



Coordenador do curso:  
Prof. Aroldo Prohmann de  
Carvalho

Subcoordenadora do curso:  
Profa. Simone Van de Sande Lee

Chefe de Expediente:  
Lucas Indalêncio de Campos

Editor:  
Prof. Fabricio de Souza Neves  
fabricio.souza.neves@ufsc.br

Coordenadoria do Curso de Medicina  
Campus da UFSC – Centro de Ciências da Saúde  
Bloco didático-pedagógico (E3) - Hospital Universitário  
(1º andar) – Trindade, Florianópolis, SC  
CEP 88040-970  
(48) 3721-2282  
medicina@contato.ufsc.br  
www.medicina.ufsc.br

# BOLETIM

do

# CURSO DE

# MEDICINA

da UFSC

Novembro 2019

Volume 5 – número 5

Indexado no Google Acadêmico

ISSN 2594-6811



**Capa:** Treinamento de sutura dos acadêmicos de medicina no Laboratório de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. Fonte: Araujo EJ et al. O ensino teórico-prático durante a graduação em medicina: superando limitações (Bol Curso Med UFSC 2019; 5: 60-2)

## Artigos

### O ensino teórico-prático durante a graduação em medicina: superando limitações

Araujo EJ, Rodrigues IK, Schollemberg AJ, Caramori A, Marques BS, Carvalho BF, Duarte G, Soares HPM, Souza ESMV, Oliveira-Filho GR, Teixeira GV, Ely JB, Vasconcelos ZAA.....60

### Anais da 5ª Semana Acadêmica da Medicina (SAMED – 2019)

Silva Jr JF, Martinhago AV, Oliveira AN, Silva GRG, Vieira HAS, Marques SR, Kawakatsu VAO.....63

### Resumo expandido

#### Doença pulmonar obstrutiva crônica e seu impacto na saúde pública

Holzbach Jr A, Goedert AB, José AC, Mistura M, Heyse RB, Bueno SS, Goulart VF.....64

### Resumo expandido

#### Como evidenciar os efeitos da acupuntura no tratamento da dor neuropática? Relato da utilização da ferramenta de “Symptom Drawing”

Blaka K, Moré AOO, Lee RDY, Uda A, Min LS.....65

Resumos simples.....65

### Relatos de casos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

#### Caso 3/2019: “O 18º espaço porta”

Klock D, Ronzani F, Neves J, Müller M, Shiozawa MBC, Pasinato APBF, Schiavon LL, Schiavon JLN.....68

# O ensino teórico-prático durante a graduação em medicina: superando limitações

*Edevard José de Araújo<sup>3</sup>, Igor Kunze Rodrigues<sup>1</sup>, Allan Jefferson Shollemberg<sup>2</sup>, Aline Caramori<sup>2</sup>, Bruna Souza Marques<sup>2</sup>, Bruno Felipe Carvalho<sup>2</sup>, Giseli Duarte<sup>2</sup>, Hattos Paulo Mendes Soares<sup>2</sup>, Eduardo Soares Maia Vieira de Souza<sup>3</sup>, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho<sup>3</sup>, Gilberto Vaz Teixeira<sup>3</sup>, Jorge Bins Ely<sup>3</sup>, Zulmar Antônio Accioli de Vasconcelos<sup>3</sup>*

1-Estudante de doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

2-Estudante do Curso de Graduação em Medicina (monitor do Laboratório de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

3-Professor do Departamento de Cirurgia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

Autor para correspondência: Edevard José de Araújo. E-mail: [dearaujoj@gmail.com](mailto:dearaujoj@gmail.com)

O autor declara não ter conflitos de interesse em relação a esta publicação.

Submetido em 16/10/19; aceito para publicação em 14/11/19

DOI: <https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v5i5.3822>

Indexadores: Cirurgia geral; Cirurgia; Educação médica; Faculdades de medicina; Hospitais de ensino.

No período de graduação, os estudantes são estimulados a participar de atividades teóricas e práticas que enriqueçam e aperfeiçoem sua formação médica. As diretrizes curriculares apontam que é fundamental ao médico ter uma formação básica e geral, treinamento em todos os níveis de atenção à saúde e elevada formação ética e humanista, apresentando competência técnica para exercer a profissão<sup>1</sup>.

O processo de ensino na medicina, principalmente nas áreas cirúrgicas, ocorre pela observação do ato cirúrgico e pela participação direta do estudante, realizado, entre outros métodos, através de tentativa e erro<sup>2</sup>. O Laboratório de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Universidade Federal de Santa Catarina (TOCE - UFSC) tem como objetivo o aprimoramento da técnica dos diversos procedimentos cirúrgicos na graduação médica, sugerindo um método de fixação e aplicação do conhecimento teórico apresentado em sala de aula.

Os professores e monitores da disciplina acreditam no treinamento prático por meio de simulação, que recria uma experiência da situação real sem expor pacientes a riscos associados aos procedimentos. O ensino prático de procedimentos cirúrgicos encontra algumas limitações, destacando-se duas principais: a restrição ao uso de animais e o alto custo de materiais substitutivos. Além disso, não há investimentos diretos para substituição do material biológico. Por sua vez, a solução que o TOCE - UFSC teve foi de criar substitutivos próprios e o custeio, considerando as limitações financeiras, utilizando materiais sintéticos, associados ou não a materiais biológicos. Hoje, o Laboratório de Técnica Operatória conta com:

1) Treinamento de sutura em camada de etil vinil acetato (EVA) (Figura 1a), posteriormente, complementação da técnica utilizando língua bovina (Figura 1b).

2) Drenagem de tórax, utilizando hemitórax de costela porcina coberto por EVA e fixado em manequim próprio para realização do procedimento (Figura 2a).



