o tratamento, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade. Este estudo descreve um caso de melanoma de conjuntiva em um homem jovem proveniente provavelmente de um nevos, com doença com acometimento linfonodal cervical e de glândula parótida e como tratamento realizado esvaziamento cervical com exenteração orbitaria com confecção de retalho além de radioterapia.

**Palavras-chave:** Melanoma; Nevo; Conjuntiva.

## ABSTRACT

Conjunctival melanocytic tumors range from benign lesions such as conjunctival nevi, precancerous lesions such as primary acquired melanosis with atypia to malignant conjunctival melanoma. Conjunctival melanoma is a tumor that can affect the mucosa of the eyes and eyelids. It can be present in the bulbar conjunctiva near the limbus, palpebral conjunctiva, forniceal, in the plica or in the region of the caruncle. Originate from areas of primary acquired melanosis with atypia, also from areas with conjunctival nevi, and from sites with no previous lesions. It presents as a mass or an elevated pigmented conjunctival lesion, it may also have a more diffuse or multiple appearance, with ill-defined borders, particularly when associated with primary acquired melanosis. Treatment consists of surgical excision with a wide margin, if possible total and as early as possible, and cryotherapy to prevent recurrence. It is an extremely rare disease with a high rate of metastasis and mortality. The identification of these lesions and their diagnosis allow treatment, contributing to the reduction of morbidity and mortality. This study describes a case of conjunctival melanoma in a young man, probably originating from a nevus, with disease with cervical lymph node involvement and parotid gland, and as treatment performed neck dissection with orbital exenteration with flap creation in addition to radiotherapy.

**Keywords:** Melanoma; Nevus; Conjunctiva.

## INTRODUÇÃO

O melanoma é uma neoplasia maligna que, na maioria dos casos, origina-se da transformação maligna de melanócitos da pele e/ou da mucosa. Apenas 1,3% dos melanomas acomete as mucosas e, destes, cerca de 55% ocorrem na região de cabeça e pescoço, 18% no trato genital feminino, 23,8% na região anal/retal e 2,8% no trato urinário<sup>(1)</sup>. Em relação à região cervicofacial, o local mais comum para o aparecimento do melanoma é a conjuntiva, seguido pelas vias aéreas superiores e mucosa oral<sup>(2)</sup>.

As lesões melanocíticas da superfície ocular representam um amplo espectro de condições, desde as benignas a malignas, como o melanoma da conjuntiva, que apesar de raro, representa a segunda lesão maligna conjuntival mais frequente depois do carcinoma de células escamosas, corresponde a apenas de 2% dos melanomas oculares e menos de 1% de todos os tumores malignos do olho<sup>(3,4)</sup>.

Melanoma de conjuntiva é um tumor que pode acometer a mucosa dos olhos e das pálpebras. O tumor incide tipicamente na quinta década de vida. É raro o acometimento em negros ou durante as primeiras décadas de vida. A exposição à radiação ultra-violeta parece estar associada há uma maior incidência desse tumor<sup>(5)</sup>.

O tumor pode acometer a conjuntiva bulbar próxima ao limbo, conjuntiva palpebral, forniceal, na plica ou na região da carúncula, podendo originar a partir de áreas de melanose adquirida primária com atipia, constituindo 75% dos casos, de áreas com nevos conjuntivais em cerca de 20% dos casos, e em locais sem lesões prévias (5% dos casos)<sup>(3)</sup>. É mais frequente em indivíduos idosos com idade média variando de 55 a 70 anos, caucasianos e com maior exposição aos raios ultravioleta<sup>(6-8)</sup>.

A história natural dessa patologia ainda não está bem esclarecida. Segundo alguns autores certos melanomas apresentam-se como simples nódulos pigmentados que nunca sofreram recorrência após uma excisão local, outros são mais agressivos ou recorrem de tempos em tempos<sup>(5)</sup>.

Os tumores originados na conjuntiva bulbar têm o melhor prognóstico, com uma sobrevida aos cinco anos de 100%. Essa taxa cai para 80% com os tumores de limbo e para 50% com os originados na conjuntiva palpebral (prognóstico desfavorável pelo atraso no diagnóstico, em virtude da localização)<sup>(9,10)</sup>.

Clinicamente, o melanoma de conjuntiva pode ter diversos tipos de apresentação. Classicamente, apresenta-se como uma massa ou uma lesão conjuntival pigmentada elevada. Em alguns casos, pode ter aspecto mais difuso ou múltiplo, com bordas mal definidas, particularmente quando associada à melanose adquirida primária. Em casos mais raros, o melanoma de conjuntiva pode apresentar-se como uma lesão de pigmentação rósea, avermelhada ou amelanótico, dificultando e retardando seu diagnóstico<sup>(11,12)</sup>.

Apresenta três formas clínicas:

- 1) Melanoma com melanose primária adquirida: ocorre quando o tumor evolui indiretamente após um variável e prolongado curso de melanose primária adquirida. Nesses casos a principal suspeita de malignidade deve-se ao aparecimento repentino de um ou mais nódulos em outros planos de lesão, podendo ou não acometer a pele adjacente;
- 2) Melanoma primário sem melanose primária adquirida;
- 3) Melanoma derivado de um nevus pré-existente sendo esse muito raro.

O tratamento consiste na excisão cirúrgica com margem ampla e crioterapia para prevenir à recidiva. É extremamente importante não tocar a conjuntiva normal com nenhum instrumento ou esponjas que entrem em contato com o tumor para evitar disseminação. A biópsia incisional deve ser evitada devido ao risco de disseminação tumoral e de fibrose local. Se a histologia revelar extensão do tumor à margem profunda da amostra, pode-se utilizar radioterapia quando a conjuntiva estiver cicatrizada. Caso ocorrer disseminação superficial difusa, pode-se prescrever quimioterapia tópica adjunta<sup>(10,11)</sup>.

## RELATO DE CASO

A.S.C. 44 anos, sexo masculino com história de que em 2019 notou surgimento de lesão enegrecida em pálpebra inferior esquerda, indolor, que apresentava sangramento quando em atrito com objetos ásperos, por exemplo, toalha, e melhorava espontaneamente. Em dezembro de 2020 a lesão apresentou crescimento rápido associada a “sensação de areia no olho”, o que o fez procurar assistência médica.

Ao exame físico foi evidenciada lesão pigmentada, enegrecida, de contornos bem definidos em pálpebra inferior esquerda sem infiltração da

região supraorbitária; mobilidade do globo ocular preservada. À palpação, verificou-se nódulo suspeito de metástase em região de parótida esquerda. A biopsia da lesão revelou melanoma de mucosa conjuntival ocular.

Foram realizadas tomografias de crânio, pescoço, tórax e abdome, que demonstraram linfonomegalia única em região parotídea à esquerda com realce periférico ao contraste e áreas centrais de necrose/liquefação medindo cerca de 19 x 18mm.

Em março de 2021, o paciente foi submetido a cirurgia, sendo realizada a ressecção da lesão por meio de exenteração orbitária esquerda, seguida de esvaziamento cervico facial esquerdo e reconstrução com retalhos locais. No intra-operatório, foram vistos diversos linfonodos suspeitos em região cervical, além daquele localizado na região parotídea. Foram deixados 2 drenos de sucção para vigiar sangramento. Paciente evoluiu no pós-operatório bem, estável, sem queixas, sem sangramento com retirada dos drenos no 4º dia de pós-operatório sem intercorrência e recebendo alta hospitalar no 5º dia do pós-operatório para acompanhamento de seguimento em ambulatório.



**Figura 1.** Lesão melanocítica em paciente antes da cirurgia.

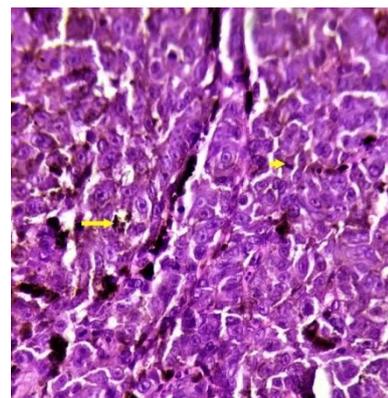
**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



**Figura 2.** Peça cirúrgica - Macroscopia.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

O histopatológico revelou melanoma conjuntival invasivo, infiltração de 3mm, ulceração presente, mitoses 7/MM2, margens livres, regressão ausente, invasão angiolinfática e perineural ausente, linfonodo intraparotídeo com metástase de melanoma, metástase em 4/13 linfonodos cervicais, extensão extracapsular, sendo então encaminhado para tratamento adjuvante.



**Figura 3.** Células melanocíticas atípicas. Pigmento de melanina (seta). Figura de mitose (cabeça de seta). HE 200x.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



**Figura 4.** Leito operatório após tratamento adjuvante.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Realizou radioterapia adjuvante 20 sessões de 275CGY em região de leito operatório, região de parótida e drenagem linfática cervical.

## DISCUSSÃO

Uma ampla variedade de lesões pigmentadas pode ser vista clinicamente na superfície da conjuntiva ocular e palpebral. O diagnóstico pode ser difícil e ter graus variáveis de potencial maligno. O melanoma de conjuntiva é umas dessas lesões melanocíticas, e pode ser considerada uma neoplasia rara, pois corresponde apenas de 2% dos melanomas oculares e menos de 1% de todos os tumores malignos do olho. No entanto, este é extremamente agressivo com elevadas taxas de metástases e de mortalidade <sup>(12)</sup>.

O melanoma da conjuntiva é mais encontrado no sexo feminino e na raça branca e geralmente ocorre por volta da quarta a sétima década de vida. Apresenta-se como uma massa elevada com pigmentação variável, na área interpalpebral e perilimbal <sup>(12)</sup>.

### Lesões Precursoras

**Nevo conjuntival:** Os nevos conjuntivais são os tumores benignos mais frequentes da conjuntiva <sup>(14)</sup>. Os nevos podem ser congênitos ou adquiridos <sup>(15)</sup>. Os nevos conjuntivais adquiridos costumam aparecer na primeira década de vida. O acometimento da conjuntiva forniceal e tarsal é raro e seu envolvimento pode indicar maior risco de malignidade. A córnea não costuma ser acometida <sup>(4)</sup>.

Os nevos podem ser focais ou difusos, mas não multifocais. Por serem superficiais podem ser mobilizados com a conjuntiva sobre a esclera, a não ser quando situados sobre o limbo ou a conjuntiva palpebral. A grande maioria dos nevos conjuntivais é pigmentada e esta pigmentação pode variar aumentando sua intensidade na puberdade e na gestação <sup>(16)</sup>. Ausência de pigmentação (nevos amelanóticos) é observada em 16 a 29% dos casos <sup>(14)</sup>.

Os nevos conjuntivais possuem margens bem delimitadas e vasos nutritivos, embora menos frequentes que no MC, podem ser encontrados. A presença de cistos sugere benignidade e pode ser vista em até 65% dos nevos <sup>(4)</sup>. Na presença de pig-

mentação plana adjacente deve-se considerar a coexistência de melanose primária adquirida <sup>(15)</sup>.

**Melanose Adquirida Primária:** A melanose adquirida primária (MAP) da conjuntiva é uma lesão pigmentada plana, de aspecto amarronzado. É quase sempre unilateral ocorrendo em indivíduos da raça branca <sup>(17)</sup>. Tipicamente acomete pacientes de meia idade com predileção pelo sexo feminino. O termo “melanose” indica que o pigmento encontrado é derivado especificamente da produção de melanina, enquanto o termo “adquirida” distingue estas lesões das congênitas. O termo “primária” caracteriza que as lesões em questão não são decorrentes de processos generalizados de pigmentação, como em doenças sistêmicas (por exemplo, doença de Addison), ou secundário a fatores locais tais como a presença de corpo estranho, trauma, inflamação, ou uso de medicação tópica como epinefrina <sup>(18)</sup>.

Apesar de a conjuntiva bulbar ser o local mais frequentemente acometido pela MAP, todas as porções da conjuntiva podem ser afetadas. Quando há envolvimento da conjuntiva palpebral, a pigmentação pode estender-se sobre a margem palpebral até a epiderme adjacente. O aspecto clínico da MAP pode variar. Classicamente a área de pigmentação é difusa, pobremente circunscrita, irregular e localizada próxima ao limbo. As áreas de pigmentação podem diminuir de tamanho, permanecer estáveis ou exibir crescimento radial, intensificando ou diminuindo sua coloração. Pacientes sendo acompanhados por, ou com diagnóstico recente de MAP, e que apresentem alteração do padrão plano da lesão com o surgimento de um ou mais nódulos, devem ser considerados em risco de progressão para melanoma de conjuntiva <sup>(17)</sup>.

A MAP pode ser classificada histologicamente em MAP com ou sem atipia. Esta diferenciação é fundamental, já que os pacientes com atipia apresentam risco de até 46,4% de progressão para melanoma de conjuntiva (MC) em cerca de 2,5 anos <sup>(19)</sup>. Quanto maior a extensão em “horas de relógio” maior a chance de recorrência e progressão para MC. 20 Pacientes portadores de MAP com atipia e aumento da densidade linfática tumoral apresentam maiores chances de recorrência, aumentando o risco de progressão para MC <sup>(7)</sup>.

**Melanoma:** Apesar de raro, o melanoma conjuntival representa a segunda lesão maligna

mais comum da conjuntiva. O MC corresponde a apenas 1,6% de todos os melanomas não cutâneos e a 2% de todas as lesões malignas oculares.

O MC representa um desafio para o clínico e para o patologista, pois pode apresentar diversas facetas e originar-se de lesões aparentemente benignas como os nevos conjuntivais, ou até mesmo de lesões não pigmentadas como em alguns casos de melanose adquirida primária (MAP).

O exame histopatológico da conjuntiva se mostrou um procedimento simples, que forneceu informações valiosas no estudo das lesões oculares externas. Nesse sentido, o método pode ser considerado eficaz, confiável e de fácil execução. É por meio da imunohistoquímica que se identificam os tipos celulares encontrados em cada lesão. Na microscopia óptica, quatro tipos celulares de melanoma de conjuntiva podem ser encontrados:

1. Células pequenas poliédricas;
2. Células grandes epitelioides;
3. Células fusiformes;
4. Células em “Balão”.

É frequente visualizar a combinação entre os tipos celulares em um mesmo melanoma. As células melanocíticas são altamente invasíveis e podem comprometer a esclera, e se estender a episclera <sup>(12)</sup>.

Em relação ao tratamento, existem várias técnicas e variáveis prognósticos. Dentre as mais utilizadas temos: excisão local em geral associada à crioterapia ou laser local; exenteração reservada aos grandes tumores disseminados para a pálpebra e a órbita; e quimioterapia paliativa para a doença metastática.

O tratamento deve ser a exérese total o mais cedo possível após o diagnóstico — se possível, com crioterapia adjuvante no leito da lesão e nos bordos dos tecidos perilesionais. Lesões com prognóstico ruim incluem lesões que atingem a conjuntiva do fórnice ou tarsal, invasão da esclerótica e da órbita e a ausência de inflamação. Após a excisão cirúrgica do MC, é necessário um acompanhamento, inicialmente trimestral, posteriormente, semestral, juntamente com a avaliação sistêmica <sup>(13)</sup>.

A biópsia incisional deve ser evitada devido ao risco de disseminação tumoral e de fibrose local, sendo apenas razoável nos casos associados a MAP com pigmentação difusa e controle em áreas apa-

rentemente (sem pigmentação) e não acometidas<sup>(20)</sup>.

As taxas de metástase encontradas por Shields et al., para o MC foram de 16% em 5 anos, 26% em 10 anos e 32% em 15 anos de acompanhamento. A metástase ocorre por contiguidade ou por disseminação através da via linfática. Os locais mais comumente afetados pela doença metastática são os linfonodos regionais, seguidos do cérebro, fígado, pulmões e da doença disseminada. Os fatores relacionados a maiores taxas de metástase foram o envolvimento da margem lateral na peça cirúrgica e a localização não acometendo o limbo <sup>(21)</sup>. A palpação dos linfonodos regionais deve ser realizada de rotina nas consultas de seguimento.

O MC pode recorrer após tratamento em 26% dos casos em 5 anos, 51% em 10 anos e 65% em 15 anos de acompanhamento. A localização do tumor (não acometendo o limbo) e o envolvimento das margens cirúrgicas (margem lateral) são fatores fortemente correlacionados com a recidiva tumoral <sup>(21)</sup>. Outros fatores associados com maior recidiva do MC são invasão palpebral, diâmetro basal maior que 5 mm e alta densidade linfática intratumoral. Tumores recorrentes podem apresentar pigmentação diferente do tumor primário, podendo ser amelanóticos ou de aspecto semelhante a um granuloma piogênico, dificultando o diagnóstico<sup>(21)</sup>.

## CONCLUSÃO

O melanoma conjuntival é extremamente raro e com alta potência de metástase e de letalidade. Ainda há poucos estudos na área. O diagnóstico histopatológico e abordagem terapêutica de excisão cirúrgica seguindo critérios de segurança são de extrema importância para obtermos melhores prognósticos evitando a doença residual, e diminuindo assim, as taxas de recorrência e de metástase, tendo em vista que diagnóstico tardio pode comprometer com comportamento agressivo e baixa sobrevida do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. *Oral oncology*, 2000; 36(2): 152-169.
2. Rapidis AD, Apostolidis C, Vilos G, Valsamis S. Primary malignant melanoma of the oral mucosa. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 2003; 61(10): 1132-1139.

3. Scotto J, Fraumeni Jr JF, Lee JA. Melanomas of the eye and other noncutaneous sites: epidemiologic aspects. *Journal of the National Cancer Institute*, 1976; 56(3): 489-491.
4. Shields CL, Shields JA. Tumors of the conjunctiva and cornea. *Surv Ophthalmol*. 2004;49(1):3-24.
5. Shields J. Diagnosis and management of orbital tumors. WB Saunders Company, 1989
6. Paridaens AD, McCartney AC, Curling OM, Lyons CJ, Hungerford JL. Impression cytology of conjunctival melanosis and melanoma. *Br J Ophthalmol*. 1992;76(4):198-201.
7. Yu GP, Hu DN, McCormick S, Finger PT. Conjunctival melanoma: is it increasing in the United States? *Am J Ophthalmol*. 2003;135(6):800-6.
8. Sergard S. Cell proliferation as a prognostic indicator in conjunctival malignant melanoma. *Am J Ophthalmol*. 2003; 116(1): 93-7.
9. Kanski J, Bowling B. *Oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática*. 26ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 514-7.
10. Yanoff M , Duker J. Conjunctival melanoma. In: Yanoff M , Duker J. *Ophthalmology*. 4ª ed. Elsevier; 2004.p 538-541.
11. Brownstein S. Malignant melanoma of the conjunctiva. *Am J Ophthalmol*. 2004; 11(5): 310-6.
12. Novais GA, Karp CL. Diagnosis and management of conjunctival melanoma. *Ophthalmic Pearls*. 2010; 24(8): 47-52.
13. Lommatzsch PK, Lommatzsch RE, Kirsch I, Fuhrmann P. Therapeutic outcome of patients suffering from malignant melanomas of the conjunctiva. *Br J Ophthalmol*. 1990; 74(10) :615-69.
14. Jay B. Naevi and melanomata of the conjunctiva. *Br J Ophthalmol*. 1965; 49: 169-204
15. Folberg R, Jakobiec FA, Bernardino VB, Iwamoto T. Benign conjunctival melanocytic lesions. Clinicopathologic features. *Ophthalmology*. 1989; 96(4): 436-61.
16. Cameron ME. Spontaneous cyclical pigmentary changes in a conjunctival naevus. *Br J Ophthalmol*. 1982; 66(2): 115-7.
17. Jakobiec FA, Folberg R, Iwamoto T. Clinicopathologic characteristics of premalignant and malignant melanocytic lesions of the conjunctiva. *Ophthalmology*. 1989; 96(2): 147-66.
18. Baum TD, Adamis AP, Jakobiec FA. Primary acquired melanosis of the conjunctiva. *Int Ophthalmol Clin*. 1997; 37(4): 61-72.
19. Folberg R, McLean IW, Zimmerman LE. Primary acquired melanosis of the conjunctiva. *Hum Pathol*. 1985; 16(2): 129-35.
20. Shields, J. A., Shields, C. L., Mashayekhi, A., Marr, B. P., Benavides, R., Thangappan, A., ... & Eagle Jr, R. C. Primary acquired melanosis of the conjunctiva: risks for progression to melanoma in 311 eyes: The 2006 Lorenz E. Zimmerman lecture. *Ophthalmology*, 2008); 115(3): 511-519.
21. Shields CL, Shields JA, Gündüz K, Cater J, Mercado GV, Gross N, et al.. Conjunctival melanoma: risk factors for recurrence, exenteration, metastasis, and death in 150 consecutive patients. *Arch Ophthalmol*. 2000;118(11):1497-507.

# ABDOME AGUDO VASCULAR POR TROMBOSE DE VEIA MESENTÉRICA SUPERIOR, PORTA E ESPLÊNICA

DIELLY CHAVES MOREIRA<sup>1</sup>; LARISCE LOPES SARMENTO<sup>1</sup>; FELIPE SIQUEIRA TEIXEIRA<sup>1</sup>; LARISSA CAVALCANTE AMORA<sup>1</sup>; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA<sup>2</sup>; ISAQUE CÉSAR CARNEIRO RAMOS<sup>2</sup>.

1 – Médico (a) Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Acadêmicos de Medicina da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Artigo submetido em: 01/11/2021

Artigo aceito em: 23/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: heronsaboia@gmail.com

## RESUMO

O abdome agudo vascular (ou isquêmico) ocorre quando o fluxo sanguíneo para os vasos mesentéricos é insuficiente para manter as demandas metabólicas dos órgãos viscerais abdominais. Tanto a gravidade da isquemia quanto o tipo de órgão envolvido dependem do vaso afetado e da extensão do fluxo sanguíneo de vasos colaterais. Dentre os casos de abdome agudo vascular, a trombose venosa dos vasos abdominais é uma importante causa. Este artigo em questão tem como objetivo relatar um caso de trombose venosa de veia mesentérica superior, porta e esplênica com resolução conservadora.

**Palavras-chave:** Abdome Agudo; Trombose Venosa Mesentérica; Tratamento Conservador.

## ABSTRACT

Acute vascular (or ischemic) abdomen occurs when blood flow to the mesenteric vessels is insufficient to maintain the metabolic demands of the abdominal visceral organs. Both the severity of ischemia and the type of organ involved depend on the vessel affected and the extent of blood flow from collateral vessels. Among the cases of vascular acute abdomen, venous thrombosis of the abdominal vessels is an important cause. This article aims to report a case of venous thrombosis of the superior mesenteric, portal and splenic veins with conservative resolution.

**Keywords:** Abdomen, Acute; Venous Thrombosis, Mesenteric; Conservative Treatment.

## INTRODUÇÃO

O abdome agudo vascular (ou isquêmico) ocorre quando o fluxo sanguíneo para os vasos mesentéricos é insuficiente para manter as demandas metabólicas dos órgãos viscerais abdominais. Tanto a gravidade da isquemia quanto o tipo de órgão envolvido dependem do vaso afetado e da extensão do fluxo sanguíneo de vasos colaterais. Dentre os casos de abdome agudo vascular, a trombose venosa dos vasos abdominais é uma importante causa <sup>(1)</sup>.

No tocante à drenagem venosa da parte abdominal do trato digestório, a maior responsável é a veia porta do fígado, formada pela união das veias mesentérica superior (VMS) e veia esplênica (VE). A veia mesentérica inferior (VMI) drena o sangue proveniente dos cólons descendente e sigmóide, fluindo geralmente para a veia esplênica. Já as veias gástricas (direita e esquerda) e algumas veias duo-

denais drenam diretamente para a veia porta do fígado <sup>(1,2)</sup>.

A trombose mesentérica e da veia porta é uma doença rara, podendo apresentar-se como um caso agudo e potencialmente fatal. Devido o fato de seu quadro clínico não ser específico (dor abdominal periumbilical, náuseas e vômitos), o diagnóstico, e consequentemente o tratamento inicial, possui uma tendência a atrasar de dias a semanas. Apesar disso, uma vez que a trombose venosa mesentérica é uma das hipóteses diagnósticas possíveis, a tomografia computadorizada (TC) deve ser realizada de forma iminente. Casos agudos com necrose intestinal podem necessitar de uma laparotomia exploratória imediata <sup>(3-5)</sup>.

A trombose mesentérica e da veia porta é uma doença rara, podendo apresentar-se como um

caso agudo e potencialmente fatal. Devido o fato de seu quadro clínico não ser específico (dor abdominal periumbilical, náuseas e vômitos), o diagnóstico, e conseqüentemente o tratamento inicial, possui uma tendência a atrasar de dias a semanas. Apesar disso, uma vez que a trombose venosa mesentérica é uma das hipóteses diagnósticas possíveis, a tomografia computadorizada (TC) deve ser realizada de forma iminente. Casos agudos com necrose intestinal podem necessitar de uma laparotomia exploratória imediata (3-5).