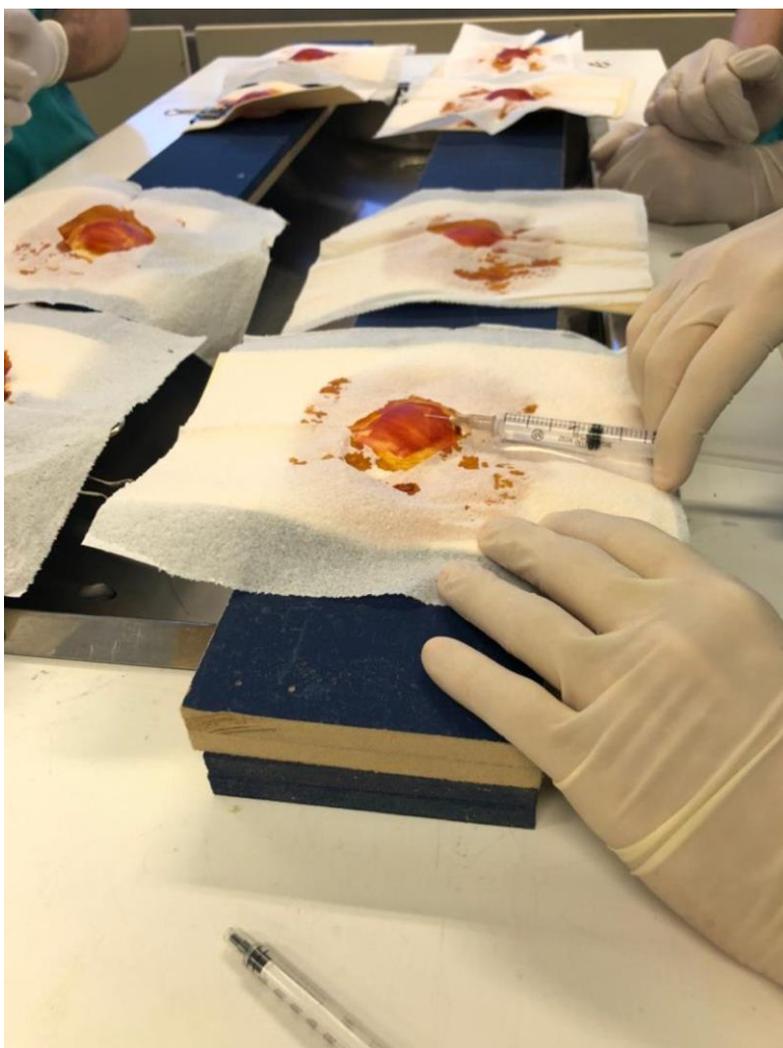
**Figura 1.** a) Treinamento de sutura em camada de etil vinil acetato (EVA). b) Treinamento de sutura em língua bovina.



**Figura 2.** a) Manequim para drenagem de tórax. Sob a janela de etil vinil acetato, há uma peça de costela suína simulando o gradil costal humano. b) Modelo para treinamento de traqueostomia e cricotireoidostomia usando laringe e traquéia suína.

3) Cricotireoidostomia e traqueostomia utilizando laringe e traqueia suína coberto por uma camada de EVA e o conjunto fixado em molde plástico confeccionado através de impressão 3D (Figura 2b).

4) Drenagem de abscesso com protótipo idealizado e confeccionado pela própria equipe do TOCE – UFSC (Figura 3). Sob a camada de EVA, uma bolsa de borracha contendo líquido de consistência pastosa simula a anatomia de um abscesso.



**Figura 3.** Modelo para treinamento de drenagem de abscesso

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina do Ministério da Educação (MEC), o estudante deve saber realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos necessários para o atendimento ambulatorial e de urgências e emergências.

A adaptação tem uma boa receptividade entre os estudantes, de forma que os conteúdos teóricos são abordados novamente, a orientação direta por professores e monitores facilita a visualização da técnica

cirúrgica, e possibilita a correção individualizada de técnicas erroneamente compreendidas.

Embora estes modelos ainda sejam restritos ao Laboratório do TOCE – UFSC, este treinamento em modelos alternativos reflete ganhos ao graduando, à Universidade e à população. Tem custo reduzido e respeito aos princípios éticos, é seguro e de fácil reprodução, tentando simular os aspectos e as técnicas encontradas no ato cirúrgico realizado no ser humano.

## Referências

1. Purim KS. Oficina de cirurgia cutânea. Rev Col Bras Cir. 2010;37(4):303-5
2. Reichel JL, Peirson RP, Berg D. Teaching and evaluation of surgical skills in dermatology: Results of a survey. Arch Dermatol. 2004;140(11):1365-9.
3. Purim KSM, Santos LDS, Murara GT, Maluf EMCP, Fernandes JW, Skinovsky J. Avaliação de treinamento cirúrgico na graduação de medicina. Rev. Col. Bras. Cir., 2013; 40(2): 152-6.

---

# Anais da V Semana Acadêmica da Medicina – SAMED / UFSC - 2019

*Josué Francisco da Silva Júnior<sup>1,2</sup>, André Vinícius Martinhago<sup>1,3</sup>, Alysson Nonato de Oliveira<sup>1,3</sup>, Gabriel Resun  
Gomes da Silva<sup>1,3</sup>, Hadrielly Aparecida da Silva Vieira<sup>1,3</sup>, Sara Rizzatti Marques<sup>1,3</sup>, Verônica Akemi Ogata  
Kawakatsu<sup>1,3</sup>*

1- Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

2- Diretor da Comissão de Trabalhos Científicos da 5ª Semana Acadêmica da Medicina (SAMED-UFSC/2019)

3- Membro da Comissão de Trabalhos Científicos da 5ª Semana Acadêmica da Medicina (SAMED-UFSC/2019)

Autor para correspondência: Josué Francisco da Silva Júnior. E-mail: josuefdsj@gmail.com

Os autores declaram não terem conflitos de interesse em relação a esta publicação.

Submetido em 02/11/19; aceito para publicação em 14/11/19

DOI: <https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v5i5.3823>

Indexadores: Anais de congressos como assunto; Educação médica; Faculdades de medicina.

---

**H**á 5 anos, a Semana Acadêmica da Medicina (SAMED), evento marcado por 3 dias de palestras, workshops e oficinas, faz parte do calendário acadêmico oficial do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente, em sua 5ª edição, além de toda a programação, contou também com o já tradicional momento científico - espaço no qual os alunos em conjunto com professores, residentes e médicos podem divulgar seus trabalhos científicos produzidos nos diversos espaços do curso (iniciações científicas, trabalhos de conclusão de curso, estágios e ligas acadêmicas).

O momento científico foi composto de três etapas: seleção de resumos a serem apresentados, avaliação dos pôsteres produzidos e apresentação oral dos 3 primeiros colocados. Primeiramente, os 15 resumos submetidos foram avaliados por nossa banca avaliadora, a qual, a fim de contemplar integralmente o curso, foi composta por 3 docentes pertencentes ao corpo clínico e por 2 docentes pertencentes ao corpo de disciplinas básicas nesse ano. Dentre os 15 resumos submetidos, 9 foram selecionados para a segunda etapa: confecção e apresentação dos pôsteres para a banca avaliadora. Em tal fase houve a apresentação dos pôsteres por um autor de cada resumo, que foram avaliados por professores representante de cada eixo (básico e clínico), sendo computada uma nota a diversos atributos pré-definidos em edital como apresentação, originalidade, relevância científica, entre outros. A terceira etapa consistiu na apresentação em formato de slides dos três trabalhos mais bem colocados, somando-se a nota de submissão do resumo e a da apresentação do seu respectivo pôster no evento. Esse momento ocorreu na noite do último dia do evento e que foi encerrada com a entrega da premiação para os respectivos autores dos trabalhos.