Semelhante à trombose venosa ocorrendo em outros locais do corpo, tais como nas extremidades inferiores, a tríade de *Virchow* (hipercoagulabilidade, lesão endotelial e estase venosa) proporciona um ambiente propício para o surgimento de tal condição. Tendo isso em vista, no contexto abdominal existem uma série de fatores de risco relacionados ao surgimento dos fatores da tríade (**Quadro 1**) (2,6).

O artigo em questão possui o intuito de apresentar um relato de caso acerca de um paciente admitido para investigação clínica no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar com queixas de dor abdominal, cujo diagnóstico final foi de trombose de veia porta, veia mesentérica superior e veia esplênica.

**Quadro 1 - Fatores de Risco para Trombose Portal**

Desordens Sistêmicas	- Hipertensão portal avançada com redução do fluxo sanguíneo portal;
	- Desvio sanguíneo secundário a <i>shunts</i> portosistêmicos;
	- Malignidades.
Trombofilias Hereditárias	- Mutação no Fator V Leiden;
	- Mutação no gene G20210 da Protrombina.
	- Aumento do Fator VIII;
	- Deficiência da proteína C e S, deficiência de antitrombina.
Trombofilias Adquiridas	- Presença do Anticorpo Antifosfolípidos
	- Outras Trombofilias adquiridas.
Outros Fatores de Risco Sistêmicos	- Esteatose hepática não alcoólica;
	- Outros fatores extrínsecos.
Fatores de Risco Locais	- Malignidade Abdominal: carcinoma hepatocelular, adenocarcinoma gástrico, adenocarcinoma pancreático, colangiocarcinoma, linfoma, etc;
	- Cirurgias Intraabdominais: hepatectomia, <i>shunt</i> cirúrgico, colecistectomia, esplenectomia, colectomia, <i>by-pass</i> gástrico, trauma, etc;
	- Infecções abdominais;
	- Condições inflamatórias abdominais: pancreatite, colecistite, diverticulite, colangite, apendicite, úlcera péptica perfurada, doença inflamatória intestinal, etc;
	- Cirrose Hepática.

## RELATO DE CASO

O paciente do caso em questão era do sexo masculino, 51 anos, natural e procedente do interior do Ceará, etilista e colecistectomizado há 10 anos. Foi admitido no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar regulado via Central de Leitos para investigação de epigastria com irradiação para mesogástrio e fossa ilíaca direita, de forte intensidade há 1 mês, constante, com piora após refeições ou ingestão hídrica. Além disso, referiu perda ponderal de aproximadamente 10 quilos (kg) durante esse período. Por fim, cerca de 20 dias após o início do quadro, o paciente referiu que passou a apresentar 1 episódio diário de fezes líquidas, sem sangue, muco ou pus. Negou febre e vômitos durante todo o período.

Durante exame físico, paciente encontrava-se taquicárdico (frequência cardíaca 120 batimentos por minutos) e com abdome apresentando ruídos hidroaéreos audíveis, globoso, doloroso à palpação profunda do epigástrio e região periumbilical. Sem massas ou visceromegalias palpáveis e sem sinais de peritonite. Não apresentava estigmas de doença hepática no exame físico.

Diante desse quadro, foram solicitados exames laboratoriais, cuja única alteração foi uma discreta leucocitose a custa de segmentados (13.800), e sorologias para doenças infecciosas (HIV, Sífilis e Hepatites) negativas. Com base nos achados inespecíficos anteriores, foram solicitados novos exames para uma melhor investigação. O paciente realizou uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA), cujos achados foram: esofagite erosiva distal (grau B de Los Angeles) (**Quadro 2**); esboços varicosos em terço esofágico distal; gastrite enantematosa moderada de corpo e edematosa e enantematosa moderada de antro.

**Quadro 2 - Classificação de Esofagite Erosiva de Los Angeles**

A	1 ou mais erosões menores do que 5 mm.
B	1 ou mais erosões maiores do que 5 mm, mas que não se juntam a outras.
C	Erosões que se unem, envolvendo menos do que 75% do órgão.
D	Erosões que estão em pelo menos 75% da circunferência do esôfago.

Ainda no contexto investigativo, foi realizada uma tomografia de abdome total com contraste. Esta evidenciou apêndice cecal de aspecto habitual, espessamento difuso de alças ileais, com densificação da gordura adjacente e pequena quantidade de

líquido livre na pelve, achados estes sugestivos de ileíte. Este exame foi correlacionado com angiotomografia computadorizada de abdome total arterial e venoso, onde foi possível identificar sinais de trombose da veia porta, veia esplênica e veia mesentérica superior, com extensão aos ramos segmentares e submentares (**Figuras 1 e Figura 2**).

Ademais, paciente realizou colonoscopia que concluiu íleo terminal sem maiores anormalidades. Os demais achados estarão apresentados no (**Quadro 3**).

**Quadro 3 – Achados da Colonoscopia**

Sigmoide	Presença de divertículo isolado, óstio estreito e sem sinais de inflamação ou sangramento. Identificado ainda duas pequenas angiectasias, sem sinais de sangramento.
Reto	Erosões desnudas e em pequeno número, realizado biópsias (retite erosiva leve).

Tendo em vista os achados dos exames de imagem, o paciente recebeu diagnóstico de trombose de veia mesentérica superior, porta e esplênica. Foi iniciado Enoxaparina na dose terapêutica de 200 mg por dia e posteriormente realizado tratamento com Varfarina até atingir a dose adequada de anticoagulação de acordo com valores de INR (entre 2 e 3). Após o início do tratamento, paciente apresentou melhora completa da queixa álgica e diarreica, seguindo com estabilidade clínica, em condições de seguimento ambulatorial.

Tendo em vista a relação entre condições trombóticas e o caso em questão, foram solicitados Anticoagulante Lúpico, Fator V, Mutação do gene da protrombina (G20210A), Mutação do Fator V de Leiden (G1691A), Antígeno Carcinoembrionário, Anti-Cardiolipina IgM, Anti-Cardiolipina IgG e Dosagem de Homocisteína. Todos os exames estavam dentro da faixa de normalidade, não explicitando nenhuma condição pró-trombótica.



**Figura 1.** Tomografia computadorizada evidenciando trombose de Veia Porta caracterizada por falhas de enchimento à passagem do meio de contraste.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



**Figura 2.** Tomografia computadorizada evidenciando trombose de Veia Mesentérica Superior caracterizada por falhas de enchimento à passagem do meio de contraste.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

## DISCUSSÃO

Por razões ainda não completamente compreendidas, no contexto de trombose venosa mesentérica (TVM), a veia mesentérica superior (VMS) está mais frequentemente envolvida do que a veia mesentérica inferior (VMI), esta última possuindo uma estimativa de ser responsável por até 11% dos casos (5, 7). Além disso, estima-se que em 30% dos casos, a veia porta esta acometida concomitantemente à veia mesentérica superior (4). No caso apresentado, o paciente possuía acometimento da veia mesentérica superior, veia porta e veia esplênica.

Apesar de ser uma condição relativamente rara e com baixa incidência, a prevalência da TVM aumentou nas últimas duas décadas, muito devido os avanços da capacidade diagnóstica da tomografia computadorizada (TC). No entanto, a hipótese de TVM muitas vezes não é suspeitada pela equipe assistencial, fato que subestima sua incidência. A TVM aguda é responsável por até 6% a 9% de todos os casos de isquemia mesentérica, sendo causador por 1 em 5.000-15.000 admissões em pacientes internados e 1 em 1.000 admissões em departamentos de emergência (8).

Abordando mais especificamente a epidemiologia da trombose venosa portal (TVPO), um grande estudo sueco encontrou uma prevalência populacional de TVPO de 1%, sendo a maioria dos casos associados com cirrose e malignidade hepa-

tobiliar (6,9). De forma semelhante, um estudo multicêntrico subsequente encontrou uma taxa de incidência de 0,7 por 100.000 habitantes por ano e prevalência de 3,7 por 100.000 habitantes(6,10).

A TVM é considerada primária quando não há etiologia ou fator predisponente (1). Ao contrário do acometimento arterial, a TVM geralmente ocorre em pacientes portadores de trombofilia. Estados protrombóticos e hipercoaguláveis primários são as causas mais comuns de TVM secundária. Estados hipercoaguláveis específicos são identificados em 60% a 75% dos pacientes (6,8,11). A trombose mesentérica combinada com a trombose venosa portal está mais frequentemente associada a patologias não sistêmicas, como condições inflamatórias abdominais locais (por exemplo, doença inflamatória intestinal, pancreatite, diverticulite), neoplasias mieloproliferativas e doenças malignas (por exemplo, carcinoma hepatocelular, adenocarcinoma pancreático) (8).

Acerca dos fatores de risco, 75% dos pacientes com TVM têm uma condição trombótica hereditária associada. Encontramos na literatura médica que o distúrbio mais comum é uma mutação do fator V Leiden, presente em até 20–40% desses pacientes. A deficiência da proteína C ativada, mutações no gene da protrombina ou no gene JAK2, deficiências na proteína S, deficiência na proteína C, deficiência da antitrombina e a presença de anticorpos antifosfolípidos compõem o restante dos casos (5,6,12). Além disso, é importante destacar que os pacientes podem ter mais de um fator de risco simultaneamente ao diagnóstico (pacientes com um fator de risco local também podem ter um fator de risco sistêmico) (11).

Mesmo com os inúmeros fatores de risco apresentados no (**Quadro 1**), aproximadamente 25% dos pacientes não têm fator de risco causal identificado (11). Como dito anteriormente, no nosso caso foi solicitado Anticoagulante Lúpico, Fator V, Mutação do gene da protrombina (G20210A), Mutação do Fator V de Leiden (G1691A), Antígeno Carcinoembrionário, Anti-Cardiolipina IgM, Anti-Cardiolipina IgG e Dosagem de Homocisteína, porém todos estavam dentro do espectro de normalidade.

A média das idades de apresentação costuma ser entre os 40 e 60 anos, sendo mais comum em pacientes do sexo masculino. A dor abdominal é

o sintoma dominante e geralmente é intensa, localizada no meio do abdome e desproporcional ao exame físico. Náuseas, vômitos, diarreia ou sangramento gastrointestinal também podem ocorrer. Outros sintomas relatados são constipação, anorexia e febre. A febre no início dos sintomas sugere pileflebite ou uma TVPO infectada associada a infecções intestinais, geralmente diverticulite aguda ou apendicite (7). Nosso paciente apresentou sinais clínicos semelhantes aos encontrados na literatura.

Devido o quadro clínico não possuir sinais patognomônicos, a avaliação mais confiável em casos de suspeita de TVM são os exames de imagens abdominais. As radiografias são capazes de mostrar anormalidades em 50% a 75% dos casos. No entanto, elas mostram evidências de isquemia intestinal em menos de 5% dos casos, sendo que esta é uma informação imprescindível para planejamento terapêutico. A TC abdominal com contraste é a ferramenta diagnóstica ideal, pois sua precisão é de aproximadamente 90% para TVM (7,13). As vantagens da TC incluem a visualização de todo o sistema venoso mesentérico, ampla disponibilidade e facilidade de visualização por médicos. As desvantagens incluem exposição à radiação, risco de nefropatia por contraste e variações técnicas que podem limitar a interpretação (6).

Os objetivos do tratamento da trombose venosa mesentérica são prevenir a isquemia intestinal e diminuir o risco de trombose recorrente no futuro. Anteriormente, o método de tratamento inicial era a cirurgia, tal como a trombectomia intravenosa com trombólise. No entanto, as abordagens mais contemporâneas envolvem principalmente terapia de anticoagulação e acompanhamento adequado, que são menos invasivos e têm melhores resultados para os pacientes. A heparina deve ser administrada assim que o diagnóstico de trombose venosa mesentérica for estabelecido. Assim que o paciente melhora, os procedimentos invasivos não são mais necessários e a terapia com varfarina é introduzida. Pacientes com condições reversíveis conhecidas completam a anticoagulação por aproximadamente 6 meses. Pacientes com estados pró-trombóticos com etiologia desconhecida continuam a anticoagulação vitalícia (2,13-15).

Se a isquemia intestinal for iminente ou sinais de irritação peritoneal estiverem presentes, uma avaliação cirúrgica urgente é mandatória. A

intervenção cirúrgica padrão inclui laparotomia exploradora com possível ressecção intestinal com ou sem restabelecimento imediato da continuidade intestinal, dependendo da quantidade de contaminação peritoneal e da estabilidade hemodinâmica do paciente. Uma reexploração cirúrgica pode ser necessária antes do fechamento final da parede abdominal para avaliar o risco de isquemia contínua intestinal. Ainda nesse contexto, gostaríamos de destacar que deve ser feito o máximo praticável conservar a maior intestino quanto possível. Aqueles devidamente tratados tendem a ter um bom prognóstico a longo prazo (2,13-15). No caso apresentado por nós, o paciente não possuía sinais de isquemia de alças intestinais, portanto, foi tratado de forma conservadora com anticoagulação e rastreio de trombofilias.

O desfecho em pacientes com TVP crônica não cirrótica depende da etiologia subjacente, mas geralmente costuma cursar com um bom prognóstico. Em um grande estudo prospectivo de 178 pacientes, a morte foi rara durante o acompanhamento e a sobrevivência um ano foi de 96% (6, 10, 16,17).

A anticoagulação é a base da terapia para TVP aguda não tumoral e não isquêmica, devendo ser iniciada no momento do diagnóstico (18-21). O momento da anticoagulação é um fator importante e estudos indicam que os pacientes que iniciaram a anticoagulação em até 6 meses após o diagnóstico têm maior probabilidade de desenvolver recanalização venosa(22). No quadro agudo, a Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) ou Heparina Não Fracionada (HNF) são os agentes preferenciais, geralmente sucedidos por Antagonistas da Vitamina K (AVK). Estudos retrospectivos estabeleceram a eficácia da anticoagulação, revelando taxas de recanalização de até 45% (6, 19,21). Em nosso caso, o paciente iniciou a Enoxaparina (HBPM) na dose de 200 mg/dia e posteriormente mantendo apenas a Varfarina (AVK), apresentando melhora na sintomatologia algica e diarreica.

As diretrizes atuais da *European Association for the Study of the Liver (EASL)* recomendam uma duração mínima de tratamento de 6 meses, compatível com as diretrizes para tromboembolismo venoso não provocado (23,24), no entanto, a etiologias subjacentes podem necessitar de terapia indeterminada (25).

Uma grande revisão sistemática analisou 8 estudos separados comparando 353 pacientes com

cirrose e TVPO tratados com HBPM ou AVK em comparação com pacientes que não receberam tratamento. De modo geral, 72% dos pacientes em anticoagulação alcançaram recanalização em comparação com 42% que não receberam tratamento, sem diferenças significativas na taxa de sangramento (6, 26).

Os anticoagulantes orais diretos (DOACs) tem sido cada vez mais utilizados na prática clínica, muito devido seu perfil de segurança aceitável sem a necessidade de monitoramento por testes laboratoriais frequentes e simples reversibilidade. Apesar disso, os estudos que examinam os DOACs para o tratamento da TVPO na cirrose compensada permanecem limitados(6, 27-30).

## CONCLUSÃO

Este artigo tem como objetivo relatar um caso de trombose venosa mesentérica com conduta conservadora. Está temática é fundamental para a equipe cirúrgica assistencial, pois possui potencial de acarretar em significativa diminuição de qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Lima HKSS, Lima Neto AS, De Mesquita Júnior, FM. Fundamentos – Cirurgia e Emergência. Fortaleza: Editora LCR; 2020.
2. Sharma AM, Zhu D, Henry Z. Portal vein thrombosis: When to treat and how?. *Vascular Medicine*, 2016; 21(1): 61-69.
3. Tateishi A, Mitsui H, Oki T, Morishita J, Maekawa H, Yahagi N, et al. Extensive mesenteric vein and portal vein thrombosis successfully treated by thrombolysis and anticoagulation. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 2001; 16(12): 1429-1433.
4. Rhee RY, Gloviczki P. Mesenteric venous thrombosis. *Surgical Clinics of North America*, 1997; 77(2): 327-338.
5. Lee LYW, Aubrey-Jones H, Lacey R, De Silva A. Mesenteric vein thrombosis; not going with the flow. *BMJ Case Reports*, 2014. DOI: 10.1136/bcr-2013-202396.
6. Intagliata NM, Caldwell SH, Tripodi A. Diagnosis, development, and treatment of portal vein thrombosis in patients with and without cirrhosis. *Gastroenterology*, 2019; 156(6): 1582-1599.

7. Singal AK, Kamath PS, Tefferi A. Mesenteric venous thrombosis. In *Mayo Clinic Proceedings – Elsevier*, 2013; 88(3): 285-294.
8. Sulger E, Dhaliwal HS, Goyal A, et al. Mesenteric Venous Thrombosis. [Updated 2021 Jul 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459184/>.
9. Ögren M, Bergqvist D, Björck M, Acosta S, Eriksson H, Sternby NH. Portal vein thrombosis: Prevalence, patient characteristics and lifetime risk: A population study based on 23 796 consecutive autopsies. *World journal of gastroenterology*, 2006; WJG, 12(13): 2115.
10. Rajani R, Björnsson E, Bergquist A, Danielsson Å, Gustavsson A, Grip O, Almer S. The epidemiology and clinical features of portal vein thrombosis: a multicentre study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2012; 32(9): 1154-1162.
11. Plessier A, Darwish-Murad S, Hernandez-Guerra M, Consigny Y, Fabris F, Trebicka J, et al. Acute portal vein thrombosis unrelated to cirrhosis: a prospective multicenter follow-up study. *Hepatology*, 2010; 51(1): 210-218.
12. Kumar S, Sarr MG, Kamath PS. Mesenteric venous thrombosis. *New England Journal of Medicine*, 2001; 345(23): 1683-1688.
13. Morasch MD, Ebaugh JL, Chiou AC, Matsumura JS, Pearce WH, Yao JS. Mesenteric venous thrombosis: a changing clinical entity. *Journal of vascular surgery*, 2001; 34(4): 680-684.
14. Acosta S, Alhadad A, Svensson P, Ekberg O. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. *Journal of British Surgery*, 2008; 95(10): 1245-1251.
15. Kozuch PL, Brandt LJ. Diagnosis and management of mesenteric ischaemia with an emphasis on pharmacotherapy. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2005; 21(3): 201-215.
16. Amitrano, L, Guardascione MA, Scaglione M, Pezzullo L, Sangiuliano N, Armellino MF, Balzano A. Prognostic factors in noncirrhotic patients with splanchnic vein thromboses. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 2007; 102(11): 2464-2470.
17. Ageno W, Riva N, Schulman S, Beyer-Westendorf J, Bang SM, Senzolo M, Dentali F. Long-term clinical outcomes of splanchnic vein thrombosis: results of an international registry. *JAMA Internal Medicine*, 2015; 175(9): 1474-1480.
- 18 - Plessier A, Darwish-Murad S, Hernandez-Guerra M, et al. Acute portal vein thrombosis unrelated to cirrhosis: a prospective multicenter follow-up study. *Hepatology*, 2010;51:210–218.
- 19 - Amitrano L, Guardascione MA, Scaglione M, et al. Prognostic factors in noncirrhotic patients with splanchnic vein thromboses. *Am J Gastroenterol*, 2007; 102:2464–2470.
- 20 - Hall TC, Garcea G, Metcalfe M, et al. Management of acute non-cirrhotic and non-malignant portal vein thrombosis: a systematic review. *World J Surg*, 2011; 35:2510–2520.
- 21 - Turnes J, Garcia-Pagan JC, Gonzalez M, et al. Portal hypertension-related complications after acute portal vein thrombosis: impact of early anticoagulation. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2008;6:1412–1417.
- 22 - Rodriguez-Castro KI, Vitale A, Fadin M, Shalaby S., Zerbini P, Sartori MT, Senzolo M. A prediction model for successful anticoagulation in cirrhotic portal vein thrombosis. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 2019; 31(1): 34-42.
- 23 - Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*, 2016;149:315–352.
- 24 - Baglin T, Bauer K, Douketis J, et al. Duration of anticoagulant therapy after a first episode of an unprovoked pulmonary embolus or deep vein thrombosis: guidance from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost*, 2012; 10:698–702.
- 25 - European Association for the Study of the Liver. *EASL Clinical Practice Guidelines: Vascular diseases of the liver*. *J Hepatol* 2016;64:179–202.

26 - Delgado MG, Seijo S, Yepes I, et al. Efficacy and safety of anticoagulation on patients with cirrhosis and portal vein thrombosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10:776–783.

27 - Hanafy AS, Abd-Elsalam S, Dawoud MM. Randomized controlled trial of rivaroxaban versus warfarin in the management of acute non-neoplastic portal vein thrombosis. *Vascul Pharmacol* 2018 June 7 [Epub ahead of print].

28 - Intagliata NM, Henry ZH, Maitland H, et al. Direct oral anticoagulants in cirrhosis patients pose similar risks of bleeding when compared to traditional anticoagulation. *Dig Dis Sci*, 2016;61:1721–1727.

29 - Hum J, Shatzel JJ, Jou JH, et al. The efficacy and safety of direct oral anticoagulants vs traditional anticoagulants in cirrhosis. *Eur J Haematol*, 2017;98:393–397.

30 - De Gottardi A, Trebicka J, Klinger C, et al. Antithrombotic treatment with direct-acting oral anticoagulants in patients with splanchnic vein thrombosis and cirrhosis. *Liver Int*, 2017;37: 694–699.

# ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR CISTO ESPLÊNICO

MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO<sup>1</sup>; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA<sup>2\*</sup>; RODRIGO TEÓFILO PARENTE PRA-DO<sup>2</sup>; ANA OSMIRA CARVALHO SALDANHA<sup>2</sup>; NATHÁLIA SOUZA SILVA<sup>1</sup>; JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES<sup>3</sup>.

1 – Médico (a) Cirurgião (ã) Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

3 – Médico Cirurgião Geral do Instituto Dr. José Frota.

Artigo submetido em: 04/11/2021

Artigo aceito em: 23/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: heronsaboia@gmail.com

## RESUMO

Os cistos esplênicos são raros e foram descritos pela primeira vez em 1829 pelo patologista francês Gabriel Andral, muitas vezes diagnosticados acidentalmente durante exames de imagem, pois muitas vezes são assintomáticos. Apesar da raridade 25% dos em cistos maiores que cinco centímetros podem romper espontaneamente, implicando em risco de morte para estes pacientes. A conduta mais aceita são as esplenectomias laparoscópicas que, devido a uma difícil abordagem terapêutica, geralmente estão restritas aos centros hospitalares de alta complexidade. Apresentamos o relato de caso de uma paciente de 46 anos, diagnosticada acidentalmente durante o pré-operatório de hernioplastia epigástrica em um hospital secundário da rede pública de Fortaleza (Ceará) em que se optou por realizar a cirurgia de esplenectomia videolaparoscópica. Concluímos que este procedimento é possível de ser realizado em hospitais secundários desde que haja material adequado e equipe experiente neste procedimento.

**Palavras-chave:** Laparoscopia; Esplenectomia; Cistos.

## ABSTRACT

Splenic cyst is rare and was first described in 1829 by the French pathologist named Gabriel Andral, often accidentally diagnosed during imaging tests because they are often asymptomatic. Despite the rarity 25% of those in cysts larger than 5 cm can rupture spontaneously implying a risk of death for these patients. Laparoscopic splenectomies are the most accepted procedure, which due to their difficult therapeutic approach, are restricted to high complex hospital centers. We present the case report of a 46-year-old female patient, who was accidentally diagnosed during the preoperative period of epigastric hernioplasty at a secondary hospital in Fortaleza (Ceará) where she underwent a laparoscopic splenectomy. We conclude that this procedure is a possible therapy in secondary hospitals provided there is adequate material and experienced staff in this procedure.

**Keywords:** Laparoscopy; Splenectomy; Cysts.

## INTRODUÇÃO

Os cistos esplênicos são raros e foram descritos a primeira vez por 1829 por Gabriel Andral<sup>(1)</sup>. Posteriormente, em 1978, Robbins realizou uma revisão de 42327 autópsias, encontrando apenas 32 cadáveres com esta entidade clínica<sup>(2)</sup>. O primeiro tratamento com esplenectomia total laparotômica foi descrita e realizada em 1867 por Péan<sup>(3)</sup>.

Os cistos esplênicos podem ser classificados em tipo I ou verdadeiros, que são encapsulados parasitários ou não; e em tipo II secundários ou pseudocistos, que não possuem cápsula<sup>(4)</sup>. As cápsulas são geralmente formadas por epitélio escamoso e estão presentes nos casos de origem congênita, vascular ou neoplásica<sup>(2,5)</sup>.

A patogênese dos cistos ainda não está bem esclarecida, porém acredita-se que a maior parte

dos pseudocistos é secundária a processos traumáticos, formando hematomas subcapsulares que não se resolvem ou degeneração de infartos esplênicos<sup>6</sup>; e os cistos verdadeiros congênitos não parasitários tem origem no aprisionamento de células mesoteliais durante o desenvolvimento embrionário<sup>(2,7)</sup>.