O momento científico contou com o apoio de toda a diretoria da V Semana Acadêmica de Medicina (SAMED), dos membros do Comitê de Trabalhos Científicos (CTC-SAMED), do centro Acadêmico Livre da Medicina da UFSC (CALIMED) e de nossos patrocinadores. Além disso, tal espaço também não existiria sem a participação ativa de nossos docentes que compuseram a banca avaliadora, ficando nossa eterna gratidão aos seguintes professores: Fabrício de Souza Neves, Jane da Silva, Juliana Dal-Ri Lindenau, Mariana Graciela Terenzi e Rosemeri Maurici da Silva.

Por fim, ao longo desta edição do Boletim da Medicina, você poderá contemplar os trabalhos de alguns de nossos participantes do momento científico. Esperamos que a produção de nossos colegas possa contribuir ainda mais para o seu aprendizado e ampliação do seu conhecimento.

*“Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.” (Leonardo da Vinci)*



# SAMED

## V SEMANA ACADÊMICA DE MEDICINA UFSC

### RESUMO EXPANDIDO 1 – V SAMED-UFSC/2019

#### Doença pulmonar obstrutiva crônica e seu impacto na saúde pública

*Alexandre Holzbach Jr<sup>1</sup>, Ana Beatriz Goedert<sup>1</sup>, André Cardoso José<sup>1</sup>, Michele Mistura<sup>1</sup>, Rebeca Bernardi Heyse<sup>1</sup>, Samuel dos Santos Bueno<sup>1</sup>, Valquíria Feier Goulart<sup>1</sup>*

1. Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

**Objetivo.** Este trabalho tem por objetivo realizar uma breve revisão não sistemática sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e identificar seu impacto na saúde pública do Brasil nos últimos anos, analisando-se quais as políticas públicas mais efetivas e os principais desafios encontrados no combate à doença. Metodologia: Analisaram-se artigos de bases de dados científicas como Scielo e PubMed, além de dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (MS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA). **Resultados.** A DPOC é uma enfermidade que compreende o enfisema pulmonar e a bronquite crônica, estando fortemente ligada ao tabagismo. É a 3ª maior causa de mortes no mundo, sendo que, destas, cerca de 85 a 90% são causadas pelo tabagismo, cujas toxinas causam alterações morfofuncionais no trato respiratório, levando à produção excessiva de muco, inflamação crônica das vias aéreas com consequente obstrução do fluxo aéreo e destruição do tecido pulmonar. Com isso, o paciente apresenta dificuldades nos movimentos respiratórios, levando a um quadro de acidose respiratória e sintomas como fadiga, dispneia e tosse prolongada com expectoração e sibilos. No Brasil, a DPOC atinge 12% da população acima de 40 anos, gerando 7 milhões de óbitos por ano e um gasto de R\$ 16 bilhões pelos setores público e privado. Já que não há cura para a DPOC, tendo os tratamentos apenas a função de reduzir os sintomas e retardar a progressão da doença, a

forma mais efetiva de combatê-la é a prevenção, a qual se aplica em três principais frentes: controle do tabagismo, investimento no diagnóstico precoce e promoção da saúde. Em relação ao controle do tabagismo, o Brasil, com o aumento das políticas de combate ao fumo nos últimos anos, obteve uma redução expressiva das mortes por DPOC no país, passando de 64,5/100.000 habitantes, em 1990, para 44,5, em 2015, com redução de 31% (32,6% para o sexo masculino e 29,2% para o feminino). Esses dados coincidem com a queda de 57% e 56% na prevalência do tabagismo no mesmo período para homens e mulheres, respectivamente. Tais conquistas estão atrelada à adoção de diversas medidas preconizadas pela OMS, em especial o aumento dos impostos sobre o cigarro (hoje equivalentes a 80,42% do preço do produto), proibição do fumo em locais públicos, proibição da venda a menores de idade (pois 70% a 80% dos fumantes iniciam o hábito ainda na adolescência), proibição de campanhas publicitárias de cigarro e inclusão de advertências nas embalagens do produto alertando sobre os perigos inerentes ao hábito. Dentre as medidas, o aumento de impostos sobre o cigarro tem sido, certamente, a principal estratégia, pois, isoladamente, foi responsável por 50% da queda no tabagismo entre os brasileiros. Todas essas ações, por terem surtido um grande efeito em pouco tempo, tornaram o Brasil referência mundial no combate ao tabagismo, dando ao país papel de liderança na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, tratado proposto em 1999 pelos países membros da Organização das Nações Unidas, com objetivo de deter a epidemia do tabagismo em todo o mundo. Mesmo assim, constatou-se que o tabagismo persiste como um desafio, pois ainda está presente em 9,3% da população brasileira. Além disso, embora tenha havido conquistas para a redução da DPOC em termos absolutos, em relação a outras doenças, a doença pulmonar obstrutiva crônica tem se tornado cada vez mais relevante no Brasil, visto que em 1990 era a 8ª principal causa de morte no país, passando para a 5ª posição em 2017. Quanto à promoção do diagnóstico precoce, configura-se como um dos principais desafios no combate à doença, já que as taxas de subdiagnóstico da DPOC no Brasil chegam a 88%, em grande parte resultado do despreparo de muitos médicos, os quais, não raro, consideram erroneamente a tosse do tabagista como algo normal, confundem os sintomas da DPOC com outras enfermidades e, em muitos casos, possuem dificuldade de

interpretação e desconhecimento a respeito do principal método de diagnóstico da doença, a espirometria. Já em relação à última medida preventiva, a promoção da saúde, estima-se que 55% da população brasileira desconheça a doença, ressaltando a importância de conscientização. Um enfoque tem sido dado à trabalhos educativos nas escolas e entre os adolescentes, pois, como supracitado, a maioria dos indivíduos inicia o hábito tabagista antes da vida adulta e pesquisas indicam que 18,4% dos alunos do ensino fundamental no Brasil já tenham experimentado o uso de tabaco. **Conclusão.** Nas últimas décadas, Brasil conseguiu reduzir significativamente o número de mortes por DPOC, devido, principalmente, ao êxito de suas medidas de combate ao tabagismo, tanto preventivas, como educativas e regulatórias. Mesmo assim, a DPOC permanece como um grave problema de saúde pública no país, havendo ainda muitos desafios para combatê-la. Assim, maiores esforços visando melhorias no diagnóstico precoce, redução mais significativa do tabagismo e conscientização da população e da comunidade médica tornam-se necessários para a mitigação da doença.