Os pseudocistos, em locais não endêmicos de hidatidose, formam o grupo mais comum com incidência 75-80% dos casos<sup>(8)</sup> e os de origem congênitos representam 25% dos cistos primários<sup>(2)</sup>.

Os pacientes com estes tumores frequentemente são assintomáticos<sup>(9)</sup> e quando sintomáticos, relatam sintomas inespecíficos como: plenitude gástrica ou desconforto abdominal em quadrante superior esquerdo<sup>(2)</sup>, sendo esta apresentação clínica geralmente associada a cistos maiores que 8 cm<sup>(5)</sup>. O conhecimento deste tema se impõe devido ao risco de ruptura espontânea que pode chegar a até 25% nos cistos maiores que 5 cm<sup>(6,7)</sup>.

A esplenectomia videolaparoscópica desenvolvida desde 1990 é a técnica considerada de escolha nas abordagens dos cistos esplênicos, porém por ser uma cirurgia com curva de aprendizado prolongada, exigindo uma exímia proficiência em laparoscopia, além de um suporte hospitalar de maior complexidade, tem sido realizada mais frequentemente em hospitais terciários<sup>(10)</sup>.

O trabalho atual propõe realizar um relato de caso de uma paciente com cisto esplênico, cuja terapêutica foi proporcionada por intermédio da laparoscopia em um hospital de complexidade secundária, em Fortaleza – Ceará.

## RELATO DE CASO

Mulher, 46 anos, dona de casa, procura ambulatório de cirurgia geral em hospital secundário da rede pública de Fortaleza, queixando-se de desconforto e abaulamento em região epigástrica em região de cirurgia prévia. Em exames realizados antes da consulta foi evidenciado em uma ultrassonografia abdominal cisto esplênico medindo 5,9x4,9cm e hérnia incisional em região de epigástrico (Figura 01).

Ao final da primeira consulta foram solicitados exames pré-operatórios, que incluíam CA 19-9, CEA, alfa-feto proteína e uma tomografia abdominal,

apenas o resultado da tomografia apresentou alteração significativa, sendo descrita como: baço levemente aumentado de tamanho contendo imagem cística septada de contornos regulares medindo 6,9 x 6,4 x 4,2 cm, sem linfonodomegalias abdominais e hérnia supra-umbilical contendo gordura com colo de aproximadamente 3,0 x 2,0 cm (Figura 02).



**Figura 1.** Exame ultrassonográfico evidenciando cisto esplênico.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

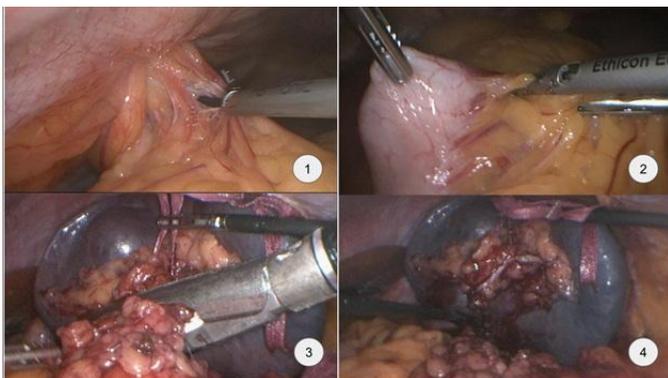


**Figura 2.** Tomografia computadorizada abdominal evidenciando hérnia em região anterior do abdome e alteração na densidade esplênica, compatível com cisto.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Após a avaliação dos exames, foi proposta uma esplenectomia videolaparoscópica, retirando a peça cirúrgica pela falha herniária e realizando herniorrafia com colocação de tela de polipropileno. Na preparação pré-operatória foi realizado a vacinação da paciente para germes encapsulados (anti-pneumocócica-23 valente, haemophilus Influenza tipo B e meningocócica conjugada C) aproximadamente 20 dias antes da cirurgia, reserva de sangue e solicitação de material que possibilitasse a cirurgia (tesoura ultrassônica e grampeador linear videolaparoscópico com carga vascular).

O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito e com o posicionamento modificado do trocater, que é posicionado em linha hemiclavicular esquerda abaixo do rebordo costal para a região de mesogastro, com o objetivo de possibilitar a redução da hérnia epigástrica. A cirurgia iniciou-se desfazendo aderências de epíplon na parede abdominal em região de hipocôndrio esquerdo, seguida da redução da hérnia e da secção dos vasos gástricos curtos, abordando a região do hilo esplênico retroperitoneal. Após a abordagem do hilo, seguiu-se a dissecação do ligamento espleno-cólico e aposição de uma fita cardíaca ao redor do hilo esplênico, para uma melhor exposição da área que seria grampeada. Seguinte à exposição do hilar realizou-se o grampeamento videolaparoscópico com carga apropriada (**Figura 03**).



**Figura 3.** Visualização das etapas cirúrgicas relacionadas à liberação do baço.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Após o grampeamento e revisão da hemostasia, realizou-se a hernioplastia incisional, sem aposição de dreno e a retirada da peça íntegra pela incisão em região epigástrica (**Figura 04** e **Figura 05**).



**Figura 4.** Visualização da face diafragmática do baço após esplenectomia.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



**Figura 5.** Visualização da face hilar do baço após esplenectomia.

**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

A paciente evoluiu sem queixas no primeiro dia pós-operatório, porém optou-se pela permanência da internação para avaliar a aceitação da dieta e a possibilidade de sangramentos através de exame clínico e laboratorial. No segundo dia após a cirurgia com exames laboratoriais e clínicos dentro da faixa de normalidade, a paciente recebeu alta hospitalar.

A paciente retornou aproximadamente um mês após a cirurgia, sem queixas, com feridas em bom estado de cicatrização e histopatológico demonstrando cisto esplênico epitelial.

## DISCUSSÃO

Apesar de a paciente apresentar quadro clínico compatível com o descrito por<sup>(11)</sup> é provável que sua clínica seja decorrente da hérnia, pois o desconforto abdominal decorrente da compressão de outros órgãos é mais frequente em cistos esplênicos maiores que 8 cm conforme sugerido nos trabalhos de Ingle, 2014<sup>(7)</sup> e Schlittler, 2010<sup>(5)</sup>, porém tendo em vista que o exame de imagem inicial já sugeria uma lesão de aproximadamente 6 cm, prosseguimento da investigação clínica tornou-se imperativo.

As principais causas de tumores císticos esplênicos são os cistos epiteliais congênitos, os pseudocistos, as neoplasias císticas e os cistos parasitários conforme descrito nas revisões realizadas por Reis, 2014<sup>(12)</sup> e por Schlittler, 2010<sup>(5)</sup>.

As neoplasias císticas mais comuns são os linfomas primários esplênicos, que apresentam

incidência de 1-2%; os angiomas, que são as lesões neoplásicas mais comuns; e as metástases, que geralmente se apresentam como lesões maciças secundárias a lesões de mama, pulmão, colón, ovário, estômago e não devem ser ressecadas<sup>(5)</sup>.

O principal representante dos cistos parasitário é a equinococose, apesar de não ser comum nos grandes centros urbanos brasileiros, pode apresentar sorologia positiva ou imagem característica na tomografia como descrito por Reis, 2014<sup>(12)</sup> e por Pitombo, 2000<sup>(8)</sup>. No caso em questão não foi realizada o exame sorológico, pois não apresentava aspecto sugestivo no exame radiológico e a resposta humoral é condicionada por vários fatores como a genética do hospedeiro e viabilidade do cisto como afirmou Reis, 2014<sup>(12)</sup>.

Os marcadores tumorais como CA 19-9 ou o CEA podem estar aumentados nos casos de lesões grandes relacionada à descamação da cápsula dos cistos primários como Kowe, afirmou em sua revisão publicada em 2015<sup>(4)</sup> ou em cisto de origem maligna descrito por Matsumoto 2015<sup>(13)</sup>, porém não foi detectada esta alteração no caso relatado, reforçando a possibilidade de um cisto benigno e de tamanho moderado.

Os exames de imagem têm papel importante na definição diagnóstico, pois podem sugerir determinadas doenças. Geralmente, iniciam-se os exames radiológicos com a ultrassonografia, que é mais inócuo e pode definir se de fato é um cisto ou uma lesão maciça com presença de debris, regularidade da lesão e presença de calcificação<sup>(5,7)</sup>. Posteriormente, a tomografia costuma orientar melhor o tamanho e origem da lesão, porém a diferenciação entre lesões primárias e secundárias muitas vezes é difícil<sup>(2)</sup>.

O tratamento dos cistos esplênicos vem sendo modificado nos últimos anos, devido à elucidação das funções imuno-hematológicas que o baço é responsável e, gradativamente, tem-se optado por condutas mais conservadoras<sup>(14,15)</sup>.

Entre as condutas minimamente invasivas podemos citar a drenagem percutânea guiada por ultrassonografia, que tem sido indicada em caso de cistos menores, em crianças ou em pacientes gestantes, porém os resultados são controversos, pois foi encontrado altas taxas de recidiva e associação com complicações como infecção e hemorragia<sup>(3,15)</sup>.

A drenagem seguida de alcoolização guiada por ultrassonografia tem despontado como recurso

terapêutico, mostrando melhores resultados em cisto menores que 50 mm, porém na população pediátrica ou nas gestantes, somente em aproximadamente 20% dos casos tem-se resolução completa do cisto e, assim como a esplenectomia parcial, tem sido demonstrado taxa de recorrência que podem chegar a 50%, demonstrada em um estudo prospectivo que acompanhou os pacientes que realizaram drenagem guiada por um período de 8 anos<sup>(16)</sup>.

O tratamento conservador mais bem aceito é a esplenectomia parcial laparoscópica, pois permite a manutenção da função esplênica e costuma ser indicada em caso de cistos periféricos maiores que 5cm apresentando melhores resultado<sup>(17)</sup>.

No caso em questão não seria possível a realização de uma esplenectomia parcial com excisão do cisto, pois a localização da lesão era peri-hilar, fato que inviabilizaria a cirurgia<sup>(7,14)</sup>.

Outra importante discussão atual são as cirurgias não conservadoras para pacientes assintomáticos, porém com cistos maiores que 4 cm. É descrito na literatura casos de estabilização do volume do cisto com posterior involução da lesão, o que embasaria a defesa de conduta expectante em cistos assintomáticos. Esta questão tem sido objeto de estudo de Kenney, 2014<sup>(6)</sup> que sugeriu que a conduta cirúrgica seja mais aceita em lesões maiores que 5 cm, devido ao risco de ruptura espontânea ser maior 25%, ou em caso sintomáticos.

A remoção cirúrgica do baço por via laparoscópica vem ganhando espaço e sendo atualmente considerada a cirurgia de escolha, porém, por ser uma cirurgia que requer uma curva de aprendizado mais longo, acaba sendo exclusivas dos centros hospitalares de grande complexidade<sup>(10)</sup>.

A decisão da realização da cirurgia laparoscópica em um hospital secundário foi devido à demonstração na literatura, que cirurgiões experientes têm taxa de risco e sangramento transoperatório semelhantes aos da laparotomia, podendo - em alguns centros - até ser menor na laparoscopia; mortalidade e complicações também semelhantes e o tempo cirúrgico, apesar de um pouco menor na técnica laparotômica, não mostrou ser significativamente maior quando utilizando material adequado<sup>(10)</sup>.

## CONCLUSÃO

Apesar da exigência de técnica apurada, a esplenectomia laparoscópica pode ser considerada

como cirurgia de primeira escolha em casos de cisto esplênico em hospitais com menos suporte intensivo, desde que o caso seja bem selecionado, o preparo pré-operatório seja bem feito, a equipe cirúrgica esteja familiarizada com a técnica e esteja utilizando o material adequado.

## REFERÊNCIAS

1. Andral G. *Precis d'Anatomic Pathologique*, 1a Ed. Gabon. 1829;432.
2. Guerra MRV, Ribeiro MA, Nam MF, Casale ALV, Martins CPB, Morais CEL, et al. Cisto esplênico não parasitário – tratamento por laparoscopia. *Diagn Tratamento*, 2012;17:51-5.
3. Furtado WS, Gomes Melo DACP, Santos VM, Junior WPO, Schroff WLA. Cisto epitelial gigante do baço em mulher com 20 anos de idade. *Brasília Med*, 2012; 49(3): 215-220.
4. Kowe BD, et al.: Primary splenic cysts. *Journal of Medical Sciences and Health*. 2015; (1):27-30.
5. Schlittler LA, Dallagasperina VW. Cistos esplênicos não-parasitários. *Rev Col Bras Cir*. 2010; 37(6): 442-6.
6. Kenney CD, Hoeger YE, Yetasook AK, et al. Management of non-parasitic splenic cysts: Does size really matter? *J Gastrointest Surg* 2014;18(9):1658–63.
7. Ingle SB, Hinge Ingle CR, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *World J Gastroenterol*. 2014;20(38):13899–903.
8. Pitombo MB, Leal PRF, Albuquerque RMD. Abordagem videolaparoscópica de cisto esplênico não parasitário. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgiões*, 2000; 27: 350-351.
9. Alvarez GC, Costa EM, Faria EN. Cisto esplênico não-parasitário e não-neoplásico. *Rev Col Bras Cir*, 1998;25:64-5.
10. Cheng J, Tao K, Yu P. Laparoscopic splenectomy is a better surgical approach for spleen-relevant disorders: a comprehensive meta-analysis based on 15-year literature. *Surg Endosc* 2016; 30: 4575-88.
11. Malangoni MA, Rosen MJ. Hérnias. In: Townsend CM(org). *Sabiston Tratado de Cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna*. 19ed. Saunders. Elsevier, 2013. Rio de Janeiro.
12. Reis T, Vilares A, Ferreira I, Martins S, Furtado C, Gargaté MJ. Hidatidose quística humana: análise retrospectiva de casos diagnosticados e em monitorização entre 2008 e 2013. *Boletim Epidemiológico Observações*, 2014; 3: 30-33.
13. Matsumoto S, Mori T, Miyoshi J, Imoto Y, Shinomiya H, Wada S, et al. Huge splenic epidermoid cyst with elevation of serum CA19-9 level. *J Med Invest*. 2015;62(1-2):89–92.
14. Gomes CA, Junior CS, Coccolini F, Montori G, Soares AA, Junior CP, Filho FVM, Mendonça PRH, Gomes FC. Splenectomy in non-traumatic diseases. *AMJ* 2018; 11(5): 295–304.
15. Kapp J, Lewis T, Glasgow S, Khalil A, Anjum A. Spleen preserving management of a non-parasitic splenic cyst in pregnancy. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2016; 98(7): e114-e117.
16. Accinni A, Bertocchini A, Madafferi S, Natali G, Inserra A. Ultrasound-guided percutaneous sclerosis of congenital splenic cysts using ethyl alcohol 96% and minocycline hydrochloride 10%: a pediatric series. *J Pediatr Surg*, 2016; 51(9): 1480–1484
17. Paulo DNS, Bongestab R, de Oliveira GA, Daher CA, de Barros CV. Esplenectomia subtotal para tratamento de cisto esplênico. *Revista Salus*, 2016; 2(2): 80-82.

# PANCREATITE DE SULCO

ANA OSMIRA CARVALHO **SALDANHA**<sup>1\*</sup>; JOSE WALTER FEITOSA **GOMES**<sup>2</sup>; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA **LIMA**<sup>1</sup>; AFONSO NONATO GOES **FERNANDES**<sup>3</sup>; GUSTAVO GOMES **MARTINS**<sup>4</sup>; DANIEL MOTA MOURA **FÉ**<sup>5</sup>; DANIEL LUCENA **LAN-DIM**<sup>6</sup>.

- 1 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
- 2 – Médico Cirurgião do Instituto Dr. José Frota.
- 3 – Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza.
- 4 – Médico pela Universidade Federal do Ceará – UFC.
- 5 – Médico Especialista em Endoscopia Digestiva.
- 6 – Médico Cirurgião pelo Hospital Geral de Fortaleza.

Artigo submetido em: 22/11/2021

Artigo aceito em: 06/03/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: anaosmira13@gmail.com

## RESUMO

A etiologia mais comum de pancreatite crônica nos países industrializados e no Brasil é o abuso crônico de álcool, correspondendo a 70% dos casos. Restando em torno de 30% para outras 40 causas, por exemplo, hipercalcemia por hiperparatireoidismo, alterações genéticas e idiopáticas. Dentre as diversas outras causas de pancreatite crônica, a pancreatite de sulco, também conhecida como pancreatite de groove, é uma forma rara desta doença. Neste artigo nós objetivamos relatar um caso de pancreatite de groove, com necessidade de abordagem cirúrgica como plano terapêutico. O termo pancreatite de sulco foi utilizado a primeira vez em 1973 por Becker e definida em 1982 por Solte et al. como um tipo incomum de pancreatite crônica caracterizada por cicatrizes fibrosas, a qual afeta a cabeça do pâncreas, o duodeno e o colédoco. Tradicionalmente pode ser dividida em duas principais formas: a forma pura, quando afeta apenas o sulco pancreatoduodenal e a forma segmentar que, apesar de centrada no sulco, pode se estender para a cabeça do pâncreas. Mesmo estando descrita desde a década de 70, esta patologia permanece uma entidade clínica de etiologia incerta e com incidência desconhecida. Apesar disso, estudos sugerem que a prevalência desta condição em pacientes com pancreatite crônica que realizaram cirurgia de duodenopancreatetectomia pode variar entre 2% e 24,5%. Como não há muitos trabalhos publicados acerca deste tema, o tratamento costuma variar bastante. De maneira geral, podem ser usadas medidas conservadoras ou cirúrgicas.

**Palavras-chave:** Pancreatite; Diagnóstico Diferencial; Pancreatoduodenectomia.

## ABSTRACT

The most common etiology of chronic pancreatitis in industrialized countries and in Brazil is chronic alcohol abuse, corresponding to 70% of cases. The others 30% are divided in 40 other causes, such as hypercalcemia due to hyperparathyroidism, genetic and idiopathic changes. Among the many other causes of chronic pancreatitis, groove pancreatitis is a rare form of this disease. In this article, we report a case of groove pancreatitis, in need of surgical approach as a therapeutic plan. The term groove pancreatitis was first used in 1973 by Becker and defined in 1982 by Solte et al. as a type of chronic pancreatitis characterized by fibrous scars, which affects the head of the pancreas, the duodenum or the choledochus. Traditionally, it can be divided into two main forms: a pure form, when it affects only the pancreatoduodenal sulcus and a segmental form that, although centralized in the sulcus, can be extended to the head of the pancreas. Even described from the 70's, this pathology remains a clinic of incident etiology and unknown incidence. Despite this, the suggested studies on the prevalence of these conditions in patients with chronic pancreatitis who undergo duodenopancreatetectomy surgery can vary between 2% and 24.5%. As there are not many published works on this topic, the treatment usually varies widely. In general, conservative or surgical approaches can be used.

**Keywords:** Pancreatitis; Diagnosis, Differential; Pancreaticoduodenectomy.

## INTRODUÇÃO

A etiologia mais comum de pancreatite crônica nos países industrializados e no Brasil é o abuso crônico de álcool, correspondendo a 70% dos casos <sup>(1)</sup>. Restando em torno de 30% para outras 40 causas, por exemplo, hipercalcemia por hiperparatireoidismo, alterações genéticas e idiopáticas <sup>(2)</sup>. Dentre as diversas outras causas de pancreatite crônica, a pancreatite de sulco, também conhecida como pancreatite de *groove*, é uma forma rara desta enfermidade <sup>(3)</sup>.

O principal diagnóstico diferencial da pancreatite de sulco é o adenocarcinoma pancreático, condição que possui uma elevada taxa de morbimortalidade <sup>(4)</sup>. A distinção entre as entidades utilizando apenas a história clínica e exames de imagem pode ser extremamente difícil, necessitando muitas vezes a necessidade de intervenção cirúrgica para o estabelecimento de seu diagnóstico definitivo <sup>(5)</sup>.

Neste artigo nós objetivamos relatar um caso de pancreatite de *groove*, com necessidade de abordagem cirúrgica como plano terapêutico.

## RELATO DE CASO

Paciente de 60 anos, masculino, ex-tabagista, com histórico de epigastralgia crônica (desde 2012). Nessa época apresentava gastrite enantematosa antral leve com biópsia evidenciando focos de metaplasia completa sem presença de *H. pylori*; USG abdominal apresentando esteatose hepática leve e questionado pancreatite aguda. Com base nisso, foi então realizado tomografia e ressonância de abdome que mostraram pâncreas difusamente aumentado com lesão cística simples pequena (1,6x1,2cm) em sua porção cefálica.

Foi conduzido conservadoramente com exames de imagem seriados realizado ultrassom endoscópico em 2013 que evidenciou lesão cística septada em colo pancreático (1,7x1,4 cm). Punção com agulha fina 0, com biópsia negativa para malignidade.

Desde então, o paciente apresentou novos episódios de dor, sendo internado para investigação com USG sugerindo pancreatite aguda, mas com marcadores normais. Persistiu com episódios de epigastralgia até que em fevereiro de 2019 realizou nova endossonografia que mostrou lesão compatível com cistoadenoma seroso na cabeça do pâncreas de 20 mm e biópsia caracterizou como neoplasia mucinosa classe IV-B com displasia de baixo

grau, sendo submetido a duodenopancreatectomia associada a colecistectomia.

O relatório da patologia cirúrgica identificou processo inflamatório crônico segmentar peripancreático sem sinais de malignidade e apresentando sinais de colecistite crônica.

O paciente permaneceu em internação hospitalar por um total de 14 dias. No 7º dia pós-operatório evoluiu com dor abdominal e dispnéia. Após investigação inicial foi diagnosticado quadro de pneumonia, fato que ocasionou a necessidade de intubação orotraqueal (IOT) e troca de antibiótico. Infelizmente, paciente evoluiu de forma grave com óbito por sepse de provável foco respiratório.

## DISCUSSÃO

O termo pancreatite de sulco foi utilizado a primeira vez em 1973 por Becker <sup>(4,5)</sup> e definida em 1982 por Solte et al. como um tipo incomum de pancreatite crônica caracterizada por cicatrizes fibrosas na região de *groove* (espaço entre a cabeça do pâncreas, duodeno e o colédoco) <sup>(4-6)</sup>. Tradicionalmente pode ser dividida em duas principais formas: a forma pura, quando afeta apenas o sulco pancreatoduodenal e a forma segmentar que, apesar de centrada no sulco pode estender-se para a cabeça do pâncreas <sup>(4-7)</sup>. Na prática clínica esta diferença não costuma ser tão evidente <sup>(7)</sup>.

Mesmo estando descrita desde a década de 70, esta patologia permanece uma entidade clínica de etiologia incerta e com incidência desconhecida <sup>(4,5)</sup>. Apesar disso, estudos sugerem que a prevalência desta condição em pacientes com pancreatite crônica que realizaram cirurgia de duodenopancreatectomia pode variar entre 2% e 24,5% <sup>(7,8)</sup>.

Apesar de sua patogênese ainda não estar completamente compreendida, acredita-se que há relação com os seguintes fatores de risco: uso crônico de álcool (principal fator de risco), úlceras pépticas, ressecções gástricas, heterotopia pancreática, cistos de parede duodenal ou de cabeça de pâncreas e tabagismo <sup>(4-8)</sup>, sendo mais prevalente no sexo masculino e na faixa etária dos 40 a 50 anos <sup>(8)</sup>. Em nosso caso, o paciente era do sexo masculino e foi diagnosticado com a condição com 60 anos.

A apresentação clínica costuma ser variada e inespecífica, podendo alternar entre sintomas da pancreatite aguda (dor abdominal intensa, náuseas e vômitos) e sintomas semelhantes às neoplasias

pancreáticas (perda de peso, dor abdominal intensa e, em casos mais tardios, o desenvolvimento de diabetes mellitus) (5-7). A icterícia é um aparecimento raro, sendo decorrente de uma estenose inflamatória ou compressão extrínseca da via biliar extra-hepática (5,7). A avaliação laboratorial costuma mostrar enzimas pancreáticas e hepáticas normais ou discretamente aumentadas, sendo semelhante aos resultados aferidos em nosso paciente. Marcadores tumorais como o CEA e o CA19-9 geralmente estão normais (4,7-9), semelhantes ao apresentado em nosso caso. Os níveis de bilirrubina podem estar elevados se houver comprometimento do colédoco, podendo haver inclusive aumento de Gama-GT e Fosfatase Alcalina (4,9).

O diagnóstico radiológico depende do estágio da doença(6), podendo ser utilizado ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada, ressonância magnética e ecoendoscopia (6,7). Um achado ultrassonográfico patognomônico da pancreatite de groove é a hiperecogenicidade da porção crânio-dorsal da cabeça do pâncreas associado com estruturas ductais anecóicas (6). Em nosso caso, utilizamos a endossonografia que evidenciou lesão compatível com cistoadenoma seroso na cabeça do pâncreas de 20 mm.

Os achados da tomografia abdominal variam de acordo com as formas da pancreatite. Na forma pura, podem ser identificadas massas hipodensas no sulco pancreático decorrentes do tecido fibrótico. Formações císticas de tamanhos variados podem ser identificadas (6). Quando realizado estudo dinâmico contrastado, o tecido tende a apresentar realce tardio, decorrente de seu componente fibroso (4). A forma segmentar costuma ser de difícil avaliação tomográfica, sendo comumente confundida com o adenocarcinoma de cabeça de pâncreas(6,10).

A ressonância magnética costuma ser um excelente exame para diagnóstico desta patologia, apresentando boa especificidade e sensibilidade(4,6,8). Os achados mais comumente encontrados são: massa laminar hipointensa T1 e massa ligeiramente hiperintensa, isoíntensa ou isoíntensa em T2, ambas em região entre a cabeça do pâncreas e a 2ª porção duodenal em (4,6). A cronicidade do processo definirá a intensidade, sendo hiperintenso em fases iniciais devido o edema e hipointenso quando a fibrose já está bem estabelecida. Esses achados podem ser semelhantes ao câncer de pâncreas, caso o

mesmo possua um componente fibrótico (6). Alguns estudos sugerem que há três sinais fundamentais na caracterização da pancreatite de sulco, são eles: espessamento parietal focal da segunda porção do duodeno, hiper-realce anormal da segunda porção do duodeno e alterações císticas na região do ducto pancreático acessório (11).

Como não há muitos trabalhos publicados acerca deste tema, o tratamento costuma variar bastante (6). De maneira geral, podem ser usadas medidas conservadoras como repouso no leito, nutrição parenteral, analgesia e cessar alcoolismo e tabagismo (4,6,7). Nos casos em que a suspeita de malignidade não pode ser descartada ou na presença de difícil controle clínico dos sintomas, está indicada a duodenopancreatectomia com ou sem preservação de piloro (4-8).

## CONCLUSÃO

A pancreatite de sulco é uma doença rara, ocasionando várias lacunas de conhecimento na literatura médica. Este artigo teve como objetivo complementar os relatos desta causa tão incomum de pancreatite crônica.

## REFERÊNCIAS

1. DiMagno EP, DiMagno MJ. Chronic pancreatitis: landmark papers, management decisions, and future. *Pancreas*. 2016 May-Jun;45(5):641-50.
2. Averbach M. Tratado Ilustrado de Endoscopia Digestiva. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.
3. Mittal PK, Harri P, Nandwana S, Moreno CC, Muraki T, Adsay V, et al. Paraduodenal pancreatitis: benign and malignant mimics at MRI. *Abdominal Radiology*, 2017; 42(11): 2652-2674.
4. Varela JG, Aguiar LB. Pancreatite de sulco pancreatoduodenal: forma incomum de pancreatite crônica. *Revista de Medicina da UFC*. 2018; 58(1): 65-70.
5. Silva RT, Santos LGM. Pancreatite de Sulco: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25(4): 613-615.
6. Sanchez-Bueno F, Salmerón GT, de la Peña Moral J, Ruiz EO, Quiñonero MF, Zárata WVG, et al. Groove Pancreatitis Vs Pancreatic Adenocarcinoma: A Review of 8 Cases. *Cirugía Española (English Edition)*. 2016; 94(6): 346-352.
7. Carvalho D, Loureiro R, Borges VP, Russo P, Bernardes C, Ramos G. Paraduodenal Pancreatitis: Three Cases with Different Therapeutic Approaches. *GE Port J Gastroenterol*. 2017; 24(2): 89-94.

8. Gravito-Soares M, Gravito-Soares E, Alves A, Gomes D, Almeida N, Tralhão G, et al. Groove pancreatitis with biliary and duodenal stricture: an unusual cause of obstructive jaundice. *GE Portuguese journal of gastroenterology*. 2016; 23(3): 170-174.

9. Arora A, Dev A, Mukund A, Patidar Y, Bhatia V, Sarin SK. Paraduodenal pancreatitis. *Clin Radiol*. 2014;69(3):299-306.

10. Veit-Haibach P, Treyer V, Strobel K, Soyka JD, Husmann L, Schaefer NG, Hany TF. Feasibility of integrated CT-liver perfusion in routine FDG-PET/CT. *Abdominal imaging*. 2010; 35(5): 528-536.

11. Addeo G, Beccani D, Cozzi D, Ferrari R, Lanzetta MM, Paolantonio P, Miele V. Groove pancreatitis: a challenging imaging diagnosis. *Gland Surgery*, 2019; 8(Suppl 3): S178.

# URETEROLITOTOMIA RETROPERITONEAL POR VIDEO-LAPAROSCOPIA REALIZADA POR RESIDENTE

ROMULO AUGUSTO DA SILVEIRA<sup>1</sup>; ROMULO DA COSTA FARIAS<sup>1</sup>; FRANCISCO JOSE CABRAL MESQUITA<sup>1</sup>; ROMULO CESAR COSTA BARBOSA FILHO<sup>1</sup>; CLOVIS CARDOSO DE PAIVA NETO<sup>1</sup>; GUILHERME CARDOSO FERNANDES<sup>1</sup>.

1 – Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Serviço de Urologia, Fortaleza, Ceará.

Artigo submetido em: 29/11/2021

Artigo aceito em: 14/03/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: romulosilveira.ce@gmail.com

## RESUMO

A litíase do aparelho urinário é uma causa patológica com alta prevalência e que necessita de acompanhamento clínico e as vezes cirúrgicos. A procura de atendimentos de urgência é uma realidade frequente por causa das cólicas nefréticas e dependendo do tamanho, localização, densidade e repercussão clínica no paciente, o procedimento cirúrgico é indicado de imediato. Durante as últimas décadas o tratamento para litíase urinária evoluiu consideravelmente, tanto na parte da endourologia como na cirurgia laparoscópica. O caso relatado nos mostra o cenário de cálculo grande obstrutivo em ureter proximal tratado por cirurgia laparoscópica por via retroperitoneal, e realizada por residente no terceiro ano da residência de urologia.

**Palavras-chave:** Procedimentos Cirúrgicos Urológicos; Laparoscopia; Internato e Residência.

## ABSTRACT

Urinary tract lithiasis is a highly prevalent pathological cause that requires clinical and sometimes surgical follow-up. The search for emergency care is a frequent reality because of nephrotic colic and depending on the size, location, density and clinical repercussions on the patient, the surgical procedure is immediately indicated. Over the last few decades, treatment for urinary lithiasis has evolved considerably, both in terms of endourology and laparoscopic surgery. The case reported shows us the scenario of a large obstructive calculus in the proximal ureter treated by laparoscopic surgery via the retroperitoneal approach, and performed by a resident in the third year of the urology residency.

**Keywords:** Urologic Surgical Procedures; Laparoscopy; Internship and Residency.

## INTRODUÇÃO

A litíase urinária vem aumentando ao longo dos anos e com custo cada vez mais elevado para o sistema de saúde. A prevalência estimada durante a vida é de 1% a 15% e varia conforme gênero, idade, raça e localização geográfica <sup>(1)</sup>.

A litíase urinária possui alta prevalência e sua evolução pode ocasionar complicações como dor, infecções e perda da função renal. O tratamento para litíase do aparelho urinário possui grande demanda terapêutica hospitalar, principalmente, os cálculos ureterais, pois apresentam quadro clínico mais exuberante com dor intensa e necessidade recorrente de atendimento emergencial <sup>(3)</sup>.

No cenário do aumento de número de casos, o tratamento cirúrgico evoluiu muito nas últimas décadas, principalmente as cirurgias menos invasi-

vas <sup>(4)</sup>. O tratamento intervencionista encontra-se em constante evolução com a cirurgia minimamente invasiva por videolaparoscopia e a endourologia, tornando a prática da cirurgia aberta cada vez mais restrita <sup>(2)</sup>.

Em cálculos de ureter proximal, pélvicos ou intra calicinais o desafio é ainda maior. Com o advento da ureterorrenolitotripsia flexível e o aperfeiçoamento das técnicas endourológicas, a eficácia e a segurança dos procedimentos vêm aumentando <sup>(5)</sup>. Porém, pacientes com cálculos maiores e impactados no ureter proximal, podem necessitar de mais de uma abordagem endourológica, aumentando o custo do tratamento, além de novo risco cirúrgico-anestésico <sup>(6)</sup>.

custo do tratamento, além de novo risco cirúrgico-anestésico (6).

A opção da cirurgia laparoscópica apresenta-se como uma via terapêutica oportuna para esses casos, ao invés da cirurgia aberta.

### RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 26 anos, com história de cálculo ureteral proximal à direita, medindo 2,7x1,4 cm, impactado, causando moderada hidronefrose, dor refratária à medicação e infecção urinária de repetição.

Paciente apresentava incisão prévia abdominal devido a laparotomia exploradora por causa de ferimento por arma de fogo há 08 anos, que resultou em paraplegia dos membros inferiores.

Esse histórico cirúrgico corroborou para escolha técnica do acesso laparoscópico retroperitoneal, evitando assim prováveis aderências ou distorções anatômicas intraperitoneais. Com urinocultura negativa após antibioticoterapia, paciente foi submetido a ureterolitotomia por acesso videoretroperitonoscópico.



Figura 01. Programação e posicionamento do paciente.

Posicionado em decúbito lateral esquerdo (posição para lombotomia). Realizada incisão subcostal com passagem de primeiro trocater de 10mm e dilatação do espaço retroperitoneal, seguido pelo posicionamento de outros dois portais, mais um de 10mm e outro de 5mm. Realizada a dissecação do ureter, sua abertura longitudinalmente e, finalmente, retirada do cálculo, com aposição de cateter duplo J. Realizada rafia ureteral contínua, passagem de duplo J e aposicionado dreno local.



Figura 02. Passagem dos trocateres



Figura 03. Dissecação do ureter com abertura e exposição do cálculo.



Figura 04. Aspecto final do procedimento cirúrgico.

### DISCUSSÃO

Os cálculos no aparelho urinário podem existir nas mais diversas situações e necessitar das mais variadas estratégias terapêuticas dependendo da individualidade de cada caso (2).

Nesse relato ratificamos a eficiência da videolaparoscopia com acesso retroperitoneal. Muito-

sautores defendem a ureterolitotomia laparoscópica no tratamento primário do cálculoureteral proximal, em especial nos cálculos maiores que 1,5cm, cálculos impactados e cálculos obstrutivos<sup>(4)</sup>.

### **CONCLUSÃO**

Dessa forma, no atual contexto dos avanços da cirurgia endourológica, é de fundamental importância que a possibilidade terapêutica por cirurgia minimamente invasiva por videolaparoscopia seja uma opção para casos específicos. Portanto, diante da viabilidade demonstrada do ensino prático para residente do terceiro ano, é importante que os serviços de residência urológica fortaleçam cada vez mais o aprendizado laparoscópico.

### **REFERÊNCIAS**

1. Segura JW, et al. Ureteral Stones Clinical Guidelines Panel summary report on the management of ureteral calculi. The American Urological Association. J Urol 1997; 158:1915-21.

2. Traxer O, Dubosq F, Jamali K, Gattegno B, Thibault P. New generation flexible ureteroscopes are more durable than previous one. Urology. 2006 Aug; 68(2):276-9;

3. Keeley FX, Gialas I, Pillai M, Chrisofos M, Tolley DA. Laparoscopic ureterolithotomy: the Edinburgh experience. BJU Int 1999; 84: 765-9.

4. Goel A, Hemal AK. Upper and mid-ureteric stones: a prospective unrandomized comparison of retroperitoneoscopic and open ureterolithotomy. BJU Int 2001; 88: 679-82.

5. Feyaerts A, Rietbergen J, Navarra S, Vallancien G, Guillon B. Laparoscopic ureterolithotomy for ureteral calculi. Eur Urol 2001; 40: 609-13.

6. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, Madhusudhana HR, Gopichand M. Laparoscopic ureterolithotomy: technical considerations and long-term follow-up. BJU Int 2002; 89: 339-43.

# PAIN INTENSITY, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH AND WITHOUT CHRONIC PELVIC PAIN: A QUALI-QUANTITATIVE ANALYSIS

KATHIANE LUSTOSA **AUGUSTO**<sup>1</sup>; ALINE VERAS MORAIS **BRILHANTE**<sup>2</sup>; DAYANA MAIA **SABOIA**<sup>1</sup>; LANUZA CELES **MENDES**<sup>1</sup>; CAMILA SAMPAIO **NOGUEIRA**<sup>1</sup>; THAIS FONTES DE **MAGALHAES**<sup>3</sup>; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA **BEZERRA**<sup>1</sup>; LUISA ROLIM **MIRANDA**<sup>4</sup>.

1 – Departamento de Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

2 – Departamento de Saúde Pública da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

3 – Departamento de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

4 – Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Artigo submetido em: 08/10/2021

Artigo aceito em: 02/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: thaisfdemagalhaes@gmail.com.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo determinar a QV geral e a presença de sintomas depressivos em mulheres com DPC, analisando sua associação com dados clínicos e sociodemográficos; comparar seus resultados com um grupo controle sem dor; e avaliar qualitativamente os fatores associados ao sofrimento em mulheres com DPC. Métodos: Utilizou-se um desenho exploratório sequencial quantitativo e qualitativo. Na fase quantitativa, a intensidade da dor, a qualidade de vida geral (QV) pelo SF-12 e os sintomas depressivos pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) foram avaliados em mulheres com DPC por qualquer causa (n=103) e em controles assintomáticos (n=86). A análise dos dados foi realizada por meio dos testes Mann Whitney U, Kruskal-Wallis e Spearman's rho no SPSS versão 20.2. Na etapa qualitativa, foram realizadas entrevistas narrativas individuais em mulheres com DPC por endometriose (n=29). Resultados: Mais de 50% das mulheres com DPC queixaram-se de dispareunia profunda e de dismenorrea progressiva, com pontuação média na escala visual analógica (EVA) de 8,21. Mulheres com DPC apresentaram escores de QV significativamente mais altos em ambos os domínios do SF-12 e escores de BDI mais baixos do que os controles. Relatos qualitativos demonstraram as formas em que a DPC se associou a limitações físicas, isolamento social e sofrimento mental. Conclusão: A DPC afetou diversos aspectos da vida das mulheres, incluindo saúde física, saúde mental, autoimagem, trabalho e relações sociais.

**Palavras-chave:** Dor Pélvica; Endometriose; Depressão; Qualidade de Vida; Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

This study aimed to determine general QoL and presence of depressive symptoms in women with CPP, analyzing their association with clinical and sociodemographic data; to compare their results with a pain-free control group; and to qualitatively assess the factors associated with distress in women with CPP. Methods: A quantitative and qualitative, sequential exploratory design was used. In the quantitative phase, pain intensity, general quality of life (QoL) using the SF-12 and depressive symptoms according to Beck's Depression Inventory (BDI) were assessed in women with CPP due to any cause (n=103) and in asymptomatic controls (n=86). Data analysis was performed using Mann Whitney U, Kruskal-Wallis and Spearman's rho tests in SPSS version 20.2. In the qualitative stage, individual narrative interviews were conducted on women with CPP due to endometriosis (n=29). Results: Over 50% of women with CPP complained of deep dyspareunia and of progressive dysmenorrhea, with a mean visual analog scale (VAS) score of 8.21. Women with CPP showed significantly higher QoL scores in both SF-12 domains and lower BDI scores than controls. Qualitative reports demonstrated the ways in which CPP associated with physical limitations, social isolation and mental suffering. Conclusion: CPP affected several aspects of women's lives, including physical health, mental health, self-image, work and social relationships.

**Keywords:** Pelvic pain; Endometriosis; Depression; Quality of Life; Qualitative Research.

## INTRODUÇÃO

Chronic pelvic pain (CPP) is defined as pain of at least six months' duration, affecting daily activities and quality of life (QoL) <sup>(1, 2)</sup>. Its prevalence ranges from 5.7 to 26.6% <sup>(3)</sup>, thus making it a common issue among women, potentially needing medical or surgical treatments <sup>(1)</sup>. Due to a broad list of clinical presentations and possible causes <sup>(4)</sup>, diagnosis and therapeutic management of this condition can be challenging, making its annual associated costs reach US\$ 3 billion <sup>(5)</sup>.

Women with CPP have a longstanding history of pain, whether mild or intense, that often results in work impairment, inability to perform physical activities and significant psychiatric burden <sup>(4)</sup>. When compared to healthy women, those with CPP use more medications and undergo more gynecological surgeries <sup>(6)</sup>. In a psychosocial analysis, they also have disorders such as depression and anxiety more commonly, thus being predisposed to social isolation <sup>(7)</sup>. This, in addition negatively affecting their adherence to treatment, interferes with QoL. As a result, such patients frequently need holistic and interdisciplinary care <sup>(4, 8)</sup>.

Despite its major impact on QoL, data on CPP remain obscure, especially in Brazil. With this in mind, the objective of this study was to determine general QoL and presence of depressive symptoms in women with CPP, analyzing their association with clinical and sociodemographic data; to compare their results with a pain-free control group; and to qualitatively assess the factors associated with distress in women with CPP due to endometriosis, a common cause of this symptom <sup>(9)</sup>.

## MATERIAIS E MÉTODOS

This mixed method study used a sequential explanatory design in two distinct phases: <sup>(1)</sup> quantitative and <sup>(2)</sup> qualitative approach. In this approach, data collection in each stage are performed separately, but share a connection <sup>(10)</sup>. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) guidelines were followed.

First, a quantitative, case-control analysis was performed on patients from clinics at a tertiary care hospital in Brazil. Women in the "case" group were consecutive patients with a medical diagnosis of CPP seen in the Chronic Pelvic Pain outpatient service during the year of 2016. Controls were asymptomatic women drawn from the Family Planning outpatient service. Participants who did not

sign a consent form for this study were excluded. Ultimately, a sample of 103 cases and 86 controls was obtained.

Participants' quantitative data were collected using a portfolio containing questions on socioeconomic characteristics, clinical data (including pain intensity), and the 12-Item Short Form Survey (SF-12) and Beck Depression Inventory (BDI) tools<sup>(11-14)</sup>. This portfolio was applied by specialized nurses on women's first appointment in the previously mentioned service, in a room separate from the waiting area.

Women in the case group were invited to participate in the qualitative phase of the study. Thirty-five eligible women in the case group participated; six did not complete the interview, resulting in a final sample of 29 cases. All of them had endometriosis. In this phase, comprehensive individual interviews were conducted based on Fritz Shütze's narrative interview method <sup>(15)</sup>. Interviews lasted from 30 to 150 minutes. Immediately after each encounter, recordings and notes were transcribed and orality marks were removed. After the structured narrative was constructed, the interviewee checked and validated it. Saturation was considered to be reached when no new categories emerged <sup>(16)</sup>.

To preserve patients' anonymity, qualitative data are presented using the letter "A" with specific numbers, followed by time from symptom onset to presumptive diagnosis and time from diagnosis to access to specialized care, separated by semicolons. Assessment of pain intensity, QoL and depressive symptoms

Pain intensity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS), which uses a patient-referred score ranging from 0-10 to categorizes pain as absent (score 0), mild (1-3), moderate (4-7) or severe (8-10) <sup>(17)</sup>.

The SF-12 was used to assess general QoL. It consists of 12 items with Likert scale response options, where the domains physical functioning, role-physical, pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional and mental health are evaluated. Final physical (PD) and mental health domain (MHD) scores, each ranging from 0-100, are obtained. Higher scores indicate better QoL <sup>(14)</sup>.

BDI was used to evaluate depressive symptoms. It comprises 21 items, each with four answer choices of increasing gravity. Scores 0-11 corres-

pond to normal results or minimal depression; while scores 12-19, 20-35 and 36-63 represent mild, moderate and severe depression, respectively (18).

### Statistical analysis

Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software for Windows®, version 20.2. Kolmogorov-Smirnov test was used to test for normality. Measures of position and dispersion were used for a descriptive analysis of variables. Mann-Whitney U was used for comparisons between independent samples and the Kruskal-Wallis test for comparisons of two or more non-parametric groups of independent numerical variables, while Spearman's rho test was used to check for correlations in categorical and ordinal data. A p-value <0.05 was considered statistically significant.

### Ethical Approval

This research involved human participants; all procedures performed were in accordance with the ethical standards of the institutional research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. This research has been approved by the Ethics Committee at Maternity School Assis Chateaubriand (MEAC), under the protocol number 1.387.693.

## RESULTADOS

The majority of women in the CPP group were married, had nine to twelve years of schooling and a mean age of 33.15 years (**Table 1**). Controls had a mean age of 26.1; this age difference was not statistically significant.

**Table 1 - Clinical and sociodemographic data of women with chronic pelvic pain**

Variables	Number of subjects (% frequency)
RELATIONSHIP STATUS	
Single	34 (36.6)
Married	59 (63.4)
Divorced	0 (0)
SCHOOLING (YEARS OF FORMAL EDUCATION)	
0-8	14 (13.6)
9-12	61 (59.2)
>12	14 (13.6)
PRIMARY DYSMENORRHEA	
Yes	58 (56.3)
No	45 (43.7)
SECONDARY DYSMENORRHEA	
Yes	24 (23.5)
No	78 (76.5)
PROGRESSIVE DYSMENORRHEA	
Yes	62 (60.2)
No	41 (39.6)
WORK IMPAIRMENT	
Yes	57 (56.4)
No	44 (43.6)
SOCIAL ISOLATION	
Yes	67 (63.7)
No	27 (36.3)
DEEP DYSPAREUNIA	
Yes	60 (58.3)
No	43 (41.7)

Over half of women with CPP complained of deep dyspareunia and/or progressive dysmenorrhea, with a mean VAS score of 8.21 ( $\pm 1.84$ ). Over 50% of cases also claimed to be socially isolated and/or impaired for work activities.

A narrative from A16 (9 years; 36 months) illustrates how the association between CPP and social isolation is established: "I lost track of how many times I heard 'it will go away once you get married' or 'wow, you're weak. My mom spent my life saying I was too sensitive for pain and that she couldn't stand to hear me complain anymore". When chronic pain patients lack social or familiar support, they can introject such assumptions and isolate themselves, as A16 says: "After hearing such things for so long, you stop sharing. Before, I used to say I couldn't go out because of my cramps, then I stopped replying messages so I didn't have to hear about how weak I was".

In addition to social isolation, patients had their professional relationships affected, mainly due to work impairment, as A20 (13 years; 3 months) describes: "Every month I had to call in sick at work for at least a week. People start wondering whether you are irresponsible or a liar, and

joke about it. So, for a week I wouldn't work and, during the other ones, I had to hear people's jokes. It kept getting harder. I cried in the restroom several times until I ended up quitting my job".

Moreover, conjugal relationships were also affected by CPP. Dyspareunia was referred by 72% patients involved in the qualitative phase; the impact of this symptom is described by A25 (15 years; 36 months): "My marriage was hanging by a thread because I felt pain every time we had sex. I heard it all: that I didn't love my husband. That I should get a shrink. That it was due to vaginal dryness. Even my husband thought I was seeing someone else. We almost separated".

When comparing cases and controls, the latter showed significantly higher QoL scores in both SF-12 domains and lower BDI scores, indicating that controls had better QoL and less depressive symptoms than women with CPP (**Table 2**). Schooling was not associated with QoL or BDI scores.

**Table 2 - SF-12 physical and mental health domain results and BDI scores in cases and controls**

Variables	Cases	Controls	p value
	Mean (±SD)		
Physical health	43.44 (±22.41)	91.91(±15.81)	<0.01*
Mental health	53.47(±19.91)	84.47(±16.50)	<0.01*
BDI	13.31(±9.32)	4.00(±8.00)	<0.01*

\*Mann-Whitney U test.

When assessing BDI items solely from cases, most women reported frequent feelings of sadness, tiredness and irritation; feeling worried about their health status; not enjoying things the way they used to; decreased interest in sex; appetite changes and sleep disturbances. Within cases, women with work impairment and/or social isolation had more depressive symptoms than women without such complaints, although no significant differences were seen between these two subgroups in SF-12 scores (**Table 3**).

**Table 3 - Associations between clinical complaints, SF-12 domains and BDI scores in womans with cronic pelvic pain**

Variables	SF-12	BDI
-----------	-------	-----

	p-value	
Social isolation	0,45	<0,01*
Work impairment	0,82	0,01*
Primary dysmenorrhea	0,28	0,64
Secondary dysmenorrhea	0,71	0,97
Progressive dysmenorrhea	0,66	0,47

\*Mann-Whitney U test.

A narrative from patient A27 (14 years old; 5 months) illustrates how such types of isolation relate to mental health damages: "I used to be joyful, but after years of feeling pain and hearing people say it was not real, we stopped talking and ended up growing apart. That was about when this sadness and crying started." Her perception is reinforced by A7 (22 years; 36 months): "I remember having friends in my childhood. My problems started after I got my menses. I was in pain on a monthly basis. As time went by, it's no longer just being in pain, you know? You become anxious and irritated. Nobody understands what you're going through, so you just want to stay away [...] I became the sad, angry person nobody wants to be around. I can't stand it myself, so who can blame them?".

Pain itself was pointed out in women's speeches as a cause of harm to mental health. A20 (13 years; 3 months), for instance, recounts: "I was always in pain: before and during my period, during sex, when using the restroom. My boyfriend said that I was anxious, like everyone else did. But I really am anxious. The difference is that it wasn't this anxiety that caused the pain, it was the other way around".