## RESUMO EXPANDIDO 2 – V SAMED-UFSC/2019

### Como evidenciar os efeitos da acupuntura no tratamento da dor neuropática? Relato da utilização da ferramenta de “Symptom Drawing”

*Kamila Blaka<sup>1</sup>, Ari Ojeda Ocampo Moré<sup>2,3</sup>, Rina Dambi Yang Lee<sup>2,3</sup>, Aluisio Uda<sup>2,3</sup>, Li Shih Min<sup>2,3,4</sup>*

1. Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.
2. Médico do Serviço de Medicina Integrativa e Acupuntura do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC/EBSERH)
3. Preceptor da Residência Médica em Acupuntura do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC/EBSERH)
4. Professor do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

**Introdução.** A escala visual analógica (EVA) é amplamente utilizada para quantificação de dor, porém esta limita-se apenas a aferir a intensidade da dor. Uma ferramenta complementar à EVA é o “Symptom Drawing” (SD). Este permite que o paciente, através de desenhos coloridos em diagramas corporais, localize precisamente a extensão das áreas de dor e suas características dolorosas a longo da área acometida, de forma a complementar o quadro algíco com informações visuais. Considerando que trabalhos prévios demonstram que a acupuntura promove pouca modificação na EVA em casos de dor neuropática, o SD é uma ferramenta ainda pouco explorada nos estudos clínicos e que tem o potencial de mensurar de forma mais precisa os benefícios do tratamento com acupuntura. **Objetivo.** Descrever caso clínico de paciente com dor neuropática tratado com

acupuntura e acompanhado através das ferramentas de EVA e SD. **Metodologia.** Um paciente de 38 anos apresentando dor neuropática miofascial pós-hernioplastia inguinal bilateral, com intervenções com evolução de 3 anos e refratário ao manejo farmacológico inicial com opioides, antidepressivos e anticonvulsivantes foi tratado no Ambulatório de Acupuntura do HU-UFSC. A hernioplastia bilateral foi feita por via de videolaparoscopia e uso de tela de polipropileno, em julho de 2015. Em junho de 2016 houve nova intervenção cirúrgica por via convencional para retirada dos grampos que foram utilizados para a fixação da tela. Bloqueio anestésico regional do nervo íleo inguinal e bloqueio no plano transversal do abdome guiados por Ultrassom, com melhora apenas por poucos dias. Realizou-se 4 ciclos de sessões de acupuntura (8 a 10 sessões por ciclo, associando-se técnicas de acupuntura manual e eletroacupuntura) com intervalo aproximado de 1 mês entre os ciclos no período de Janeiro de 2017 a Julho de 2018. No acompanhamento do caso utilizou-se a EVA e o aplicativo de SD “Catch my Pain®”. **Resultados.** Inicialmente o paciente apresentava dor EVA 8 e esta estendia-se da região abdominal desde a altura da cicatriz umbilical, regiões inguinais até testículos (sintomas mais intensos à direita) com área de alodinia em quadrante inferior direito do abdome até a região inguinal. Ainda, o paciente complementou a avaliação com descritores como sensação de “queimação” e posição de alívio das dores em decúbito lateral e dorsal. Através da utilização de pontos de acupuntura segmentares e extra segmentares (na região lombar e membros), desativação dos pontos-gatilho em músculos quadrado lombar e iliopsoas, o paciente evoluiu com melhora progressiva da dor neuropática. No final do quarto ciclo de tratamento o paciente referia dor EVA 5, contudo foi expressiva redução da área total de dor e regiões de alodinia registradas através do SD, com analgesia importante das dores. Foi registrada na ferramenta de SD uma redução de aproximadamente 60% do território doloroso ao fim do tratamento, bem como a diminuição dos episódios de intensificação da dor quando comparado ao início do tratamento. **Conclusão.** A ferramenta de SD demonstrou ser útil no acompanhamento da melhora das queixas algícas alcançadas pelo tratamento com acupuntura. Esta ferramenta auxiliou o paciente a descrever a sensação dolorosa com maior precisão do que a EVA. A inclusão do SD em estudos clínicos tem o potencial de melhor evidenciar os efeitos da acupuntura em pacientes com dor neuropática.

## RESUMO SIMPLES 1 – V SAMED-UFSC/2019

### Osteogênese imperfeita: causas, diagnóstico e tratamento a partir de uma revisão da literatura

*Leonardo Busanello Mata Alves<sup>1</sup>, Leonardo Busch Justino<sup>1</sup>, Eduarda Gregório dos Santos Lima<sup>1</sup>, Gustavo Andreas Hochheim<sup>1</sup>, Iago Koerich Silva<sup>1</sup>, Maria Luiza Toscan Camargo<sup>1</sup>, Renata Guedes Garcia<sup>1</sup>, Vinicius Cechella Borba<sup>1</sup>, Gabriel Adan Araujo Leite<sup>2</sup>*

1. Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina

(UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

2. Professor do Departamento de Biologia Celular, Embriologia e Genética, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

**Objetivos.** Realizar uma revisão da literatura sobre as causas, diagnósticos, tratamento e perspectivas da osteogênese imperfeita, considerada uma doença rara.

**Metodologia.** Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Scielo, ScienceDirect e PubMed para obtenção de bibliografia, revisando detalhadamente o tema proposto.

**Resultados.** Pesquisas mostraram que a osteogênese imperfeita (OI) afeta o tecido conjuntivo e a matriz extracelular, levando a um quadro de fragilidade óssea. Os trabalhos relatam as questões genéticas e hereditárias da OI, condição rara que afeta 1:20 mil pessoas, com menos de 15 mil casos anuais no Brasil. Mutações em pelo menos um dos dois genes que codificam a proteína colágeno tipo I (COL1A1 e COL1A2) reduz a síntese de colágeno e/ou produz moléculas de colágeno disfuncionais. Os diagnósticos da doença são baseados no histórico individual do paciente, exames clínicos, constatações radiográficas, observação das fraturas e da fragilidade óssea. Já a classificação dos subtipos da doença depende do período em que as fraturas ocorreram e do grau de letalidade dos sintomas. A abordagem terapêutica da OI varia com a idade, gravidade da doença e estado funcional dos tecidos afetados. O tratamento inclui restrições sutis, como evitar atividades, e intensas intervenções ortopédicas, sendo a terapia com bifosfonatos intravenosos a terapêutica mais utilizada para tratar a fragilidade óssea em crianças - o efeito em adultos é pouco esclarecido. **Conclusão.** O estudo desse raro quadro clínico é de suma importância para o contínuo desenvolvimento de práticas terapêuticas que viabilizem o acréscimo da qualidade de vida dos indivíduos afetados por essa moléstia.