In addition to physical pain, diagnostic delays emerged as relevant causes of harm to women's physical and mental health. A27 (14 years; 5 months) says: "It were 14 years not knowing what I had, and hearing from doctors that, since they couldn't find anything wrong in my ultrasounds, it was all psychological. After you go through that for this long, you are either crazy already or you become so".

Another important cause of mental harm described was negligence from relatives and healthcare professionals. A12 (11 years; 36 months) illustrates this: "During my period, the pain was so deep I couldn't stand up. I had to go to emergency rooms to receive IV medications because pills were not doing it for me anymore. But no one cared. I once heard from a nurse that I was addicted to pain medications, which made me cry really hard that day. I got embarrassed of getting

help and going to the hospital because people thought I was an addict.” At that point, this woman stopped her speech and started to cry and sob. Negligence to women’s pain is not reported exclusively in healthcare professionals. It is incorporated into a system, naturalized and invisible in social structures. A18 (15 years; 24 months) described her family’s oversight and the resulting effect in her self-esteem by narrating: “I spent my whole life hearing I was too weak and sensitive to pain. Sometimes I think, ‘Am I really? Am I weak?’ Maybe this is why I cannot get anything done in life. Because I am weak.” In this circumstance, a woman can introject such assumptions, affecting her self-image.

Moreover, women with superficial or deep dyspareunia had significantly less interest in sex (determined through the BDI question) than those without such symptoms ( $p=0.004$  and  $p<0.001$ , respectively).

Dyspareunia was also associated to harms in self-image by affecting the idealized image patients develop on what it is to “be a woman”. A19 (14 years; 8 months) illustrates this understanding: “I am no longer woman enough for anything. I can’t even have sex with my husband anymore. And you know, a man won’t stay for long if there isn’t any sex. That’s what women do. But I can’t do it. [...] He ended up finding someone else. I can’t fight it or complain about it because I’m not enough of a woman for him”.

Women’s age did not correlate with pain intensity, BDI, PD or MHD scores. However, pain intensity was negatively correlated with PD and MHD of the SF-12, demonstrating that severe pain negatively affects QoL. Moreover, BDI scores were negatively correlated with MHD and PD, while MHD and PD showed a positive correlation (**Table 4**).

**Table 4 - Correlations between age, VAS score, SF-12 domains and BDI scores in women with chronic pelvic pain**

Variables	SF-12 Physical domain	SF-12 Mental health domain	BDI
Correlation coefficient			
Age	0.066	0.499	0.996
VAS score	-0.308*	-0.229*	0.185
SF-12 Physical domain	-	0.548*	-0.454*
SF-12 Mental health domain	0.548*	-	-0.588*
BDI	-0.454*	-0.588*	-

\*Spearman’s rho test

## DISCUSSÃO

CPP is known to influence multiple areas in women’s lives, including daily life, social relationships, family planning, work productivity, plans for the future and psychological well-being, among others (11, 19, 20). Despite this widely established impact, specific cause-effect relations between symptoms and affected areas remain obscure (21, 22). Although qualitative assessments cannot establish direct causative relations, patients’ narratives gave important clues as to how psychic suffering associated with CPP started.

Most studies evaluating QoL in women with CPP took place in developed countries or cities with high socioeconomic levels. Women in developing countries or low-income areas, such as Northeast Brazil, have unique socioeconomic characteristics that can influence their pain and QoL perception(23).

Age was also not correlated with QoL scores in our sample. This contrasts with findings of a previous study (24), who reported that QoL was negatively affected by the number of symptoms presented by women with CPP and positively affected by their age.

Cases showed decreased physical and mental health QoL compared with controls, which is consistent with findings from previous studies. Lovkvist et al (2016), for example, applied the 36-item Short Form Survey (SF-36, another QoL tool) to 431 women of varying ages with CPP and compared their results to those of the general female population. Women with endometriosis and CPP had significantly lower scores, especially in the vitality, role-physical and general health perception domains. Likewise, Nunes et al (2014) reported worse QoL scores in all domain in women with CPP compared to controls.

Most women in our study referred having a VAS pain score above seven; and pain intensity negatively correlated with QoL in both domains. This partly accounts for the finding of lower QoL in women with CPP, and is consistent with previous reports showing negative correlations of pain intensity in CPP with several SF-36 domains (25, 26).

Influences of CPP on QoL and depression likely relates to consequences of the symptom, but the underlying cause also appears to have some impact. Low QoL in endometriosis, specifically, was explored by Petrelluzzi et al (25) (2008), who com-

pared women with endometriosis to healthy women, with the former showing significantly worse physical and mental health QoL. Further into the impact of the etiology of CPP, Laursen et al (2005) examined 40 women with a history of chronic pain (with similar duration) and 41 healthy controls. Within cases, ten had endometriosis, ten had fibromyalgia/whiplash, ten had chronic lumbar pain and ten had a diagnosis of rheumatoid arthritis. Women with fibromyalgia/whiplash showed significantly lower scores in the role-physical, role-emotional, social functioning, mental health and vitality compared to the endometriosis subgroup. Centini et al (2013) compared women with CPP with endometriosis to women with CPP without this disease. In both groups, pain had a negative impact on QoL; however, the endometriosis group had significantly worse scores in the bodily pain, physical and emotional role domains of the SF-36.

CPP is associated with a wide range of psychiatric symptoms<sup>(27)</sup>. Previous studies using BDI to investigate depression in women with CPP have shown an association between these conditions. Sepulcri and Amaral (2009) found an 85% prevalence of depression in women with CPP due to endometriosis. In our study, cases' mean BDI score corresponded to mild to moderate depression, comparable to that presented by Lorençatto et al (2002), while controls showed no depression.

When correlating QoL and depression in women with CPP, our study found that, the lower QoL, the greater depression scores, similar to what Melis et al (2005) reported. MHD also showed a negative correlation with pain intensity, relating to the results by Lorençatto et al (2006), whose multiple regression logistic analysis reported pain as significantly associated with depressive symptoms. Other than the ones mentioned, so far, no other studies have compared depression levels in women with and without CPP using BDI.

Although women with CPP referred work impairment and social isolation, participants with and without such presentations had similar QoL. However, those with these complaints had higher BDI scores, raising the possibility these variables may be related to the development of depression.

In addition to increased susceptibility to mental disorders, women with pain also show some degree of sexual dysfunction<sup>(28)</sup>. In our sample, a correlation was seen between reported deep or

superficial dyspareunia and lower interest in sex in BDI's question.

Relations that emerged in the quantitative stage were confirmed and deepened in qualitative phase. Patients' narratives also aided in the comprehension of the ways in which CPP associated with social isolation and psychic illness. Such data corroborate the analysis described by a meta-ethnography which showed that, in addition to pain itself and delays in diagnosis, CPP negligence is an important factor associated with burden in women's QoL and mental health<sup>(29)</sup>.

A limitation in our research was the lack of stratification for causes of CPP. Strengths include the analysis of variables besides QoL, pain and depression in the same sample; the use of asymptomatic controls; and its pioneerism as a mixed, quantitative-qualitative design in this area of study. This approach should be expanded in other studies to further comprehend the process of psychic suffering development in women with CPP.

## CONCLUSÃO

In this study, women with CPP had lower QoL and worse depression when compared to women without CPP. Worse QoL was also associated with more depressive symptoms. Pain chronicity, diagnostic delays and negligence from healthcare professionals and family members were pointed out in patients' narratives as the main factors associated with mental health burden. Social isolation, work impairment and compromises in life as a couple were considered sources of distress beyond physical pain in women with CPP.

## REFERÊNCIAS

1. Andrews J, Yunker A, Reynolds WS, Likis FE, Sathe NA, Jerome RN. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Noncyclic Chronic Pelvic Pain Therapies for Women: Comparative Effectiveness. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012.
2. Marinho MCP, Magalhaes TF, Fernandes LFC, Augusto KL, Brilhante AVM, Bezerra L. Quality of Life in Women with Endometriosis: An Integrative Review. *Journal of women's health*, 2018;27(3):399-408.
3. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain physician*. 2014;17(2):E141-7.
4. Paulson JD, Paulson JN. Anterior vaginal wall tenderness (AVWT) as a physical symptom in chronic pelvic

- Maia Alves **da Silva**; Andrea Mazza **Beliero**; Nilcyeli Linhares **Aragão**; Márcia Maria Pinheiro **Dantas**; Álvaro Rolim **Guimarães** et al. *JSLs : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2011;15(1):6-9.
5. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics and gynecology*. 1996;87(3):321-7.
6. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, Klemmetsen I, et al. Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *Journal of psychosomatic research*. 2006; 61(5): 637-44.
7. Martins AM, Oliveira FG, Oliveira MS, Barreto TCB, Rocci E. O real impacto da dor pélvica crônica na qualidade de vida das mulheres. *Revista de Saude UnG*. 2014;8(3-4):68.
8. Poleshuck EL, Gamble SA, Bellenger K, Lu N, Tu X, Sorensen S, et al. Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for women with co-occurring depression and pelvic pain. *Journal of psychosomatic research*. 2014;77(4):264-72.
9. Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *The New England journal of medicine*. 2010;362(25):2389-98.
10. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3rd Edition ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
11. Sepulcri Rde P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2009;142(1):53-6.
12. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 1999;39(3):8.
13. Vargas D, Dias APV. Depression prevalence in Intensive Care Unit nursing workers: a study at hospitals in a northwestern city of Sao Paulo State. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(5):8.
14. Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AE. [Psychometric properties of the quality of life assessment instrument: 12-item health survey (SF-12)]. *Ciencia & saude coletiva*. 2013;18(7):1923-31.
15. Schütze F. Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Prax*. 1983;13(3):11.
16. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*. 2018;52(4):1893-907.
17. Pimenta CA, Teixeira MJ. [Proposal to adapt the McGill Pain Questionnaire into Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 1996;30(3):473-83.
18. Gorenstein C, Andrade LHSG. Beck depression inventory: psychometric properties of the portuguese version. *Revista de Psiquiatria Clinica*. 1998;25(5):6.
19. Fairbanks F, Abdo CH, Baracat EC, Podgac S. Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2017;33(7):544-7.
20. Facchin F, Saita E, Barbara G, Dridi D, Vercellini P. "Free butterflies will come out of these deep wounds": A grounded theory of how endometriosis affects women's psychological health. *Journal of health psychology*. 2018;23(4):538-49.
21. Adamson G, Kennedy S, Hummelshoj L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. *J Endometriosis*. 2010;2:4.
22. Jia SZ, Leng JH, Shi JH, Sun PR, Lang JH. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Journal of ovarian research*. 2012;5(1):29.
23. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ. [Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study]. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*. 2010;32(5):247-53.
24. Lovkvist L, Bostrom P, Edlund M, Olovsson M. Age-Related Differences in Quality of Life in Swedish Women with Endometriosis. *J Womens Health*. 2016;25:7.
25. Petrelluzzi KF, Garcia MC, Petta CA, Grassi-Kassisse DM, Spadari-Bratfisch RC. Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*. 2008;11(5):390-7.
26. Augusto KL, Araujo LA, Magalhaes TF, Marinho MCP, Bezerra LRPS. The impact of chronic pelvic pain and its associated symptoms on women's quality of life in a tertiary care hospital in Brazil. *J Endometriosis and Pelvic Pain Dis*. 2016;8(4):167-71.

27. Lagana AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Valenti G, Sapia F, Chiofalo B, et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International journal of women's health*. 2017;9:323-30.

28. Evangelista A, Dantas T, Zendron C, Soares T, Vaz G, Oliveira MA. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. *The journal of sexual medicine*. 2014;11(1):140-5.

29. Toye F, Seers K, Barker K. A meta-ethnography of patients' experiences of chronic pelvic pain: struggling to construct chronic pelvic pain as 'real'. *Journal of advanced nursing*. 2014;70(12):2713-27.

# PREDITORES DE MORTALIDADE NA COVID-19: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO CEARÁ

MARZA DE SOUSA ZARANZA<sup>2,4</sup>; GDAYLLON CAVALCANTE MENESES<sup>4</sup>; ADRIANA DE FÁTIMA ALENCAR MIRANDA<sup>2</sup>; NATALIA LINHARES PONTE ARAGÃO<sup>2</sup>; DENISE MAIA ALVES DA SILVA<sup>2</sup>; ANDREA MAZZA BELIERO<sup>2</sup>; NILCYELI LINHARES ARAGÃO<sup>2,4</sup>; MÁRCIA MARIA PINHEIRODANTAS<sup>2,4</sup>; ÁLVARO ROLIM GUIMARÃES<sup>3</sup>; AUGUSTO ADLER FREIRE MARTINS<sup>3</sup>; CAIO MANUEL CAETANO ADAMIAN<sup>3</sup>; ALESSANDRA MARJORYE MAIA LEITÃO<sup>1</sup>; GABRIELA CORREIA PEQUENO MARI-NHO<sup>3</sup>; MARCELO COSTA FREIRE DE CARVALHO<sup>1</sup>; MARIA ISABEL DE ALENCAR CAVALCANTE<sup>1</sup>; FÁBIO AUGUSTO XEREZ MOTA<sup>1</sup>; RODRIGO ROLIM GUIMARÃES<sup>1</sup>; SANDRA MARA BRASILEIRO MOTA<sup>2,4</sup>; ALICE MARIA COSTAMARTINS<sup>3</sup>; ELIZABETH DE FRANCESCO DAHER<sup>4</sup>; LIGIA SANSIGOLO KERR<sup>8</sup>; CARLKENDALL<sup>8,9</sup>; GERALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR<sup>1,5</sup>; POLIANNA LEMOS MOURA MOREIRA ALBUQUERQUE<sup>1,2</sup>.

1 – Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 – Instituto Doutor José Frota, Ceará, Brasil.

3 – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

4 – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

5 – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Ciências Médicas da Universidade de Fortaleza, Ceará, Brasil.

6 – Universidade Unichristus, Ceará, Brasil.

7 – Programa de Doutorado em Biotecnologia - Renórbio, Ceará, Brasil.

8 – Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

9 – Departamento de Ciências Sociais, Comportamentais e Ciências Populacionais of Social, Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade de Tulane, Nova Orleans, Luisiana, EUA

Artigo submetido em: 10/12/2021

Artigo aceito em: 08/03/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: polianna.moreira@ijf.fortaleza.ce.gov.br.

## RESUMO

A COVID-19 se apresenta de várias maneiras e o atraso no reconhecimento de sinais de deterioração clínica gera maior morbidade e mortalidade. Este estudo objetivou identificar e analisar variáveis demográficas e clínicas que predizem gravidade em pacientes com COVID-19 no intuito de auxiliar no aprimoramento da assistência multidisciplinar à saúde. Foi realizado em um hospital público terciário entre março a agosto de 2020, em Fortaleza – Ceará - Brasil. Métodos: Este estudo retrospectivo incluiu pacientes com COVID-19 confirmada por RT-PCR e idade  $\geq 18$  anos internados em UTI. Foram avaliados prontuários eletrônicos e um banco de dados de vigilância nacional (SIVEP-Gripe: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe). Resultados: Foram incluídos 419 pacientes com COVID-19. Os pacientes eram do sexo masculino (63,9%), com idade média de  $53,5 \pm 19,4$  anos. O tempo entre o início dos sintomas de COVID-19 e a admissão na UTI teve mediana de 9 dias (IQR: 6 – 10). O grupo com tempo  $\geq 10$  dias era mais velho e apresentava maior taxa de dispnéia, comorbidades, uso de suporte ventilatório (principalmente invasivo) e piores desfechos, como maior permanência na UTI e mortalidade (62,2% vs 43,5%;  $p < 0,001$ ). Idade avançada, tempo  $\geq 10$  dias entre os primeiros sintomas e admissão na UTI, hipoxemia e uso de suporte respiratório foram fatores de risco para óbito. Hipoxemia (O.R. = 8,5; IC 95%, 2,0 a 35,3;  $P = 0,003$ ) e idade (por cada 20 anos) (O.R. = 3,12; IC 95%, 1,94 a 5,01;  $P < 0,001$ ) foram independentemente associadas ao óbito. Conclusão: Maior atraso ( $\geq 10$  dias) na admissão de pacientes graves na UTI foi associado a desfechos ruins na COVID-19. Hipoxemia durante a internação foi o principal preditor de gravidade e óbito. O trabalho da equipe multidisciplinar na educação da população e no reconhecimento precoce de sinais de agravamento da doença é primordial.

**Palavras-chave:** COVID-19; Tempo até o Tratamento; Resultado do Tratamento; Equipe Multidisciplinar; Fortaleza; Brasil.

## ABSTRACT

COVID-19 presents itself in many ways and the delay in recognizing signs of clinical deterioration generates greater morbidity and mortality. This study aims to identify and analyze demographic and clinical variables that predict severity in patients with COVID-19 in order to help improve multidisciplinary health care. It was carried out in a tertiary public hospital between March and August 2020, in Fortaleza - Ceará - Brazil. Methods: This retrospective study included patients with RT-PCR confirmed COVID-19 and age  $\geq 18$  years admitted to the ICU. Electronic medical records and a national surveillance database (SIVEP-Gripe: Influenza Epidemiological Surveillance Information System) were evaluated. Results: 419 patients with COVID-19 were included. The patients were male (63.9%), with a mean age of  $53.5 \pm 19.4$  years. The time between the onset of symptoms of COVID-19 and admission to the ICU had a median of 9 days (IQR: 6 - 10). The group with time  $\geq 10$  days was older and had a higher rate of dyspnea, comorbidities, use of ventilatory support (mostly invasive) and worse outcomes, such as longer ICU stay and mortality (62.2% vs 43.5% ;  $p < 0.001$ ). Advanced age, time  $\geq 10$  days between first symptoms and ICU admission, hypoxemia and use of respiratory support were risk factors for death. Hypoxemia (O.R.= 8.5; 95% CI, 2.0 to 35.3;  $P = 0.003$ ) and age (per every 20 years) (O.R.= 3.12; 95% CI, 1.94 to 5.01 ;  $P < 0.001$ ) were independently associated with death. Conclusion: Longer delay ( $\geq 10$  days) in the admission of critically ill patients to the ICU was associated with poor outcomes in COVID-19. Hypoxemia during hospitalization was the main predictor of severity and death. The work of the multidisciplinary team in educating the population and in the early recognition of signs of worsening of the disease is essential.

**Keywords:** COVID-19; Time to Treatment; Treatment Result; Multidisciplinary Team; Fortaleza; Brasil.

## INTRODUÇÃO

Há cerca de dois anos o mundo vive a pandemia de COVID-19, causada por um novo tipo de coronavírus chamado SARS-CoV-2 <sup>(1)</sup> e até o momento, acumula-se mais de 400 milhões de casos confirmados da doença no mundo e o Brasil ocupa o terceiro lugar em número de casos de COVID-19 com quase 27 milhões de casos confirmados e mais de 635 mil óbitos. A campanha de vacinação contra a doença já completou 1 ano desde o início, porém, ainda enfrenta muitos obstáculos políticos e sociais. O Nordeste é a segunda região brasileira com maior incidência de COVID-19 e o estado do Ceará contabiliza, até o momento, mais de 1.200.000 casos confirmados e cerca de 27.800 óbitos em decorrência da doença, com destaque para a capital Fortaleza <sup>(2)</sup>.

O Ceará é um dos estados do Nordeste mais severamente afetado pela COVID-19 <sup>(4)</sup>. Uma investigação retrospectiva de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), realizada pela Secretaria de Saúde de Fortaleza, relatou vários casos de COVID-19, que foram confirmados em Fortaleza um dia após a notificação de Wuhan à OMS em janeiro <sup>(5)</sup>. Nesse sentido, um estudo sobre a evolução e disseminação da epidemia de SARS-CoV-2 no País mostrou que duas cepas diferentes circulavam no Ceará antes da confirmação do primeiro caso oficial <sup>(6)</sup>.

Estudos epidemiológicos fornecem avaliações sobre a dinâmica da transmissão e características clínicas da doença causada pelo novo coronavírus (2019-nCoV) <sup>(7)</sup>. Apesar da evolução do conhecimento científico e do avanço da vacinação, a COVID-19 permanece sendo uma grande preocupação para as autoridades, sobretudo pelo surgimento de novas cepas e a desigualdade na cobertura vaci-

nal. Dessa forma, parte da população infectada ainda desenvolve formas graves com envolvimento simultâneo de vários órgãos, necessidade de internamento hospitalar e alta mortalidade <sup>(8,9)</sup>.

Compreender os fatores de risco associados à morbimortalidade de forma a educar a população, bem como ter uma equipe multidisciplinar capacitada a reconhecer sinais e sintomas de gravidade, acentua a intervenção precoce e um melhor prognóstico. Assim, este trabalho tem como objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes admitidos com COVID-19 em um hospital público terciário em Fortaleza - Ceará - Brasil, no período de março a agosto de 2020, bem como analisar os fatores de risco de mortalidade e as complicações clínicas apresentadas desde o início dos sintomas.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal com 418 pacientes internados no Instituto Doutor José Frota (IJF), hospital público terciário da cidade de Fortaleza, estado do Ceará, Nordeste do Brasil, de 1º de março a 29 de agosto. O IJF se tornou um dos hospitais de referência para pacientes que necessitam de cuidados intensivos devido à infecção por COVID-19.

Os pacientes foram admitidos no hospital por meio da Central de Regulação de Leitos do Estado do Ceará e do Município de Fortaleza. A maioria foi encaminhada de outras unidades de saúde, como unidades de pronto atendimento, e os demais vieram de outros setores do próprio IJF.

Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil para os casos de SRAG. Os pacientes eram adultos com ida-

de igual ou superior a 18 anos, com confirmação laboratorial de COVID-19 via RT-PCR, apresentando dispnéia/desconforto respiratório, pressão torácica persistente, oximetria abaixo de 95% sem suporte externo de oxigênio ou coloração azul dos lábios ou face (<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#diagnostico>)<sup>(10)</sup>.

Foram avaliados os prontuários eletrônicos dos pacientes no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) no momento do diagnóstico (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe>)<sup>(11)</sup>. A notificação da COVID-19 é obrigatória no Brasil e o SIVEP-Gripe recebe essas notificações de hospitais públicos e privados, como o IJF. As variáveis analisadas foram idade, sexo, raça, comorbidades, critérios diagnósticos na admissão, tempo entre o início dos sintomas e a internação, sinais e sintomas, suporte respiratório, tempo de internação, desfecho e teste confirmatório para COVID-19.

A gravidade dos pacientes internados na UTI foi estimada por meio do Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS3). Trata-se de um instrumento que utiliza dados da admissão do paciente na UTI para avaliar a probabilidade de óbito intrahospitalar<sup>(12)</sup>.

Além de tentar prever o desfecho individual do paciente e da população de pacientes de uma UTI, o escore é útil para avaliar a eficácia das práticas da UTI por meio do cálculo da razão de mortalidade padronizada (SMR – standard mortality ratio). Para a medida de mortalidade mais específica, ele utiliza 22 variáveis, cuja soma é convertida no valor de mortalidade por meio de uma fórmula matemática. O resultado pode ser ajustado de acordo com a realidade local. Usamos o ajuste para a América Latina.

### Análise estatística

Dados categóricos foram expressos em contagem absoluta, e frequências relativas em porcentagem. O teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher foram utilizados para comparar as frequências das variáveis categóricas entre os grupos. Dados quantitativos foram primeiramente avaliados quanto à distribuição normal usando o teste de Kolmogorov-Smirnov e histogramas. Dados normais foram expressos como média  $\pm$  desvio padrão, e os não normais pela mediana e intervalo interquartil (IIQ). O teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney foram usados para comparar dados quantitativo-

entre dois grupos. Por fim, foi realizada regressão logística para avaliar as associações das características da doença antes da admissão na UTI e durante a internação na UTI com a mortalidade. Modelos uni e multivariados foram usados em uma regressão stepwise com abordagem de seleção direta. Odds ratio foi estimado com respectivo intervalo de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas no SPSS para Macintosh (versão 23.0; IBM, Armonk, NY, EUA) e significância adotada em  $p < 0,05$ .

Gráficos foram produzidos no GraphPad Prism para Windows 64 bits, versão 9.0.2 (161), 9 de fevereiro de 2021.

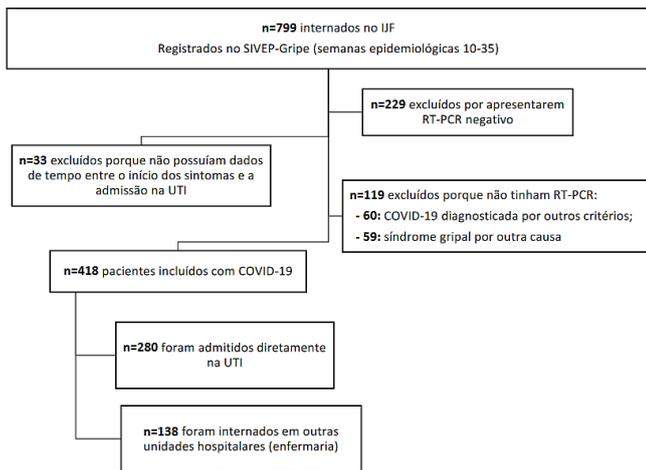
### Aspectos éticos

Este estudo faz parte do projeto “Manifestações clínicas, complicações, fatores prognósticos e tratamento de pacientes hospitalizados por infecção por Coronavírus em Salvador e Fortaleza”, que foi aprovado no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, com CAAE nº 30579020.4.1001.0008 e registrado sob o número de aprovação 4.026.888.

## RESULTADOS

Setecentos e noventa e nove pacientes foram admitidos no IJF com suspeita de COVID-19. No entanto, apenas 418 pacientes foram confirmados por RT-PCR. O recrutamento dos pacientes está representado na **Figura 1**. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (63,9%) e da categoria racial parda (43,1%). A média de idade foi de  $53,5 \pm 19,4$  anos e 50% ( $n=206$ ) apresentavam comorbidades (**Tabela 1**).

Houve uma ampla gama de sintomas iniciais, como febre, tosse e dispnéia (**Tabela 1**). Dentre estes, dispnéia foi o sintoma mais comumente apresentado, sendo relatado em 265 pacientes (97%). Hipoxemia foi o sinal clínico mais comum, presente em 50,2% dos pacientes no momento da admissão hospitalar. Sintomas menos frequentes, como diarreia, dor de garganta e vômitos também foram relatados.



**Figura 1.** Recrutamento de pacientes com COVID-19 com RT-PCR detectável ou positivo.

**Fonte:** confeccionada pelos próprios autores.

### Diferenças entre pacientes internados diretamente na UTI versus nas enfermarias

Comparamos os parâmetros dos pacientes admitidos diretamente na UTI versus pacientes admitidos nas enfermarias. Dos 418 pacientes internados, 280 (67%) foram admitidos diretamente na UTI devido a gravidade. Esses pacientes foram identificados na Central de Regulação de Leitos e vieram de outras unidades de emergência e hospitais de cidade. Os outros 138 pacientes (33%) foram internados inicialmente em enfermarias.

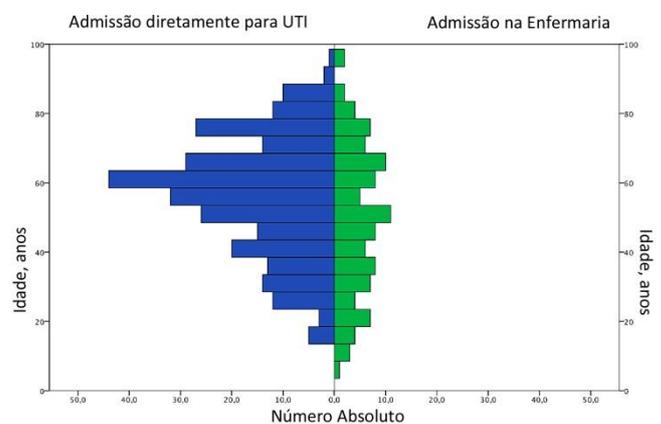
Pacientes admitidos diretamente na UTI eram mais velhos ( $56,45 \pm 17,25$  vs  $49,67 \pm 21,05$  anos;  $p=0,001$ ) com maior prevalência de pacientes com mais de 60 anos (**Figura 2**). Também apresentaram pelo menos uma comorbidade (57,9% vs 35,9%;  $p<0,01$ ).

Houve maior prevalência de obesidade em pacientes da UTI, porém sem significância estatística (67,8% vs 25%;  $p=0,0820$ ). Hipoxemia e mortalidade foram mais frequentes em pacientes admitidos diretamente na UTI (93% vs 80%,  $p=0,028$  e 63% vs 20%,  $p<0,001$ , respectivamente) (**Tabela 2**).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com COVID-19 confirmada por RT-PCR.

Pacientes com RT-PCR detectável para COVID-19 (n=418)		Dados ausentes
Idade (anos)	53,5 ± 19,4	
Gênero (masculino)	266 (63,6)	
Etnia*		199 (47,6)
Parda	180 (43,1)	
Negra	14 (3,3)	
Outra	5 (1,2)	
Sintomatologia		
Febre	240 (57,4)	80 (19,1)
Tosse	206 (49,3)	89 (21,3)
Dor de garganta	23 (5,5)	172 (41,1)
Dispnéia	265 (63,4)	56 (13,4)
Hipoxemia (Oximetria < 95%)	210 (50,2)	73 (17,5)
Diarréia	23 (5,5)	178 (42,6)
Vômito	5 (1,2)	182 (43,5)
Outros	190 (45,5)	
Comorbidades*	206 (49,3)	
Doença cardíaca	92 (22)	56 (13,4)
Hipertensão	64 (15,3)	56 (13,4)
Obesidade	41 (9,8)	69 (16,5)
Doença hematológica	1 (0,2)	93 (22,2)
Doença hepática	1 (0,2)	91 (21,8)
Asma	4 (1)	87 (20,8)
Diabetes	99 (23,7)	45 (10,8)
Doença neurológica	3 (0,7)	91 (21,8)
Pneumopatia	9 (2,2)	88 (21,1)
Doenças imunes	6 (1,4)	87 (20,8)
Disfunção renal	5 (1,2)	91 (21,8)
Admissão na UTI	280 (67)	
Tempo entre primeiros sintomas e admissão na UTI (dias)	9 (6 - 10)	
Permanência na UTI (dias)	9 (9 - 10)	
Suporte respiratório na UTI		27 (6,5)
Invasivo	180 (43,1)	
Não invasivo	111 (26,6)	
Não utilizado	100 (23,9)	
Desfecho		68 (16,3)
Alta hospitalar	177 (42,3)	
Óbito	173 (41,4)	

Os dados contínuos foram expressos como média ± desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil entre parênteses. Os dados categóricos foram expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parênteses. \*As frequências foram relativas a um caso válido registrado.



**Figura 2.** Distribuição da idade de acordo com internação na UTI ou enfermaria.

**Fonte:** confeccionada pelos próprios autores.

### Tempo entre primeiros sintomas e admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

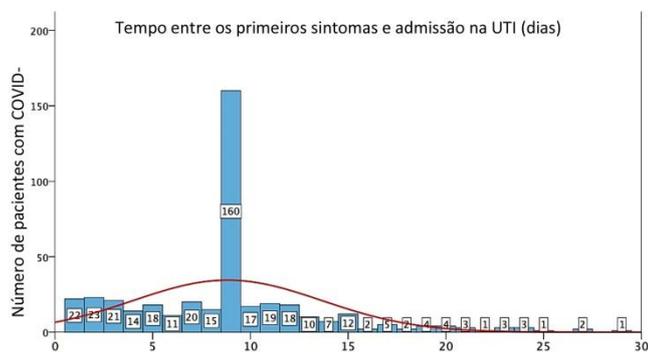
A análise do histograma do tempo entre os primeiros sintomas e a admissão na UTI mostrou que a maioria dos pacientes foi internada na UTI até 9 dias após início dos sintomas (**Figura 3**). A maioria dos pacientes críticos, que necessitaram de internação direta na UTI, comumente chegaram à uni-

dade de saúde mais de 9 dias após o início dos sintomas de COVID-19. Comparações realizadas entre os grupos de pacientes de acordo com <10 versus ≥10 dias são relatadas na **Tabela 3**.

**Tabela 2** - Comparações das características sociodemográficas e clínicas de pacientes com COVID-19 confirmada por RT-PCR de acordo com a internação na UTI.

	Internação hospitalar		
	UTI (n=280)	Enfermaria (n=138)	P
<b>Idade (anos)</b>	56,45 ± 17,25	49,67 ± 21,05	0,001
<b>Gênero (masculino)</b>	179 (63,9)	65 (47,1)	0,882
<b>Etnia</b>			0,273
Parda	100 (35,7)	58 (42)	
Negra	10 (3,6)	4 (2,9)	
Outra	4 (1,4)	0 (0)	
Dados ausentes	166 (59,3)	76 (55,1)	
<b>Sintomatologia*</b>			
Febre	185 (66,1)	45 (32)	0,619
Tosse	163 (58,2)	34 (24,6)	0,305
Dor de garganta	20 (7,1)	3 (2,2)	0,867
Dispnéia	227 (81,1)	36 (26,1)	0,923
Hipoxemia (Oximetria < 95%)	185 (66,1)	20 (14,5)	0,028
Diarréia	17 (6,1)	4 (2,9)	0,546
Vômito	3 (1,1)	2 (1,4)	0,127
Outros	119 (42,5)	53 (38,4)	0,196
<b>Comorbidades*</b>	162 (57,9)	37 (26,8)	<0,001
Doença cardíaca	74 (26,4)	16 (11,6)	0,924
Hipertensão	52 (18,6)	10 (7,2)	-
Obesidade	40 (14,3)	1 (0,7)	0,082
Doença hematológica	1 (0,4)	0 (0)	0,841
Doença hepática	1 (0,4)	0 (0)	0,692
Asma	4 (1,4)	0 (0)	0,399
Diabetes	75 (26,8)	19 (13,8)	0,987
Doença neurológica	2 (0,7)	1 (0,7)	0,383
Pneumopatia	7 (2,5)	1 (0,7)	0,677
Doenças imunes	5 (1,8)	1 (0,7)	0,921
Disfunção renal	5 (1,8)	0 (0)	0,555
<b>Tempo entre primeiros sintomas e admissão na UTI (dias)</b>	8 (4 - 12)	9 (9 - 9)	0,101
<b>Desfecho</b>			<0,001
Alta hospitalar	92 (32,8)	67 (48,6)	
Óbito	155 (55,4)	17 (12,3)	
Dados ausentes	33 (11,8)	57 (41,3)	

Os dados contínuos foram expressos como média ± desvio padrão e comparados pelo teste t de Student. Os dados categóricos foram expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parênteses e o teste Qui-quadrado foi utilizado para as comparações. Todas as frequências nas variáveis categóricas foram relativas a um caso válido registrado.



**Figura 3.** Distribuição do tempo entre os primeiros sintomas e a admissão na UTI de pacientes com COVID-19 confirmada por RT-PCR.

**Fonte:** confeccionada pelos próprios autores.

**Tabela 3** - Comparações das características sociodemográficas e clínicas de pacientes com COVID-19 confirmada por RT-PCR e desfechos de acordo com o tempo entre os primeiros sintomas e a admissão na UTI.

	Tempo entre primeiros sintomas e admissão na UTI (dias)		P
	<10 dias (n=304)	≥10 dias (n=114)	
<b>Idade (anos)</b>	51,56 ± 20,72	58,69 ± 14,17	0,001
<b>Gênero (masculino)</b>	195 (64,1)	71 (62,3)	0,724
<b>Etnia</b>			0,429
Parda	147 (48,3)	33 (28,9)	
Negra	12 (3,9)	2 (1,8)	
Outra	3 (1)	2 (1,8)	
Dados ausentes			
<b>Sintomatologia</b>			
Febre	153 (50,3)	87 (76,3)	0,942
Tosse	124 (40,8)	82 (71,9)	0,058
Dor de garganta	11 (3,6)	12 (10,5)	0,423
Dispnéia	156 (51,3)	109 (95,6)	0,023
Hipoxemia (Oximetria < 95%)	118 (38,8)	92 (80,7)	0,139
Diarréia	15 (4,9)	8 (7)	0,809
Vômito	5 (1,6)	0 (0)	0,07
Outros	140 (46,1)	50 (43,9)	0,032
<b>Comorbidades</b>	128 (42,1)	78 (68,4)	<0,001
Doença cardíaca	57 (18,8)	35 (30,7)	0,751
Hipertensão	38 (12,5)	26 (22,8)	-
Obesidade	19 (6,3)	22 (19,3)	0,097
Hematológicas	0 (0)	1 (0,9)	0,204
Doença hepática	1 (0,3)	0 (0)	0,499
Asma	3 (1)	1 (0,9)	0,815
Diabetes	66 (21,7)	33 (28,9)	0,831
Doença neurológica	3 (1)	0 (0)	0,205
Pneumopatia	8 (2,6)	1 (0,9)	0,207
Doenças imunes	3 (1)	3 (2,6)	0,508
Disfunção renal	3 (1)	2 (1,8)	0,778
<b>Suporte respiratório na UTI</b>			<0,001
Invasivo	106 (34,9)	74 (64,9)	
Não invasivo	75 (24,7)	36 (31,6)	
Não utilizado	96 (31,6)	4 (3,5)	
Dados ausentes	27 (8,9)	0 (0)	
<b>Direcionados para internação na UTI</b>	166 (54,6)	114 (100)	<0,001
<b>Permanência na UTI (dias)</b>	9 (9 - 9)	9,5 (8 - 18)	0,002
<b>Desfecho</b>			<0,001
Alta hospitalar	135 (44,4)	42 (36,8)	
Óbito	104 (34,2)	69 (60,5)	
Dados ausentes	65 (21,3)	3 (2,6)	

Os dados contínuos foram expressos como média ± desvio padrão e comparados pelo teste t de Student. Os dados categóricos foram expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parênteses e o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher foi utilizado para as comparações. Todas as frequências nas variáveis categóricas foram relativas a um caso válido registrado.

Todos os pacientes (100%) com COVID-19 que chegaram ao hospital com ≥10 dias após os primeiros sintomas foram admitidos diretamente na UTI, em comparação com 62% dos pacientes com <10 dias (p<0,001). O grupo ≥10 dias era mais velho (58,69 ± 14,17 vs 51,56 ± 20,72 anos; p= 0,001), e todos que referiram dispnéia como sintoma de alarme (100 vs 95%; p= 0,023) tinham comorbidades (68 vs 42%, p<0,001). A prevalência de hipoxemia foi maior no grupo ≥10 dias, embora não estatisticamente significativa (95 vs 89%, p=0,139).

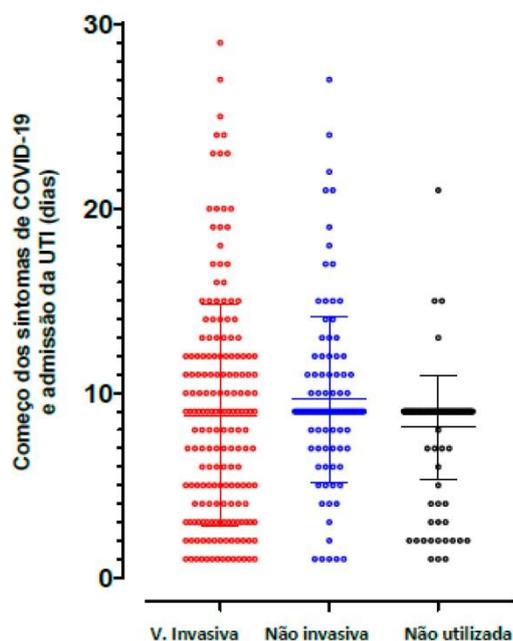
A taxa de uso de suporte ventilatório foi maior no grupo ≥10 dias, assim como desuporte não invasivo (31,6 vs 27,1%; p<0,001) e suporte invasivo (64,9 vs 38,3%; p<0,001 (Figura 3). Desfechos foram piores no grupo ≥10 dias, como maior permanência na UTI (mediana e IIQ: 9,5 (8 - 18) vs 9 (9 - 9) dias; p= 0,002) e maior mortalidade (62,2 vs 43,5%; p <0,001).

## Fatores de risco para mortalidade

Fatores de risco de pacientes com COVID-19 para óbito foram avaliados antes durante a internação na UTI. Na análise univariada, parâmetros antes da admissão na UTI associados ao óbito por COVID-19 foram: idade (por cada 20 anos: OR=2,64, IC 95% =1,99-3,502; p<0,001), tempo ≥10 dias entre os primeiros sintomas até a UTI admissão (OR=2,13, IC 95%=1,345-3,382; p<0,001), pacientes que foram diretamente internados na UTI (OR= 6,64, IC 95%=3,675-12,00; p<0,001) e hipoxemia (OR= 5,89, IC 95% =1,806-19,23; p = 0,003).

Durante a permanência na UTI, análise univariada revelou que a permanência na UTI (por semana) foi associada ao óbito (OR= 1,325, I.C 95% = 1,087-1,615; p=0,005).

Além disso, o uso de suporte respiratório em UTI foi um preditor de óbito, tanto não invasivo (OR=6,6, IC 95% = 2,9-15,3; p<0,001) quanto invasivo (OR= 20,1, IC 95% =8,9-45,4; p<0,001), quando comparados aos pacientes que não utilizaram suporte respiratório (figura 4).



**Figura 4.** Comparação do tempo entre os primeiros sintomas e a admissão na UTI de acordo com suporte respiratório na UTI.

**Fonte:** confeccionada pelos próprios autores.

\*p<0,05 entre os grupos “não usado” vs “invasivo”. Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis com teste pos-hoc de Dunn.

No modelo multivariado ajustado para idade e sexo, idade e hipoxemia foram independentemente associadas ao óbito. Idade permaneceu um preditor relevante (por cada 20 anos: OR: 3,126, I.C. 95% = 1,948-5,017; p<0,001). Por fim, adicionar

hipoxemia a um modelo com dispnéia, tempo ≥10 dias entre primeiros sintomas até admissão na UTI e pacientes encaminhados à UTI na admissão foi o melhor preditor de óbito (OR=8,532, IC 95% = 2,062-35,30; p=0,003) (tabela 4).

**Tabela 4** -Análise univariada e multivariada de regressão logística com características antes durante a internação em unidade de terapia intensiva (UTI) para avaliar preditores de óbito.

	Óbito		
	Odds ratio	I. C. 95%	p
<b>Análise univariada</b>			
<i>Características antes da admissão na UTI</i>			
Gênero (masculino)	1.034	0.674 - 1.587	0.877
Idade (por cada 20 anos)	2.64	1.99 - 3.502	<0.001
Pacientes com tempo ≥10 dias entre primeiros sintomas e admissão na UTI	2.133	1.345 - 3.382	<0.001
Hipoxemia	5.893	1.806 - 19.231	0.003
Dispneia	1.133	0.186 - 6.903	0.893
Pacientes encaminhados à UTI na admissão hospitalar	6.64	3.675 - 12.00	<0.001
<i>Características da permanência na UTI</i>			
Permanência na UTI (por cada semana)	1.325	1.087 - 1.615	0.005
Suporte respiratório na UTI*			
<i>Invasivo</i>	20.1	8.902 - 45.4	<0.001
<i>Não invasivo</i>	6.672	2.907 - 15.3	<0.001
<b>Modelo multivariado usando características antes da admissão na UTI #</b>			
Idade (por cada 20 anos)	3.126	1.948 - 5.017	<0.001
Gênero (masculino)	1.271	0.653 - 2.476	0.480
Pacientes com tempo ≥10 dias entre primeiros sintomas e admissão na UTI	0.665	0.332 - 1.333	0.251
Dispneia	0.180	0.016 - 2.043	0.166
Hipoxemia	8.532	2.062 - 35.30	0.003
Pacientes encaminhados à UTI na admissão hospitalar	2.132	0.691 - 6.579	0.188

\* Odds ratio obtido em relação ao suporte respiratório “não utilizado”. # Modelo multivariado: idade, gênero, tempo ≥10 dias entre primeiros sintomas e admissão na UTI, dispneia, desconforto respiratório, hipoxemia, pacientes encaminhados à UTI na admissão hospitalar. I.C. 95%: Intervalo de confiança de 95%.

## DISCUSSÃO

Os sintomas e a evolução clínica dos pacientes com COVID-19 podem variar imensamente. A triagem das principais características ou fatores de risco antes da admissão hospitalar ou até a admissão na UTI melhora a seleção de pacientes e o atendimento clínico. Este estudo mostrou que tempo prolongado entre início dos sintomas até admissão hospitalar, hipoxemia antes da admissão hospitalar e outras características clínicas tiveram associações importantes com desfechos ruins na UTI.

A disseminação massiva do vírus SARS-Cov-2 e suas cepas variantes em todo o mundo é um problema para países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil (13). O Estado do Ceará, em especial a capital Fortaleza, foi atingida duramente pela pandemia durante o primeiro trimestre de 2020, e quase houve colapso do sistema de saúde. No entanto, a decisão do governo estadual e municipal de seguir as recomendações não farmacêuticas (uso obrigatório de máscara, distanciamento social e higiene individual) (4) e a parceria firmada entre Estado, prefeitura e setores da saúde

(pesquisadores, cientistas, profissionais de saúde, órgãos públicos e empresas privadas) provavelmente impediram uma catástrofe maior <sup>(4)</sup>.

Idade e sexo foram considerados determinantes importantes do resultado, conforme amplamente divulgado em outros locais <sup>(14)</sup>. Em nosso estudo, a média de idade do grupo estudado (n=418) foi de 53,5 ± 19,4 anos. A maioria era do sexo masculino e cerca de 50% relataram comorbidades. Um estudo epidemiológico no Brasil relatou que a idade média das mortes por COVID-19 foi de 60 anos e a maioria era do sexo masculino <sup>(13)</sup>. Maus hábitos alimentares e obesidade estão em curva ascendente no Brasil e resultam em uma carga de hospitalizações por situações decorrentes dessas situações <sup>(15, 16)</sup>. No Ceará, a obesidade foi a terceira comorbidade mais comumente associada à COVID-19 em casos de pacientes hospitalizados <sup>(17)</sup>.

Em Wuhan, um estudo chinês no início da pandemia relatou que a maioria dos casos era do sexo masculino, com idade em torno de 49 anos, mas que apenas 32% dos pacientes apresentavam alguma comorbidade <sup>(1, 7, 18)</sup>. Infelizmente, havia muitos valores ausentes para comorbidades no conjunto de dados, no entanto, para 206 respostas válidas, a alta prevalência de obesidade em pacientes graves (20%) sugere que maior índice de massa corporal (IMC) pode estar relacionado a um pior quadro clínico. Um grande estudo americano mostrou os mesmos resultados, argumentando que o efeito é universal <sup>(14, 19)</sup>.

No presente estudo, sintomas respiratórios foram frequentemente relatados na admissão hospitalar. Os principais sintomas foram febre, tosse, dispnéia, desconforto respiratório e hipoxemia. Resultados semelhantes foram reportados na Itália e na China <sup>(1, 20)</sup>. Dados brasileiros mostraram que um alto percentual de pacientes necessitou de ventilação mecânica (80%) <sup>(13)</sup>. Pacientes admitidos diretamente na UTI eram mais idosos e apresentavam mais comorbidades, maior relato de desconforto respiratório e maior prevalência de hipoxemia na admissão hospitalar. A média do SAPS3 dos pacientes internados na UTI foi de 65,4%, o que gera uma mortalidade estimada de 46,6 ± 26,7% e 56,7 ± 29,2 quando ajustado para a região da América Latina.

A maior gravidade dos pacientes com COVID-19 foi relacionada ao tempo entre o início dos sintomas e a admissão hospitalar. Cerca de 60% dos pacientes admitidos diretamente na UTI foram ad-

mitidos no 9º dia de doença. O grupo que chegou mais tarde (após 10 dias do início dos sintomas) apresentou maior média de idade e prevalência de dispnéia. Além disso, maior demora na procura de atendimento pode afetar a mortalidade e a permanência na UTI. Aqueles que chegaram à UTI após 10 dias necessitaram de maiores taxas de suporte ventilatório, principalmente ventilação mecânica invasiva. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, sobretudo em estados mais pobres, o atraso na procura por atendimento pode estar relacionado a questões de acesso e disponibilidade, a dificuldade do indivíduo de reconhecer sinais de piora clínica, ao medo de contrair COVID-19 nas unidades de saúde, dentre outros fatores. Lembramos que a superlotação e o iminente colapso do sistema de saúde mobilizaram todos os profissionais de saúde do país para linha de frente da pandemia, contudo, nem todos possuíam experiência e capacitação direcionados para atendimento de urgência, emergência ou pacientes críticos. Também enfrentamos a escassez de leitos para internamento e de recursos.

Em um grande estudo com mais de 44.000 pacientes na China, a maioria das pessoas (81%) apresentou sintomas leves, aproximadamente 14% apresentaram sintomas graves e 5% tiveram um curso clínico crítico <sup>(21)</sup>. Ademais, podia levar dias entre primeiros sintomas e doença grave. Estudos mostraram uma média de 8 dias de doença para desenvolver dispnéia. O tempo médio entre o início dos sintomas e a admissão hospitalar foi de 7 dias, enquanto para admissão na UTI foi de 10,5 dias <sup>(1,4)</sup>. Emma et al encontraram uma variação de 8 a 14 dias no tempo desde o início dos sintomas até a admissão na UTI, sugerindo também um intervalo crítico para deterioração dos pacientes. Entretanto, ao contrário do nosso estudo, Larsson et al observaram que pacientes admitidos mais rapidamente na UTI tiveram piores desfechos <sup>(16)</sup>.