## RESUMO SIMPLES 2 – V SAMED-UFSC/2019

### Avaliação da relação entre a qualidade de vida e a gravidade da urticária crônica espontânea e/ou induzida de pacientes atendidos no ambulatório de alergia do HU-UFSC

*Hadrielly Aparecida Da Silva Vieira<sup>1</sup>, Jordão Luiz Moratelli Junior<sup>1</sup>, Anne Rose Leopoldina Wiederkehr Baú<sup>2</sup>, Marcelo Martin Ferigato<sup>2</sup>, Jane da Silva<sup>3</sup>*

1. Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

2. Médico do Núcleo de Alergia do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC/EBSEH)

3. Professora do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

**Objetivos.** Determinar a relação entre a gravidade da expressão dos sintomas e a qualidade de vida dos pacientes através de questionários validados. **Metodologia.** Análise retrospectiva de 2015 a 2019 de 61 pares de escores dos questionários Urticaria Activity Score 7 (UAS-7), que monitora a atividade da urticária, e o Dermatology Life Quality Index (DLQI), que avalia o impacto na qualidade de vida do paciente, de 23 pacientes. Realizaram-se estatísticas descritivas e análise estatística com teste qui-quadrado e o modelo linear de Poisson. Considerou-se  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Dos 23 pacientes analisados 14 (60,9%) eram adultos e 18 (78,3%) eram do sexo feminino. O modelo linear de Poisson demonstrou que para cada aumento em um ponto no escore do UAS-7 observou-se um aumento de 6,4% na pontuação do DLQI. **Conclusão.** Foi observada uma relação estatisticamente significativa de impacto na percepção da qualidade de vida do paciente frente ao aumento da atividade da sua doença.

## RESUMO SIMPLES 3 – V SAMED-UFSC/2019

### Acesso e permanência de estudantes com deficiência em cursos da saúde: uma revisão integrativa

*Ruben Eduardo Krasniak<sup>1</sup>, Fabricio Augusto Menegon<sup>2</sup>*

1. Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

2. Professor do Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

**Objetivo.** Analisar o processo de acesso e permanência de estudantes com deficiência em cursos superiores da saúde.

**Método.** Estudo de revisão integrativa da literatura a partir das bases eletrônicas BDNF, CINAHL, Lilacs, MEDLINE (através do PubMed e Web of Science), buscando artigos em português, inglês e espanhol, com filtro temporal de 10 anos. A busca foi efetuada em março de 2019. Utilizou-se como palavras chaves: “pessoas com deficiência”, “estudantes de ciências da saúde” e descritores livres: “permanência estudantil”, “inclusão”, “política estudantil”, “garantia a educação”, “estratégias de enfrentamento”, “estratégia de adaptação”. **Resultados.** Na admissão, as instituições contam com normas técnicas excludentes, que focam na incapacidade e desconsideram o ensino com adaptações. Percebe-se a presença na comunidade acadêmica de um discurso negativo com relação a deficiência que considera esses alunos inaptos a proverem cuidado em saúde. Entre esses alunos, as deficiências mais prevalentes são de aprendizado e sensoriais. O suporte ao acadêmico enfatiza o ensino, com pouco auxílio em ambientes práticos de cuidado. A maioria desses estudantes não revelam a deficiência à instituição devido receio de serem discriminados. Não há relato de riscos à segurança do paciente assistido por estudantes com deficiência. **Conclusão.** Persistem muitas

barreiras nesse processo de acesso e permanência dos estudantes com deficiência. Percebe-se uma exclusão sistematizada dessa população, com discriminação praticada por colegas e educadores. Outros estudos são necessários para melhor entender esse processo.

#### RESUMO SIMPLES 4 – V SAMED-UFSC/2019

##### Cardiotoxicidade por intoxicação intencional com antidepressivo tricíclico: relato de caso

*Maísa Maria Spagnol Trento<sup>1</sup>, Bruna Souza Marques<sup>1</sup>, Adriana Mello Barotto<sup>2</sup>, Jardel Jacinto<sup>2</sup>*

1. Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

2. Médico do Centro de Informação e Assistência Toxicológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina / Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC/EBSEH)

**Introdução.** Os antidepressivos tricíclicos configuram-se como causa frequente de intoxicação intencional, situação clínica potencialmente grave. **Objetivos.** Relatar caso que destaca a cardiotoxicidade em intoxicação fatal por tricíclico. **Descrição do caso.** MGS, feminina, 67 anos, 60 kg, trazida pelo SAMU em glasgow 3 por tentativa de suicídio, há 2 horas (h), com ingesta de 37,5mg/kg de Nortriptilina (dose tóxica: 2,5mg/kg). Realizado lavagem gástrica, carvão ativado e intubação sem sequência rápida. Apresentava-se com pressão arterial (PA) 60x40mmHg mesmo após hidratação e noradrenalina (nora) de 0,1 mcg/kg/min, realizado bolus (1meq/kg) de bicarbonato de sódio (NaHCO<sub>3</sub>) 8,4% por QRS alargado em eletrocardiograma. Após 3h da ingesta apresentou taquicardia ventricular (TV) sem pulso, procedido cardioversão elétrica e ajustado nora para 0,5 mcg/kg/min, mantendo PA 100x50mmHg. Após 12h da ingesta apresentou instabilidade hemodinâmica, TV não sustentada e convulsões. Foi iniciado fenitoína, com melhora das convulsões apenas após substituição por fenobarbital. Manteve TV não sustentada, apesar da infusão contínua de lidocaína e NaHCO<sub>3</sub> (pH 7,5). Com 24h da ingesta apresentou TV sustentada, torsades de pointes não cardiovertida. Após ajuste de NaHCO<sub>3</sub>, sulfato de magnésio e nora, normalizou ritmo e hemodinâmica, manteve QT longo. Com 36h após intoxicação, apresentou bloqueio atrioventricular total, choque refratário, parada cardiorrespiratória e óbito. **Conclusão.** A cardiotoxicidade dos tricíclicos é multifatorial: por inibição dos canais rápidos de sódio e da recaptção de catecolaminas, bloqueio alfa adrenérgico periférico e efeitos anticolinérgicos, sendo a

bradicardia de mal prognóstico. Tais dados justificam as amplas manifestações das intoxicações e a importância de reconhecer as repercussões e potencial letalidade.

#### RESUMO SIMPLES 5 – V SAMED-UFSC/2019

##### Regressão Espontânea de Metástases Após Nefrectomia Citorredutora

*Pietro Valentin Waltrick Bernardi<sup>1</sup>, Natália Nara Park Andrade<sup>1</sup>, Carlos Fernando Bernardi<sup>2</sup>*

1. Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

2. Médico oncologista, Clínica Bernardi, Concórdia, Santa Catarina, Brasil

**Introdução.** Desaparecimento completo de um tumor sem intervenção relevante é um fenômeno raro, no tumor primário ou em metástases. Apesar de mal compreendida, sua etiologia parece estar relacionada a fenômenos imunológicos. Não se sabe com que frequência regressões acontecem, mas aproximadamente 20 casos são registrados na literatura a cada ano. Destes, o carcinoma de células renais (RCC) é um dos tipos de tumor no qual isto é mais frequente. **Descrição.** Paciente realizara ultrassonografia (USG), revelando metástases hepáticas e massa renal esquerda. Posterior tomografia computadorizada (TC) confirmou lesões sugestivas de metástases hepáticas. TC tórax normal, cintilografia óssea normal, TC e ressonância magnética (RM) de crânio normais. Realizou nefrectomia esquerda citorredutora em 30/05/17. Paciente retornou 3 meses após a nefrectomia, com PET-CT normal. Solicitada RM, também normal. Retornou após 4 meses e após 8 meses, com TC de tórax e RM abdominal superior, ambas normais nas duas situações. **Discussão.** A relação da regressão com a cirurgia não pode ser ignorada - possivelmente a inflamação e o extravasamento de antígenos provocaram ativação da resposta imune adaptativa contra células tumorais. A literatura ainda é incapaz de fornecer conclusões concretas sobre as causas das regressões espontâneas, mas compreender as causas é crucial para o desenvolvimento de imunoterapias. **Conclusão.** É importante a publicação de relatos como este, com acompanhamento posterior, para definir probabilidades e características da regressão em cada tipo de tumor. A frequência relativamente alta da regressão espontânea de metástases no RCC pode ser um bom ponto de partida para estudos sobre os mecanismos imunológicos do fenômeno.

## Caso 3/19: “O 18º espaço porta”

*Diurlhane Mainara Klock<sup>1</sup>, Filipe Gonçalves Ronzani<sup>1</sup>, Johnaltan Ivon Neves<sup>1</sup>, Margrit Elis Müller<sup>1</sup>, Maria Beatriz Cacesse Shiozawa<sup>2</sup>, Ana Paula Beltrame Farina Pasinato<sup>3</sup>, Leonardo de Lucca Schiavon<sup>4</sup>, Janaína Luz Narciso Schiavon<sup>4</sup>*

- 1- Estudante do curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.
- 2- Médica patologista, professora aposentada do Departamento de Patologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.
- 3- Médica patologista, Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH)
- 4- Médico(a) gastroenterologista, professor(a) do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.

### RESUMO

*Caso relatado na Reunião de Discussão de Casos Clínicos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, iniciada pelos Profs. Jorge Dias de Matos, Marisa Helena César Coral e Rosemeri Maurici da Silva, em julho de 2017. No dia 12 de agosto de 2019, no bloco do curso de medicina, realizou-se a apresentação e discussão do caso cujo registro é apresentado a seguir: um paciente masculino de 25 anos é encaminhado ao serviço de gastroenterologia com esplenomegalia e hipertensão portal. Qual é o diagnóstico?*

DOI: <https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v5i5.3824>

Indexadores: Esplenomegalia; Diagnóstico diferencial; Doença celíaca; Hipertensão portal  
Submetido em 31/10/19; aceito para publicação em 14/11/19

Autor para correspondência: Janaína Luz Narciso Schiavon. E-mail: [janaina.narciso@uol.com.br](mailto:janaina.narciso@uol.com.br)

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** Boa noite. Um homem de 25 anos, estudante universitário, solteiro, natural e procedente da Grande Florianópolis, procurou atendimento por dor à esquerda em unidade de saúde. Em algum momento, uma ultra-sonografia de abdome foi realizada, e após este exame complementar que evidenciou esplenomegalia e dilatação do calibre das veias do sistema porta, foi encaminhado para avaliação do especialista em gastroenterologia. Negava doenças atuais conhecidas ou uso de medicamentos diários, mas estava repondo uma hipovitaminose com vitamina D 1.000 unidades internacionais por dia. Como antecedentes, relatava: anemia perinatal; três episódios de paralisia facial na infância; apendicectomia aos 12 anos de idade.

Durante a anamnese, foi possível observar que apresentava movimentos faciais involuntários: piscava o

olho e repuxava a boca para lateral repetitivamente. No exame físico, ainda foram observados: pressão arterial 120x80 mmHg, frequência cardíaca de 80 batimentos por minuto; Índice de massa corporal 27; exame cardiopulmonar sem alterações significativas; abdome plano e indolor. O fígado estava a 2 centímetros do rebordo costal, com consistência normal. O espaço de Traube estava ocupado e à manobra de Schuster o baço era palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo, caracterizando a esplenomegalia.

**Jorge Dias (nefrologia):** A descrição de fígado a 2 centímetros do rebordo costal direito, indica fígado aumentado ou não?

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** Não, não é aumentado, pois é na inspiração profunda. Quando o paciente expira o fígado volta para o rebordo.

No diagnóstico diferencial, tendo já passado por avaliação com clínico geral, penso que não deve se tratar de doença hematológica. A principal causa de esplenomegalia na gastroenterologia é a hipertensão portal, e havia sinais dela à ultra-sonografia.

A hipertensão portal pode ser pura ou associada a cirrose hepática, logo é importante investigar estigmas de cirrose cuidadosamente. Procura-se eritema palmar, hipertrofia de parótidas, telangiectasias. O paciente não apresentava nenhum desses sinais, mas talvez possa ser cirrótico. Que doenças podem levar à cirrose hepática em um paciente ainda jovem?

**Plateia:** Hepatite viral.

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** As hepatites virais precisam de um tempo para evoluir com cirrose. A faixa etária de cirrose por hepatite crônica viral crônica costuma ser acima de 40 anos. Mesmo assim pediremos as sorologias de hepatites B e C; embora raro, não se pode descartar completamente a possibilidade ainda.

**Plateia:** Colangite biliar primária?

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** A colangite biliar primária poderia ocorrer em pacientes jovens. É uma doença autoimune das vias biliares intra-hepáticas com predomínio de colestase. O diagnóstico dessa doença é feito quando a fosfatase alcalina está duas vezes maior que o valor de referência somado ao anticorpo anti-mitocôndria positivo ou a fosfatase alcalina duas vezes maior que o valor de referência somado a colangite na biópsia hepática.

**Plateia:** Poderia ser esteatose hepática?

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** Na doença hepática gordurosa não alcoólica a principal causa é a síndrome metabólica, mas demora anos para ela causar uma cirrose. Na história natural da síndrome metabólica o paciente se torna obeso, desenvolvendo hipertensão, depois dislipidemia, mais tardiamente pode desenvolver diabetes tipo 2, e então é que vai ocorrer esteatohepatite ou esteatose. Portanto, costuma ser em paciente com mais idade. Porém realmente é uma das causas mais comuns de doença hepática e por isso neste paciente avaliaremos o perfil lipídico e glicemia.

O consumo de álcool é outra causa que deve ser aventada, mas também é necessário um tempo para desenvolver. Em homens, estima-se que é necessário o

consumo 60 g de álcool diários por cerca de dez anos para se levar à cirrose.