Dispnéia foi um importante preditor de gravidade e esteve associada a preditores de UTI. Um estudo americano relatou que saturação de oxigênio é um dos principais preditores de internação em UTI <sup>(14)</sup>. A hipoxemia também foi o principal fator de risco associado à mortalidade em nosso estudo. Desfechos mais graves, como UTI e preditores de mortalidade, foram relacionados à incidência de hipoxemia. Esse fato fornece dados relevantes sobre a importância do exame clínico dos pacientes

com COVID-19, com foco na função respiratória. Outrossim, é essencial verificar a saturação periférica de oxigênio, pois a hipoxemia na ausência de sinais de desconforto respiratório, denominada hipoxemia silenciosa ou oculta, pode estar presente e tem sido um desafio para os profissionais de saúde (22, 23).

Hipoxemia é uma característica fisiopatológica primária e principal causa de mortalidade em pacientes com críticos com COVID-19, uma vez que os efeitos patogênicos da hipóxia podem atuar em todos os níveis sistêmicos, orgânicos e celulares. A população com formas graves da doença apresentam exacerbação da resposta inflamatória, aumento da liberação de citocinas e aumento da trombo-gênese e consequente lesão de órgãos-alvo, incluindo acometimento pulmonar importante e evoluir com SARA (Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto), podendo evoluir para falência de múltiplos órgãos (24).

A enzima de conversão da angiotensina 2 (ECA 2), receptor celular do SARS CoV-2, é expressa no corpo carotídeo, local no qual os quimiorreceptores detectam oxigênio (26). Couzin-Frankel et al relacionam hipoxemia silenciosa com desenvolvimento de trombos na vasculatura pulmonar (27). Aumento da trombogênese foi observado em pacientes com COVID-19 (28). Trombos na vasculatura pulmonar podem causar hipoxemia grave, e a dispnéia está relacionada à obstrução vascular pulmonar e suas consequências. A dispnéia também pode surgir da liberação de histamina ou estimulação de receptores justacapilares dentro da vasculatura pulmonar. Não existe nenhum mecanismo biológico conhecido até o momento pelo qual trombos na vasculatura pulmonar causem diminuição da sensação de dispnéia e produzam hipoxemia silenciosa (29).

## CONCLUSÃO

Este estudo destaca importantes preditores clínicos de mortalidade e internação em UTI em Fortaleza - Ceará. A organização do banco de dados nacional SIVEP-GRIPE viabilizou a análise crítica de dados que podem contribuir para a melhoria da saúde pública. Isso, somado à caracterização do perfil da população, é a base para um melhor manejo clínico dos pacientes com COVID-19. Uma grande limitação do nosso estudo é ser unicêntrico e a falta de dados sobre os pacientes, especialmente em

relação à ocorrência de comorbidades. Além disso, o início dos primeiros sintomas é autorrelatado pelo paciente.

Em conclusão, nosso estudo mostrou que pacientes com  $\geq 10$  dias desde o início dos sintomas de COVID-19 até a admissão na UTI tiveram resultados piores. Hipoxemia foi o principal preditor de gravidade e óbito por COVID-19.

## REFERÊNCIAS

1. infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
2. Surveillance BMoH-DoH. Panel of cases of coronavirus disease 2019 (COVID 19) in Brazil by the Ministry of Health [Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde] Brazil2020 [cited 2020 January 7th 2020]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>.
3. WHO WHO-. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard 2021 [cited 2021. Available from: <https://covid19.who.int/>.
4. Kerr L, Kendall C, Silva A, Aquino EML, Pescarini JM, Almeida RLF, et al. COVID-19 in Northeast Brazil: achievements and limitations in the responses of the state governments. *Cien Saude Colet*. 2020;25(suppl 2):4099-120.
5. Ceara State DoHSdSdEdC. IntegraSUS: transparência da saúde do Ceará Fortaleza [IntegraSUS: Ceara health transparency, Fortaleza] Ceara2021 [updated 07/03/2021. Iniciativa faz parte do Programa de Modernização da Gestão da Saúde do Estado do Ceará.]. Available from: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/>.
6. Darlan S. Candido IMC, Jaqueline G. de Jesus, William M. Souza,, Filipe R. R. Moreira SD, Thomas A. Mellan Louis du Plessis,, Rafael H. M. Pereira FCSS, Erika R. Manuli, Julien Thézé, Luiz Almeida,, Mariane T. Menezes CMV, Marcilio J. Fumagalli, Thaís M. Coletti,, Camila A. M. da Silva MSR, Mariene R. Amorim, Henrique H. Hoeltgebaum,, Swapnil Mishra MSG, Luiz M. Carvalho, Lewis F. Buss, Carlos A. Prete Jr., et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science*. 2020;369(6508):1255-60.
7. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1199-207.
8. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia Ja, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single centered,

retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020;8(5):475-81.

9. Robbins-Juarez SY, Qian L, King KL, Stevens JS, Husain SA, Radhakrishnan J, et al. Outcomes for Patients With COVID-19 and Acute Kidney Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Kidney International Reports*. 2020;5(8):1149-60.

10. Health BMo. Coronavirus (COVID-19): about the disease. [Coronavírus (COVID-19): Sobre a doença] Brazil: Federal Government; 2021 [cited 2021. Available from: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#diagnostico>].

11. Health BMo. Influenza Epidemiological Surveillance Information System [Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe] 2021 [cited 2021 January 7th]. Available from: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe>.

12. Moreno RP, Metnitz PG, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3--From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med*. 2005;31(10):1345-55.

13. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2021.

14. Li X, Ge P, Zhu J, Li H, Graham J, Singer A, et al. Deep learning prediction of likelihood of ICU admission and mortality in COVID-19 patients using clinical variables. *PeerJ*. 2020;8:e10337.

15. Rtveldze K, Marsh T, Webber L, Kilpi F, Levy D, Conde W, et al. Health and economic burden of obesity in Brazil. *PLoS One*. 2013;8(7):e68785.

16. Rosely Sichieri SdNaWC. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil: Importance and cost of hospital admission associated with overweight and obesity in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(7):1721-7.

17. Ceará SdSd. Boletim Epidemiológico: Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19). In: Saúde. Sd, editor. ceará2021.

18. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China:

a descriptive study. *The Lancet*. 2020;395(10223):507-13.

19. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell L, Chernyak Y, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ*. 2020;369:m1966.

20. Giacomo Grasselli AZ, Antonio Pesenti and the COVID-19 Lombardy ICU Network. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020;28(16):1574-81.

21. Zunyou Wu JMM. Characteristics of Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13).

22. Tobin MJ, Laghi F, Jubran A. Why COVID-19 Silent Hypoxemia Is Baffling to Physicians. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(3):356-60.

23. Xie J, Covassin N, Fan Z, Singh P, Gao W, Li G, et al. Association Between Hypoxemia and Mortality in Patients With COVID-19. *Mayo Clin Proc*. 2020;95(6):1138-47.

24. Tobin MJ. Basing Respiratory Management of COVID-19 on Physiological Principles. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;201(11):1319-20.

25. Safiya Richardson JSH, [...], and Theodoros P. Zanos. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020;323(2098).

26. Fung ML. Expressions of angiotensin and cytokine receptors in the paracrine signaling of the carotid body in hypoxia and sleep apnea. *Respir Physiol Neurobiol*. 2015;209:6-12.

27. Couzin-Frankel J. The mystery of the pandemic's 'happy hypoxia' Doctors debate how to treat patients with low blood oxygen but without trouble breathing. *Science*. 2020;368(6490).

28. Wichmann D, Sperhake JP, Lutgehetmann M, Steurer S, Edler C, Heinemann A, et al. Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2020;173(4):268-77.

29. Sanchez O, Caumont-Prim A, Riant E, Plantier L, Dres M, Louis B, et al. Pathophysiology of dyspnoea in acute pulmonary embolism: A cross-sectional evaluation. *Respirology*. 2017;22(4):771-7.

# A PESQUISA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL GERAL: UMA ARTICULAÇÃO POSSÍVEL\*

DARLA MOREIRA CARNEIRO **LEITE**<sup>1</sup>; LEÔNIA CAVALCANTE **TEIXEIRA**<sup>2</sup>; KARLA MIRANDA **CORRÊA**<sup>3</sup>.

1 – Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Universidade Estadual do Ceará). Psicóloga e psicanalista. Psicóloga do Instituto Dr. José Frota e do Hospital Dr. Carlos Albert Studart Gomes. Docente de Psicologia da UNICHRISTUS.

2 – Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Psicóloga e psicanalista. Coordenadora do LAEPUS – Laboratório de Estudos sobre Psicanálise, Cultura e Subjetividade da UNIFOR. Membro do GT “Psicanálise, política e clínica” da ANPEPP; da Rede Internacional Coletivo Amarrações – Psicanálise & Políticas com Juventudes; e do Movimento Cada Vida Importa – “A universidade na prevenção e no enfrentamento da violência no Ceará”.

3 – Psicóloga do Hospital São José, docente da Universidade Estadual do Ceará, docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, e docente do curso de Psicologia da UNICHRISTUS.

Artigo submetido em: 17/10/2021

Artigo aceito em: 06/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

\* Este artigo está baseado na dissertação de Mestrado “Mulheres com queimadura autoinfligida: considerações psicanalíticas a partir da escuta em hospital geral”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNIFOR, no ano de 2014, contendo 211 páginas.

## RESUMO

Este artigo tem como tema a pesquisa psicanalítica no contexto hospitalar sendo o interesse por esse assunto fruto de pesquisa e prática clínica psicanalítica das autoras no campo da saúde, levando em conta as questões presentes no campo da saúde coletiva e nas especificidades do trabalho psicanalítico nas unidades de saúde terciária como as instituições hospitalares de alta complexidade. Quando se trata de uma pesquisa em que se guiará pela psicanálise, precisamos delimitar a metodologia usada uma vez que o trabalho do inconsciente exige uma metodologia própria. Portanto, o objetivo deste artigo é apresentar a articulação entre pesquisa, psicanálise e hospital ressaltando o método específico que a psicanálise requer. Para isso foi realizada uma revisão de literatura abordando a temática: psicanálise, pesquisa, psicologia hospitalar, interdisciplinaridade utilizando também os textos de Freud, Lacan e seus comentadores. Dessa forma, a psicanálise vem se constituindo como um método de pesquisa e tratamento aplicado nos mais variados lugares nos quais haja a possibilidade de um psicanalista oferecer uma escuta e acima de tudo mediado pela relação transferencial. A psicanálise ao anunciar a existência do sujeito do inconsciente e o saber que lhe comporta, estabelece com ele um método próprio de terapêutica e investigação que permita o sujeito do inconsciente advir, ressaltando o processo de descoberta singular de cada caso e não estabelecendo um saber universal possível de ser aplicado a todos. A perspectiva psicanalítica do sujeito do inconsciente quando levado para discussões e estudos de caso clínico entre as equipes pode contribuir para assessorar ações e decisões de condutas das equipes interdisciplinares presentes no contexto hospitalar de forma singularizada, seguindo os princípios e diretrizes do SUS e respeitando o conceito de saúde cunhado pela OMS.

**Palavras-chave:** Psicanálise; Pesquisa; Psicologia Hospitalar; Interdisciplinaridade.

## ABSTRACT

The present paper has as its theme the psychoanalytical research in the hospital context, the interest for this subject was the result of the authors' psychoanalytical research and clinical practice in the health field, taking into account the issues present in the field of collective health and in the specificities of psychoanalytical work in tertiary health units, such as high complexity hospital institutions. When it comes to research guided by psychoanalysis, it's necessary to specify the methodology used, since the work of the unconscious requires its own methodology. Therefore, the objective of this article is to present the articulation between research, psychoanalysis, and hospital; highlighting the specific method that psychoanalysis requires. To do so, a literature review was carried out approaching the thematic: psychoanalysis, research, hospital psychology,

interdisciplinarity; also using texts by Freud, Lacan and their commentators. Thus, psychoanalysis has been constituted as a research and treatment method applied in the most varied places where there is the possibility of a psychoanalyst offering a listening ear, and above all mediated by the transferential relationship. Psychoanalysis, in announcing the existence of the subject of the unconscious and the knowledge that it contains, establishes its own method of therapy and research that allows the subject of the unconscious to emerge, emphasizing the process of singular discovery of each case and not establishing a universal knowledge that can be applied to all. The psychoanalytic perspective of the subject of the unconscious, when taken to discussions and clinical case studies among the teams, may contribute to assist actions and decisions of conduct of the interdisciplinary teams present in the hospital context in a singular manner, following the principles and guidelines of SUS and respecting the concept of health defined by WHO.

**Keywords:** Psychoanalysis; Research; Hospital Psychology; Interdisciplinarity.

## INTRODUÇÃO

Este artigo tem como tema a pesquisa psicanalítica no contexto hospitalar. O interesse por esse assunto é fruto da pesquisa e da prática clínica psicanalítica das autoras no campo da saúde. Com efeito, levamos em conta as questões presentes no campo de saúde coletiva e nas especificidades do trabalho psicanalítico nas unidades de saúde terciária, ou seja, em instituições hospitalares de alta complexidade. Quando se refere a esse espaço, estamos articulando as contribuições de várias áreas, como a análise institucional, a psicologia da saúde, a psicologia hospitalar e a psicanálise.

A entrada de psicólogos nesses cenários, anteriormente ocupado pelo trabalho de médicos e enfermeiros, ocorreu devido a movimentos sociais da década de 70 e 80 como a Reforma Sanitária Brasileira na década de 70; a 8ª conferência nacional em saúde (17 e 21 de março de 1986) em que elencou as diretrizes (descentralização, regionalização e hierarquização) para a implantação do SUS e a abertura das equipes tradicionais para outros núcleos assistenciais passando a serem categorizadas como equipes interdisciplinares <sup>(1,2)</sup>.

Ancorando todas essas mudanças tinha-se o conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948. Segundo seus registros, o conceito de saúde deve ser utilizado para direcionar campanhas, trabalhos e decisões, devendo entender a saúde não apenas fazendo referência a ausência de afecções e enfermidades, mas a “um completo de bem-estar físico, mental e social” <sup>(3)</sup>.

Essas mudanças culminaram em 19/9/1990 na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em que foi assinada a Lei nº 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tratando-se de um modelo de atenção inte-

gral baseado na hierarquia dos serviços (atenção primária, secundária e terciária) conforme complexidade tecnológica e financeira sendo considerada um direito de todos e dever do Estado. Desde sua criação, o SUS deve concordar com os princípios fundamentais, que norteiam às diretrizes do Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que antevêm a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso à saúde <sup>(4)</sup>.

Assim ocorre uma subversão dos espaços tradicionais de intervenção da psicologia e os psicólogos saíram dos seus consultórios e adentraram as instituições de saúde. Quanto à psicanálise, embora não existam a função e o cargo específico de psicanalistas nas unidades de saúde, ela se faz presente por meio de psicólogos que trabalham orientados pela ética da psicanálise. Segundo Albert e Almeida<sup>(5)</sup> desde a década de 90 já era possível constatar um trabalho psicanalítico de intervenção e acompanhamento a paciente, familiares e equipes de saúde hospitalares.

Esse trabalho da psicanálise em outros espaços que não o da análise pessoal é o que Lacan <sup>(6)</sup> cunhou de Psicanálise em Extensão em Proposição 9 de Outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. Nesse sentido, a prática psicanalítica realizada por psicólogos no contexto hospitalar não tem como intuito, ao final, que surja um analista, como é proposto pela psicanálise pura: “a intervenção psicanalítica neste espaço deve sim ter como meta produzir efeitos podendo impulsionar o sujeito a mudanças em sua posição subjetiva” <sup>(7)</sup>.

O trabalho de psicanalistas em instituições de saúde realizando pesquisa de orientação psicanalítica e contribuindo para o avanço de conhecimento em psicologia clínica no Brasil já se encontra constatado por meio das vastas produções acadêmicas-científicas <sup>(8-11)</sup>.

O uso da psicanálise como fundamento para pesquisa traz, então, algumas características singulares que se diferencia da pesquisa acadêmica e, por isso, a importância de tocar nesses pontos para longe de se afirmar que estamos distantes da ciência tradicional positivista estamos sim bem próximos, poderia até dizer que caminhamos lado a lado, mas estamos produzindo numa perspectiva de um outro lugar: o lugar do inconsciente. Nesse sentido, faz-se necessário apontar que enquanto a medicina prescrua as evidências do por meio do viés bioanátomo-patológico, a psicanálise trabalha com o viés dos efeitos do inconsciente, conforme explicita Moretto et al. <sup>(12)</sup>: “a diferença entre a clínica médica do olhar e a clínica psicanalítica da escuta permite que ambos os dispositivos trabalhem em melhor colaboração, trazendo inúmeros estudos sobre as contribuições da psicanálise ao campo da saúde”.

Dessa forma, neste trabalho, vamos, então, ressaltar em que dimensão a psicanálise se relaciona com a ciência, advertindo que a psicanálise é fruto justamente do investimento daquilo que a ciência exclui para que ela possa se fazer como ciência: o inconsciente. É na dimensão da linguagem que podemos ter acesso ao sujeito do inconsciente o qual é sustentado na escuta clínica pela dimensão de um “não saber”.

Por não se saber nada sobre o sujeito do inconsciente, a clínica é conduzida para que o saber advenha a partir da escuta do paciente, e ele possa nos dizer sobre si, ou seja, o saber para psicanálise, diferente da biomedicina, não vem de protocolos e sim do que é construído a partir de quem fala. Por sustentarmos esse lugar de não saber é que a pesquisa em psicanálise se constitui e sua clínica avança contribuindo para o conhecimento nas mais diversas esferas, no nosso caso, no contexto da saúde, na construção de novos dispositivos clínicos no campo institucional e na elaboração de políticas públicas em saúde.

No contexto hospitalar, as produções irão geralmente se dar por meio da prática clínica à beira do leito, realizando acompanhamentos psicológicos a pacientes e seus familiares em enfermarias, ambulatórios e participando de ações em saúde em equipes interdisciplinares. Nessa prática mostra-se relevante, em meio a discussão em que se imperam protocolos, condutas, procedimentos, padrões de ação e intervenção, considerar o sujeito do inconsciente e sua maneira singular de subjetivar todas

essas ações. Daí, as questões que são postas pela equipe ao psicólogo ao convocá-lo quando não compreendem a razão do paciente continuar sentindo dor, quando todo o protocolo álgico já foi inserido e explicado ao paciente; ou ainda não entende por que da falta de ar do paciente quando já foram realizadas todas as condutas para debelar o desconforto respiratório.

Isso posto, quando se trata de uma pesquisa em que se guiará pela psicanálise, precisamos delimitar a metodologia usada uma vez que o trabalho do inconsciente exige uma metodologia própria. Portanto, o objetivo deste artigo é apresentar a articulação entre pesquisa, psicanálise e hospital geral ressaltando o método específico que a psicanálise requer.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho consiste em uma revisão narrativa de literatura acerca da pesquisa psicanalítica no contexto hospitalar, ressaltando sobre o método específico para que a pesquisa em psicanálise ocorra em outros lugares diferentes do *setting* tradicional. Dessa forma, o presente artigo evidencia uma articulação teórica entre pesquisa, psicanálise e hospital geral destacando-se o método específico que a psicanálise propõe. Para esse intento foi realizada uma revisão de literatura abordando a temática: psicanálise, pesquisa, psicologia hospitalar, interdisciplinaridade utilizando ainda os textos de Freud, Lacan e seus comentadores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por falar do lugar do inconsciente é preciso definir de que lugar estamos nos reportando quando nos dirigimos ao sujeito do inconsciente. Sabemos que o inconsciente é o conceito fundamental da psicanálise em que deve ser tomado como um sistema que funciona a partir de uma lógica outra que não é a mesma posta pela consciência. Não devemos com isso supor que o inconsciente seja um local em que reine o caos. Muito diferente disso, o sistema inconsciente, segundo Lacan <sup>(13)</sup>, é estruturado como uma linguagem e, por isso, as representações psíquicas das pulsões lá direcionadas pelo recalque devem se alinhar seguindo uma lei própria do inconsciente.

Dizer que uma representação é inconsciente ou que está no inconsciente não significa outra coisa senão que ela está submetida a uma sintaxe dife-

rente daquela que caracteriza a consciência. O inconsciente é uma forma e não um lugar ou uma coisa. Melhor dizendo: ele é uma lei de articulação e não a coisa ou o lugar onde essa articulação se dá. Assim sendo, a cisão produzida na subjetividade pela psicanálise não deve ser entendida como a divisão de uma coisa em dois pedaços, mas como uma cisão de regimes, de formas, de leis <sup>(14)</sup>.

Logo, o que determina o inconsciente não são os conteúdos, mas o modo como ele opera, impondo a esses conteúdos uma determinada forma de se articular e que é singular para cada um. E onde podemos encontrar o inconsciente? Nos sonhos, nos lapsos, no ato falho, no chiste e nos sintomas, esses fenômenos lacunares são chamados de formações do inconsciente. Essas formações trazem a sensação de atravessamento de um outro sujeito, nos referimos a ele como o sujeito do inconsciente. Deste modo, o inconsciente não pode ser pensado como uma instância que é mais profunda, sem lei, mas uma estrutura que funciona de maneira diferente.

Diante do que foi dito, é possível apontar que o sujeito do inconsciente, ao seu modo, porte um saber. Trata-se de um saber que não é sabido e que só é possível o seu acesso pelo processo de análise no campo da transferência em que essas formações do inconsciente vêm à tona e podem assim ser construído um saber sobre elas. Por isso, a psicanálise não trabalha com as generalizações ou universalizações, porque esse saber se configura singularmente, no caso a caso. Cada sujeito do inconsciente porta um saber que só existe enquanto em análise antes disso não passa de manifestações do inconsciente e seus efeitos. “O inconsciente não é algo que se conhece, mas algo que é sabido. O inconsciente é sabido sem o saber da “pessoa” em questão: não é algo que se apreende “ativamente”, conscientemente, mas, ao contrário, algo que é registrado “passivamente”, inscrito ou contado” <sup>(15)</sup>.

A prática efetiva de psicanalistas em instituição que não seja a realizada dentro dos parâmetros clínicos do setting analítico é a cada dia mais comum. Podemos encontrar psicanalistas em instituições públicas de saúde, educação, assistência e cultura, como também em instituições privadas <sup>(16)</sup>. Diante disso, instiga-nos a pensar como a psicanálise se sustenta nesses espaços e por isso surge uma demanda aqui de poder situar a psicanálise nesses outros lugares que não seja o tradicional do setting

analítico do consultório. Como já dito anteriormente, Lacan <sup>(6)</sup> cunhou o termo psicanálise em extensão justamente para determinar a psicanálise praticada fora desse setting psicanalítico. Por isto, a psicanálise praticada na universidade e em instituições de saúde seria uma das versões da psicanálise em extensão.

O fato é que atualmente muitos psicanalistas procuram as universidades como espaço de interlocução e pesquisa sendo por essa razão que nos deparamos com psicanalistas docentes desenvolvendo ensino e pesquisas junto à graduação e aos programas de pós-graduação, encontrando nesses programas áreas de concentração no qual o pesquisador poderá desenvolver um trabalho no campo psicanalítico <sup>(17)</sup>. Verifica-se ainda cada vez mais a criação de Laboratórios e Grupos de pesquisa em psicanálise nas universidades, tendo como escopo criar condições para que a produção de trabalho de cunho psicanalítico possa encontrar na universidade vias efetivas de circulação podendo manter-se em diálogo com seus pares <sup>(16)</sup>.

A pesquisa em psicanálise na universidade, como aponta Bernardes <sup>(18)</sup>, não se organiza pelas exigências do discurso da ciência que implica no uso da reprodução experimental ou mensuração estatística. Assim como o autor coloca que a função da investigação psicanalítica na universidade não é o de transpor suas descobertas para um discurso da ciência. A psicanálise é regida por outras propriedades e preocupações epistemológicas obedecendo a outro ordenamento discursivo. No entanto, enfatiza a exigência de um rigor na elaboração acadêmica dos psicanalistas, pois o que é importante para a psicanálise, longe de um saber a ser homogeneizado é a valorização, é a prioridade dadas às descobertas singulares e os seus efeitos no laço social. Segundo Iribarry<sup>(17)</sup>: *A pesquisa psicanalítica marca sua diferença em relação às demais abordagens pelo menos em dois pontos fundamentais: primeiro, porque ela não inclui em seus objetivos a necessidade de uma inferência generalizadora, seja para a amostra ou para a população, pois seus resultados modificam a maneira como os pesquisadores da comunidade psicanalítica irão demarcar sua posição em relação aos novos sentidos produzidos pelo texto a pesquisa pública; e segundo, porque suas estratégias de análise de resultados não trabalham com o signo, mas sim com o significativo.*

Para Bernardes <sup>(18)</sup>, o conceito em psicanálise não deve ser lido como uma verdade, como assim faz a ciência positivista, mas deve ser utilizado como instrumento na busca da verdade de cada singularidade de caso. O rigor da pesquisa psicanalítica encontra-se no manejo correto destes constructos teóricos, mais especificamente da eficácia teórica psicanalítica. Mesmo respeitando as normas acadêmicas e atualizando-se no discurso dominante, o fato é que a pesquisa em psicanálise se orienta por outro discurso que não é o encontrado no discurso universitário. Este autor acrescenta: “Ora, a experiência da psicanálise mostra que o saber não se acumula e não tende à totalização, de tal modo que a produção teórica nesse campo não visa preencher uma falha no saber” <sup>(18)</sup>. Sendo assim, Freud não apenas cria a psicanálise, mas também uma nova forma de saber. Segundo Lins <sup>(19)</sup>: *É um saber sobre o não saber, um saber sobre o que nos atormenta a nós falantes; um saber onde se compunham sujeito e objeto, ou seja, em todo saber ou busca de saber não só o objeto a ser buscado importa, mas há um sujeito implicado nessa busca. Mais: que essa busca e o que se busca são marcados pelo que não cessa de não se escrever, por um real que a Ciência e a Filosofia excluíam e ainda excluem.*

À vista disso, o sujeito do inconsciente porta um saber que não se sabe até ter acesso a ele pelo processo de análise. Isto posto, a psicanálise inaugura um saber que subverte os saberes e os conhecimentos de sua época, que não se esgota pelo domínio do conhecimento, trata-se de um saber incontestavelmente novo. É um saber que pertence ao sujeito do inconsciente e que lança luz sobre sua realidade psíquica de cada um.