**Jorge Dias (nefrologia):** Ele pode ter trombose de veia porta.

**Janaina Schiavon (gastroenterologista):** Isso, devemos pensar nas causas vasculares: trombose de veia porta seria uma possibilidade. Ou uma trombose da drenagem venosa do fígado, chamada Síndrome de Budd-Chiari, mas esta seria associada a hepatomegalia porque obstrui a saída venosa do fígado.

Revisando as causas mais comuns de hepatopatias: vírus, doença hepática gordurosa não alcoólica, doença hepática alcoólica, e ainda, os medicamentos que ele nega ter usado. Insistimos bastante na anamnese, ele disse que tomava anti-inflamatórios eventualmente, mas uma vez a cada 4 meses, nada que fosse um hábito significativo.

Então, que exames laboratoriais vocês pediriam para avaliar o caso? Qual o primeiro sinal laboratorial de cirrose hepática?

**Plateia:** Trombocitopenia?

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** Sim, a plaquetopenia (trombocitopenia) é o primeiro sinal de cirrose, porque o fígado cirrótico causa um desvio do fluxo do sangue da veia porta para o baço e este fica aumentado, recebendo mais células. Como o baço é responsável pelo turnover celular do sangue, ele começa a destruir de forma aumentada as três séries sanguíneas – mas a plaquetopenia aparece primeiro, pois as plaquetas têm a vida mais curta. Então, para ver a contagem de plaquetas, qual exame?

**Plateia:** Hemograma.

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** E para verificar se há lesão hepatocelular? Qual exame complementar?

**Plateia:** AST e ALT.

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** E para verificar se há lesão de via biliar? Pensando em colangite biliar primária, uma das possíveis causas citadas para o caso: fosfatase alcalina e Gama-GT. Já para avaliar a função do fígado, dosamos as proteínas albumina, protrombina e outros.

Vejamos os resultados dos exames trazidos pelo paciente à primeira consulta. Um hemograma com

contagem normal de plaquetas. AST de 56 U/l e ALT de 120 U/l. Fosfatase alcalina e Gama GT ele não tinha realizado ainda. Colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos e glicemia eram normais. Creatinina 1,28 mg/dl.

Ele trazia a ultra-sonografia de abdome revelando esteatose hepática com aumento do calibre do sistema porta e esplenomegalia. Portanto, o paciente tinha um baço aumentado, mas o tamanho do fígado era normal, ele só estava infiltrado.

Vendo esses resultados, reconhecemos a presença de esteatose hepática. Vamos continuar a investigação para avançar sobre a causa da esteatose. Ele não tem fatores de risco característicos da síndrome metabólica, exceto pelo sobrepeso. Quais outras doenças cursam com esteatose hepática? Doença hepática alcoólica, vírus da hepatite C, hepatite autoimune, as doenças de depósito como a doença de Wilson e a hemocromatose. E também devemos pensar em doença celíaca.

Então realizamos nova avaliação laboratorial. A albumina era de 4,5 g/dl, então a função hepática está ótima. AST e ALT persistiram alteradas e fosfatase alcalina e Gama GT estavam normais. Logo, as doenças colestáticas não estão mais no diagnóstico diferencial. Para as doenças de depósito, o rastreamento é feito com a dosagem da proteína que carrega o cobre, a ceruloplasmina, que estava normal (falando contra a doença de Wilson) e da ferritina sérica, que estava normal (afastando a hemocromatose). As sorologias para vírus B, C e HIV vieram negativas. No caso deste paciente, que apresentava alguns movimentos anormais, a dosagem de cobre na urina de 24 horas e uma consulta ao neurologista também foram realizados, a fim de realmente afastar o diagnóstico de doença de Wilson (que pode cursar com distúrbios do movimento).

Em resumo, não existe evidência clínica, laboratorial ou de imagem que o paciente seja cirrótico, mas ele tem uma esplenomegalia, com lesão hepatocelular e esteatose hepática. Descartadas as doenças de depósito mais frequentes, hepatites virais crônicas comuns, doença hepática alcoólica e síndrome metabólica.

Ainda precisamos também avaliar melhor a circulação venosa portal. Então solicitamos uma angiotomografia de abdome, que também vai descrever o fígado e o baço com maior sensibilidade. Os resultados evidenciaram fígado com textura heterogênea, ausência de trombose no sistema porta; a veia porta medindo 1,5 cm (normal até 1,2 cm), o que indica hipertensão portal; as veias hepáticas, que ficam acima do fígado, pérvias e com

calibre normal, sem circulação colateral, varizes gástricas ou esofágicas. O braço com tamanho aumentado. Então, confirma-se a hipertensão portal com esplenomegalia e descarta-se trombose no sistema porta.

Pedimos os anticorpos para doença celíaca, por causa de nossa experiência pessoal com casos deste tipo, e realmente vieram positivos: anti-transglutaminase positivo e anti-endomísio positivo. A doença celíaca é uma doença autoimune sistêmica e sempre deve ser lembrada no diagnóstico diferencial em várias especialidades médicas. Os anticorpos para doença celíaca foram solicitados como etapa inicial na investigação, mas é necessário demonstrar lesão intestinal através da biópsia para confirmar o diagnóstico.

Foi então realizada endoscopia digestiva alta, com os seguintes achados: esofagite erosiva grau A indicativa de doença do refluxo; gastrite enantematosa antral, que não tem correlação com a clínica, e é então considerada normal; e duodeno serrilhado que significa uma área normal e outra com atrofia, que não é patognomônica, mas pode sugerir a doença celíaca. Agora a Dra. Maria Beatriz vai apresentar a patologia das biópsias realizadas.

**Maria Beatriz Shiozawa (patologia):** Vemos na biópsia duodenal do paciente uma inversão completa em relação ao padrão normal (relação de vilos-cripta de 4 a 5 para 1 - tamanho da vilosidade em relação à cripta). Vemos no nosso caso que a mucosa está quase completamente ocupada pela cripta e a vilosidade desapareceu, e isso é o que chamamos de aplainamento da mucosa. O patologista dirá que várias situações podem levar a esse padrão de atrofia da mucosa. Mas a primeira opção a ser pensada, em um paciente predisposto geneticamente que ingere glúten, é a doença celíaca.