Elia <sup>(20)</sup> adverte sobre a afirmação de que o modo de conceber e fazer pesquisa em psicanálise por diferir do modo o qual a pesquisa é conduzida na ciência positiva não deve produzir um abismo entre os dois discursos. Conforme o autor, a psicanálise mantém com a ciência uma relação de derivação, pois é somente após o advento da ciência, que Freud encontra as condições para criar a psicanálise.

É o cogito apresentado por Descartes que tanto inaugura o sujeito da ciência moderna como permite que a psicanálise venha a ser estabelecida. É a noção de sujeito o que irá divergir entre os dois discursos. Lacan <sup>(13)</sup> coloca que o sujeito da ciência não apenas permite que o sujeito da psicanálise

advenha como a reforça cada vez mais. A ciência mantém, segundo Lacan <sup>(13)</sup>, um modo incontestado e determinado de tentar “suturar o sujeito” e é na impossibilidade deste objetivo que se abre espaço para a psicanálise. Como esboça Fink <sup>(15)</sup>, a ciência despreza o sujeito, deixando-o fora do seu campo de saber, mas ao final não o consegue eliminá-lo totalmente. A ciência como nos indica Lacan <sup>(13)</sup>, foraclui o sujeito do inconsciente enquanto a psicanálise permite que o sujeito do inconsciente seja escutado.

Dessa forma, a ciência para poder manter os seus critérios ditos rigorosos determinou excluir dos seus meios investigativos e terapêuticos o sujeito em sua dimensão subjetiva e singular. À vista disso, a psicanálise faz um movimento inverso, pois procura estabelecer condições para que o sujeito do inconsciente possa advir. Como aborda Fink <sup>(15)</sup>: *Se a ciência lida com um sujeito, este é apenas o sujeito cartesiano consciente, senhor de seus próprios pensamentos, os quais são um correlato de seu ser. As ciências existentes certamente não consideram o sujeito dividido de afirmações como: “Eu sou onde não penso” e “Eu penso onde não sou”.*

Contudo, segundo Lacan <sup>(13)</sup>, é improvável que a psicanálise como prática, com a descoberta do inconsciente por Freud pudesse ter tido lugar antes do nascimento da ciência no século XVII. Segundo Elia <sup>(20)</sup>, a psicanálise reintroduz o “sujeito na cena discursiva em que a ciência, ao fundar-se, o situou e da qual, no mesmo golpe, o excluiu”; é como sujeito do inconsciente que a psicanálise o inclui no campo da experiência analítica.

Poli <sup>(16)</sup> ainda sobre a pesquisa em psicanálise nos traz o termo “discursividade” da obra de Foucault. Para a autora, realizar uma pesquisa em psicanálise é ser afetado pela sua discursividade, é poder incluir-se como autor na sua produção, significando envolvimento em sua transmissão. “Pesquisa-se, antes, para dar testemunho de um encontro com o real, com esse ponto da experiência que resiste ao saber e que opera ao saber pela via privilegiada da transmissão na psicanálise: a transferência”.

Diante disso, a pergunta que fazemos é o que impulsiona um psicanalista a fazer pesquisa? A pesquisa em psicanálise ocorre quando o sujeito se depara com uma lacuna no saber e tenta elaborar os conceitos que permitam dar bordejamento a esse real da sua prática. Ou seja, a estrutura da suposi-

ção do saber está em marcha em qualquer pesquisa colocando o pesquisador próximo à posição de analista em busca de perguntar sobre o que falta <sup>(19)</sup>. Consequentemente, podemos afirmar que a prática no hospital convoca o analista incessantemente a se perguntar sobre sua clínica. De fato, a prática de escuta nesse contexto interroga a teoria levando o analista a se implicar na escuta que faz e assim avançar na clínica. É dessa maneira que a psicanálise está sempre avançando e acompanhando as contingências fazendo jus ao desafio posto por Lacan que anuncia: “Que antes renuncie a isso, portanto, quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época” <sup>(21)</sup>. O psicanalista é chamado a se implicar hodiernamente no real de sua época.

Ceccarelli <sup>(22)</sup> determina que o tema de uma pesquisa deve surgir entre as várias indagações as quais o pesquisador se faz durante o seu trabalho teórico-clínico, sendo o particular da questão a qual causa a pesquisa ser o movimento transferencial que a sua prática suscita. Por sua vez, Guerra <sup>(23)</sup> vai nos falar de um encontro com um ponto, o real, no qual o obstáculo ao saber se faz presente, onde torna possível a formulação de uma questão. Sobre esse encontro com o real vejamos o que nos diz Poli<sup>(16)</sup>: *Se tomarmos o real como aquilo que resiste a se fazer representar, o que ‘não cessa de não se escrever’, temos justamente o encontro com o extremo singular do caso, presente em cada transferência, que resiste a ser posto em discurso, a ser incluído no trabalho do conceito. Por outro lado, e em certo sentido, paradoxalmente, não há psicanálise, e muito menos pesquisa em psicanálise, sem o encontro desse real. Nesse sentido, o trabalho de pesquisa opera nessa tensão, nessa interface de recobrimento impossível entre o simbólico dos significantes disponibilizados pela teoria psicanalítica e o real da clínica.*

Um último ponto que precisa ser ainda abordado sobre a pesquisa em psicanálise é sobre a impossibilidade de a pesquisa dar conta desse furo no real. Guerra <sup>(23)</sup> pontua que o saber advindo do método psicanalítico, removido da lógica da psicanálise, vem assinalado “pela certeza de que qualquer saber deixará necessariamente um resto intocado”. Guerra está falando de algo que sempre restará e que não será possível dar conta. Loureiro <sup>(24)</sup> elenca ainda alguns pontos fundamentais a respeito da impossibilidade de tudo dizer sobre real. O primeiro deles é que a pesquisa exige que o objeto

mantenha algo de sua alteridade e autonomia. Daí, o pesquisador poder suportar a persistência de algo que permanece desconhecido e até mesmo cultivá-lo. E segundo, o pesquisador deve saber que a frustração e a decepção são consideradas ingredientes consubstanciais de qualquer pesquisa.

Então, ao escolhermos trabalhar com a psicanálise, estamos lidando com um objeto específico desse conhecimento que é o sujeito do inconsciente. Ele vem marcar uma nova forma de saber, um saber que não se tem conhecimento a partir dos parâmetros extraídos da ciência clássica e que, para se trabalhar com o sujeito do inconsciente, é necessário um método próprio, e por isso discutiremos agora do que se caracteriza esse método.

Freud ao inaugurar a psicanálise estava desenvolvendo um método que subvertia a racionalidade de sua época e abria espaço para o advento do inconsciente. É a concomitância entre a pesquisa psicanalítica e a pesquisa clínica, que permitiu a fundação da psicanálise, pois o que funda a psicanálise é o fato de que a prática clínica enquanto práxis no sentido de produção de um saber é constituída em seu próprio fazer <sup>(25)</sup>.

Ao psicanalista não é dado, então, o direito de facultar fazer ou não pesquisa em sua prática clínica. Conforme Elia <sup>(20)</sup>, “o psicanalista (...) tem e deve continuar tendo de conferir à sua prática uma dimensão de pesquisa ou, mais exatamente, de reconhecer em sua prática a dimensão que a pesquisa necessariamente tem por razões de estrutura”. Conforme o autor, devido a sua articulação intrínseca e não casual com o inconsciente, a pesquisa torna-se uma dimensão efetiva na práxis analítica. Em Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise, Freud <sup>(26)</sup> acentua inclusive que “uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem”. Neste sentido, ao realizar uma pesquisa em que se utiliza como método de pesquisa, a psicanálise é coincidir a investigação com a prática clínica. Essa relação indica que a prática mantém uma interdependência com a teoria, ou seja, “a teoria decorre da experiência e, inversamente, a concepção teórica determina o modo como se pratica” <sup>(18)</sup>. Segundo Elia <sup>(20)</sup>, toda pesquisa em psicanálise é clínica e isso pressupõe que o pesquisador-analista empreenda sua pesquisa a partir do lugar definido no dispositivo analítico.

Eizirik <sup>(27)</sup> concordando com os autores acima em que afirma ser o método psicanalítico aquele em que o tratamento e a investigação coincidem, assegura como fundamento no curso do processo analítico “a ideia de que se trata de um procedimento em que analista e paciente estudam, de forma compartilhada, as expressões, significados e as rotas históricas que produzem o sofrimento psíquico atual deste”.

Por sua vez, Cancina <sup>(28)</sup> propõe um enodamento entre teoria, prática e clínica semelhante ao nó borromeano elaborado por Lacan <sup>(29)</sup>. Esse nó apresenta um requisito o qual caso se solta um, se soltam todos. Segundo a autora: *Trata-se primeiramente de uma práxis do analista com o analisante em que se processam estes dois modos do sujeito que são o sujeito do inconsciente e o sujeito suposto saber; prática que se produz na intimidade do ato onde se exercita o método que Freud considerava que investigava ao mesmo tempo em que curava. É a partir desta prática que se vai produzir a teoria psicanalítica e não somente a teoria psicanalítica senão também na clínica psicanalítica (29)*.

A experiência psicanalítica, então, fornece as bases para que a pesquisa em psicanálise possa ser realizada em locais distantes daqueles identificados como “setting analítico”. Para isso, precisamos considerar os pilares da técnica psicanalítica, o rigor da pesquisa psicanalítica estará fundado nesses pilares. A primeira delas é a fala – associação livre – e a segunda a escuta – atenção flutuante – ambas reguladas pelo estabelecimento da relação transferencial. Respeitadas essas condições, a pesquisa pode ser situada em outros campos de saberes <sup>(30)</sup>.

Então ao falarmos de pesquisa psicanalítica, precisamos primeiro delimitar qual é o objeto de investigação estudado pela psicanálise. Essa irá abranger o estudo das manifestações do inconsciente, da realidade psíquica, em suma, a subjetividade desse sujeito, tendo a mesma importância do objeto de pesquisa das ciências naturais. Segundo Ceccarelli <sup>(22)</sup>, na psicanálise, a realidade psíquica possui, na subjetividade de quem a anuncia, certa realidade. Este mesmo autor pontua: “O que interessa à psicanálise é a dinâmica psíquica que subjaz ao fenômeno observado”.

Segundo Poli <sup>(16)</sup>, “é o método que cria o objeto”, ou seja, as particularidades do objeto em estudo serão determinadas pelo “tipo de estilete que

se utiliza para recortá-lo”. O objeto de pesquisa da psicanálise não pode ser submetido aos métodos da ciência positivista, até porque a psicanálise trabalha com aquilo que a ciência exclui em suas pesquisas, ou seja, o sujeito do inconsciente.

Sobre o método que permitisse conceber e fazer pesquisa em psicanálise, Elia <sup>(20)</sup> elenca algumas condições. A primeira delas, como já foi abordada, é que diferente da ciência que exclui o sujeito de sua aplicação metodológica, a psicanálise deverá defender a sua inclusão em toda a extensão e níveis, ou seja, teórico, prática clínica, atividades de pesquisa entre outros.

Outro princípio a ser seguido é a necessidade de tomar cada caso como se fosse o primeiro, ou seja, não é condição para a apreensão do saber que pertence ao inconsciente, um conhecimento a priori, acumulado do analista. Cada caso deve ser visto como único, inédito e singular, e impossível de ajustar-se a um conhecimento universal e genérico semelhante ao que é imposto pela ciência positivista, mas deve incluir o real inapreensível pelo universal. Para isso, o analista precisa manter uma atenção “uniformemente flutuante, equiflutuante” <sup>(20)</sup> na escuta de seus pacientes, como contrapartida da regra fundamental da psicanálise que é a associação livre. Ou seja, do analisante espera-se que fale o que venha à mente, de forma livre, e do analista espera-se uma escuta guiada pela singularidade do sujeito e que não seja conduzida pelas qualidades de sua consciência mesmo que exista interesse científico de um saber a progredir <sup>(20)</sup>.

Para o campo de pesquisa da psicanálise é essencialmente então que esteja em evidência o sujeito do inconsciente e a escuta clínica, determinada pelo pesquisador analista em uso do dispositivo analítico. Essa é a única forma de ter acesso ao sujeito do inconsciente. Por isso, a afirmação de que toda pesquisa em psicanálise é fundamentalmente uma pesquisa clínica. O lugar do analista definido pelo dispositivo analítico é um lugar de escuta e de causa para o sujeito do inconsciente, pressupondo, segundo Elia <sup>(20)</sup>, o ato analítico e o desejo do analisante.

A importância da transferência está exatamente por ser motor do tratamento analítico, a qual é a pedra angular do trabalho analítico, como impulsor dos desenvolvimentos teóricos. Freud<sup>(31)</sup>, em 1923, no texto Dois Verbetes de Enciclopédia, ressalta a importância que existe na trans-

ferência para o andamento do processo analítico afirmando ser o mais poderoso instrumento desempenhando um papel importante no processo de cura.

Tanto para o fim de uma pesquisa como para um tratamento o objeto de busca de investigação serão as manifestações do inconsciente, aquele que insiste em aparecer, ou seja, que não cessa de se oferecer. Essa construção do sujeito do inconsciente por outro lado não ocorre de qualquer forma, sendo extirpado de qualquer maneira. Exige-se a presença de um par - analista e analisando, mediados pela transferência. É a partir dessa relação única na clínica psicanalítica que se alicerça a pesquisa em psicanálise.

Destarte, a psicanálise definida por Freud<sup>(31)</sup> em Dois Verbetes de enciclopédia como um procedimento para investigação de processos mentais, um método de tratamento e um acervo de conhecimentos em contínua expansão sobre o seu objeto, da forma que é descrita, ela se faz presente no dia a dia de psicanalistas que trabalham no contexto hospitalar. Assim, a psicanálise pode se fazer presente no trabalho interdisciplinar e escuta a pacientes e seus familiares como um saber e uma prática em saúde dialogando com os saberes e práticas médicas e possibilitando uma mudança de olhar sobre aquele que sofre e demanda uma escuta diferenciada<sup>(11)</sup>.

A perspectiva psicanalítica do sujeito do inconsciente, quando anunciado nas discussões e estudos de caso clínico entre as equipes multiprofissionais, pode contribuir levantando questões subjetivas a serem consideradas e poder assim assessorar ações e decisões de condutas das ditas equipes no contexto hospitalar. Com isso, estamos aqui preocupados no conceito ampliado de saúde, nos princípios e nas diretrizes do SUS e de muitos outros conceitos específicos como o conceito de Cuidados Paliativos e o conceito de Dor em que a subjetividade é incontestavelmente posta como condição para se realizar uma adequada intervenção. É nesse cenário de prática, no cenário hospitalar acompanhando pacientes que requerem intervenções de alta complexidade que a psicanálise vem podendo assegurar o seu espaço de escuta, intervenção e parceria com as equipes multiprofissionais.

## **CONCLUSÃO**

Dessa forma, a psicanálise vem se constituindo como um método de pesquisa e tratamento aplicado nos mais variados lugares nos quais haja a possibilidade de um psicanalista oferecer uma escuta e principalmente mediado pela relação transferencial.

Vimos, então, sobre a entrada da psicanálise no contexto da Universidade e nas instituições de saúde, sem perder de vista seus pressupostos básicos e sem ao mesmo tempo ceder às exigências da ciência clássica. A psicanálise, ao inaugurar um novo saber, que pertence ao inconsciente, estabelece com ele um método próprio que permita o sujeito do inconsciente advir, ressaltando o processo de descoberta singular de cada caso e não estabelecendo um saber universal que poderia ser aplicado a todos.

No entanto, algumas considerações sobre a peculiaridade da pesquisa em psicanálise, como o singular de cada caso e o que fica impossível de dar conta em cada pesquisa deixando sempre um resto, ainda assim é o que marca o inconsciente em sua possibilidade de poder avançar a clínica em futuras investigações. Com isso, a perspectiva psicanalítica do sujeito do inconsciente quando levado para discussões e estudos de caso clínico entre as equipes interdisciplinares pode contribuir para assessorar ações e decisões de condutas das equipes presentes no contexto hospitalar de forma singularizada seguindo as recomendações do SUS e respeitando o conceito de saúde definido pela OMS.

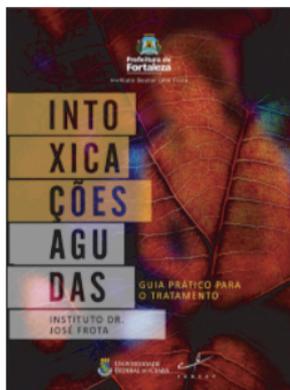
## **REFERÊNCIAS**

1. Daneluci RC. Psicologia e saúde como campo de interações. *Revista Psicologia e Saúde*. 2013; 8(1): 18-24.
2. Mutarelli A. O serviço de psicologia: modelo assistencial de cuidado na busca pela promoção de saúde. *Rev. SBPH*. 2015; 18(1).
3. World Health Organization. A OMS continua firmemente comprometida com os princípios estabelecidos no preâmbulo da Constituição. 2022.
4. Matta GC. Princípio e Diretrizes do Sistema único de saúde. 2007.
5. Alberti S, Almeida CP. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: Altoé S, Lima MM, organizadores. *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2005. p. 55-71.

6. Lacan J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 248-64.
7. Leite DMC. Mulheres com queimadura autoinfligida: considerações psicanalíticas a partir da escuta em hospital geral [Mestrado em Psicologia]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza; 2014. 211 p.
8. Carvalho SB, Couto LSF. A presença do psicanalista no hospital geral: sua escuta e suas intervenções. In: Batista G, Moura DM, Carvalho BC, organizadores. Psicanálise e hospital: a responsabilidade diante da ciência médica. Rio de Janeiro: Wark Editora; 2011.
9. Machado MV, Chatelard DS. A difusão da psicanálise e sua inserção nos hospitais gerais. Tempo Psicanalítico. 2012; 44(2): 445-67.
10. Teixeira LC, Rodrigues SWDM. Psicanálise, saberes e práticas em saúde. Curitiba, PR: CRV; 2015.
11. Leite DMC, Teixeira LC, Moreira JO. Clínica, pesquisa e ensino: como a psicanálise pode contribuir para a instituição hospitalar quanto à subjetividade e seus efeitos. In: Marcos CM, Motta JM, organizadores. A parceria universidade e hospitais de ensino: os caminhos da pesquisa clínica em psicanálise. Curitiba, PR: CRV; 2016.
12. Moretto MLT, Prizskulnik L, Dunker CIL. Princípios gerais da psicanálise de Lacan: Clínica e pesquisa. In: Antúnez AEA, Safra G. Psicologia Clínica da Graduação à Pós-Graduação. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
13. Lacan J. A Ciência e a Verdade. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 869-92.
14. Garcia-Rosa, LA. Freud e o Inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
15. Fink, B. O Sujeito Lacaniano: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
16. Poli MC. Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. Estilos da Clínica. 2008; 13(25): 154-79.
17. Iribarry IN. O que é pesquisa psicanalítica? Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica. 2003; 6(1): 115-38.
18. Bernardes AC. Pesquisa & psicanálise: algumas referências lacanianas. Psicologia: teoria e pesquisa. 2010; 26(1): 35-38.
19. Lins MI. O saber psicanalítico: uma questão de ética. In: França MI, organizador. Ética, Psicanálise e sua Transmissão. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. p. 162-171.
20. Elia L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: Alberti S, Elia, L, organizadores. Clínica e pesquisa em psicanálise. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2000. p. 19-35.
21. Lacan J. Função e Campo da fala e da linguagem em psicanálise. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 238-324.
22. Ceccarelli PR. Pesquisa em Psicanálise. II Encontro das Escolas de Psicologia de Belo Horizonte. 2001.
23. Guerra AMC. A Lógica da clínica e a pesquisa e psicanálise: um estudo de caso. Ágora. 2001; 4(1): 85-101.
24. Loureiro I. Sobre algumas disposições metodológicas de inspiração freudiana. In: Queiroz F, Silva ARR, organizadores. Pesquisa em psicopatologia fundamental. São Paulo: Escuta; 2002. p. 143-55.
25. Tavares LAT, Hashimoto F. A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. Revista Interinstitucional de Psicologia. 2013; 6(2): 166-78.
26. Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Edição Standard Brasileira das Obras Completas De Sigmund Freud/vol. 12. Rio de Janeiro: Imago. 1996. p.123-33.
27. Eizirik CL. Psicanálise e pesquisa. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006; 28(3): 62-64.
28. Cancina PH. Práctica, clínica, teoria. Las investigaciones em psicanálisis. Rosário: Homo Sapiens Ediciones. 2008. p. 53-64.
29. Lacan J. O seminário, livro 23: o sinthoma. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar; 2007.
30. Coelho DM, Santos MVO. Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. Revista de Psicanálise Analytica. 2012; 1(1): 90-105.
31. Freud S. Dois Verbetes de enciclopédia. Edição Standard Brasileira das Obras Completas De Sigmund Freud/vol. 18. Rio de Janeiro: Imago. 1996. p. 251-74.



# MANUAIS DO IJF



## Guia prático para o tratamento de Intoxicações Agudas

Centro de Informações e Assistência Toxicológica IJF  
Soneto Editora | 2017 | ISBN 978-85-92744-03-8

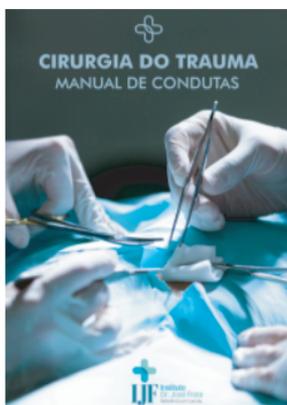
As intoxicações agudas englobam acidentes com substâncias químicas diversas, animais peçonhentos e plantas tóxicas, sendo importante causa de morbidade e mortalidade em nossa população, sendo de notificação obrigatória no Brasil. A complexidade de substâncias químicas, seu número crescente na atualidade e seu fácil acesso são responsáveis pela maioria das exposições humanas, caracterizadas como acidentais, sendo as crianças e os idosos as faixas etárias mais vulneráveis. Vale ressaltar a existências de intoxicações relacionadas a atividades ocupacionais e tentativas de suicídio, graves questões de saúde pública. Assim, este guia prático tem por finalidade orientar os profissionais de saúde quanto às medidas terapêuticas específicas no atendimento ao intoxicado, focando em acidentes comuns no Brasil, principalmente na região nordeste.



## Avaliação e Preparo Pré Anestésico

Núcleo de Anestesiologia IJF  
EdUnichristus | 2019 | ISBN 978-65-990315-5-7

Esse livro de protocolos e condutas foi desenvolvido com todo empenho e dedicação por anestesiológicos do Núcleo de Anestesiologia (NUCAN) do Instituto Dr. José Frota e tem por objetivo facilitar e sistematizar as condutas na avaliação e preparo pré-anestésico, contribuindo para o melhor desfecho do paciente. As condutas aqui recomendadas foram baseadas na literatura disponível atualmente, devendo ser revisado periodicamente. Ressaltamos que cada paciente deve ser avaliado levando em consideração o quadro clínico atual e as características individuais.



## Cirurgia do Trauma - Manual de Condutas

Núcleo de Cirurgia Geral IJF  
2020 | ISBN 978-65-00-04402-7

Esse manual foi compilado devido às várias possíveis condutas que o cirurgião geral e de emergência pode tomar diante de um paciente politraumatizado, em especial, porque nossa equipe de staffs possui formação nas mais diversas escolas cirúrgicas do país onde as rotinas são peculiares a cada uma. Nesse intuito, convidamos as referências do nosso serviço para compor o corpo editorial desse livro onde através da literatura atualizada e baseada em evidências foi possível formatar as condutas pertinentes aos mais variados mecanismos de trauma, trazer estímulo ao estudo de técnicas e propostas cirúrgicas aos residentes de cirurgia geral e fomentar entre o nosso staff médico o espírito de produção científica e análise de dados da literatura mundial, comparando e adequando a nossa realidade.









**Fortaleza**  
PREFEITURA