Nesta doença um componente do glúten, a gliadina, penetra a mucosa e o paciente geneticamente predisposto (via HLA DQ2 e DQ8) apresentará os antígenos a linfócitos, desencadeando resposta imunológica com produção de anticorpos e liberação de mediadores inflamatórios. Então começa a acontecer uma agressão à mucosa duodenal desencadeada pela gliadina. Com a destruição da mucosa e diminuição das vilosidades, a cripta começa a sofrer hiperplasia em tentativa insuficiente de reparo, e o resultado é a atrofia da mucosa. Vemos na imagem que há um infiltrado inflamatório importante, e este é outro elemento

fundamental para o diagnóstico. O epitélio normal do duodeno teria esparsos linfócitos entre os enterócitos, enquanto na biópsia deste paciente há numerosos linfócitos (Figura 1a)

Nesse caso, o patologista dá como conclusão um diagnóstico descritivo: mucosa com alterações inflamatórias acentuadas, com atrofia vilositária e linfocitose intraepitelial. Os patologistas inclusive contam os linfócitos dentro do epitélio com base em uma proporção padrão de linfócito por enterócito (até 20% está dentro da normalidade; e na biópsia do paciente temos o dobro disso). Abaixo da descrição, o patologista acrescenta uma nota: a histologia é compatível com a doença celíaca, na dependência da correlação clínica-laboratorial. A patologia não é soberana nesses casos e não dará o diagnóstico definitivo, pois a inflamação no duodeno que vemos é inespecífica e dependerá da correlação clínica.

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** O caso é típico de doença celíaca pelo laboratório e pela biópsia, porém a clínica aqui não é a mais comum que esperamos na doença celíaca (que seria diarreia, dor abdominal, dispepsia, quadro disabsortivo, anemia crônica). No entanto, em 2001, um estudo observou que muitos pacientes com doença celíaca tinham elevação de aminotransferases com alterações inflamatórias mínimas na biópsia hepática (quadro chamado por alguns de hepatite celíaca, porém há controvérsias sobre o termo). A hipertensão portal idiopática associada a doença celíaca também é descrita. Isso explicaria o caso de nosso paciente.

**Lee I Ching (patologia):** Tenho um comentário em relação ao baço. Geralmente o paciente celíaco não tem esplenomegalia, e um ponto a lembrar é que as doenças autoimunes, de maneira geral, têm associação com linfoma e esse deve ser um diagnóstico diferencial neste caso.

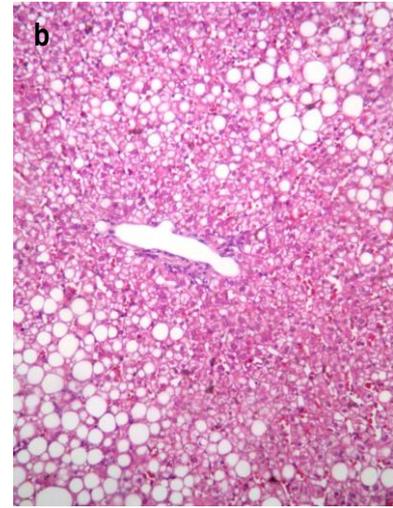
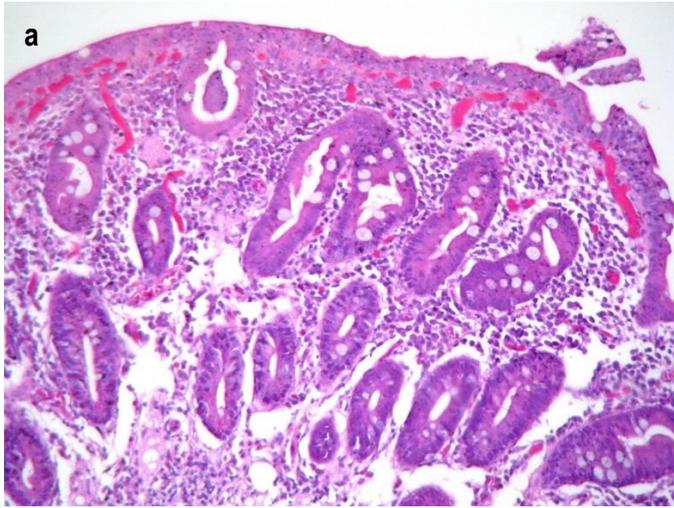
**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** De fato o baço pequeno é o mais esperado em doentes celíacos. Mas o nosso paciente realmente tem hipertensão portal, foi visto sua veia porta aumentada na ultra-sonografia, e isso justificaria o aumento de tamanho do órgão. Em princípio, então, apostamos no diagnóstico de hipertensão portal e esteatose associadas à doença

celíaca e prescrevemos a dieta sem glúten com observação atenta da evolução do caso a longo prazo.

Após seis meses de dieta e grande adesão por parte do paciente, as dosagens de aminotransferases foram realizadas e apresentaram redução (mas não completa normalização); os autoanticorpos foram negativados. Os movimentos anormais da face haviam desaparecido. Nova ultra-sonografia com doppler de controle mostrava redução parcial da esplenomegalia e do calibre da veia porta (mas não completa normalização) e ainda sinais de hepatopatia difusa. Nesse momento devemos lembrar que a doença celíaca também pode ser associada à hepatite autoimune bem definida. E no caso deste paciente, chamo a atenção para o fato de que ele apresentou autoanticorpos para hepatite autoimune tipo 1 positivos, em baixo título (um título mínimo para diagnóstico é 1/40 e o paciente tinha 1/40, além de FAN positivo 1/80 com padrão pontilhado fino). Ou seja, ele poderia ter uma hepatite autoimune de fato, associada à sua doença celíaca.

Assim, por não ter tido melhora completa com a dieta sem glúten, a hepatite autoimune voltou a ser uma possibilidade a ser considerada e optamos por realizar uma biópsia hepática.

**Maria Beatriz Shiozawa (patologia):** Podemos ver em pequeno aumento que a biópsia foi adequada, pois contém 18 espaços porta, e podemos ver que não há cirrose. A primeira avaliação que fazemos é arquitetural, localizamos o espaço porta e a veia centro lobular, uma imagem que se repete ao longo do fragmento, ou seja, mantém uma arquitetura lobular preservada. O que chama a atenção são os espaços claros que correspondem a gordura infiltrando o fígado e indicam a esteatose. Ainda percebemos na imagem que existe uma concentração menor em torno da região portal e periportal e uma concentração maior em torno na veia centro lobular. Nesse aumento, ainda não percebemos nada de fibrose, logo, na escala de gradação arquitetural atribuímos o valor "zero". Na coloração de tricrômio de Masson, que coraria em azul o que é tecido conjuntivo (fibrose), vemos um azul bem tênue que apenas aponta o tecido conjuntivo de sustentação do espaço porta. Então em termos arquiteturais tudo está bem preservado (Figura 1b).



**Figura 1.** a) *Biópsia duodenal com atrofia vilositária e linfocitose intraepitelial.* b) *Biópsia hepática com esteatose*

Nos espaços porta em maior aumento percebemos raros linfócitos, ducto preservado e o ramo da veia. E a camada de células na interface entre espaço porta e parênquima, que é fundamental na diferenciação de hepatite crônica, está aqui completamente limpa. Então na maior parte da biópsia, vimos arquitetura preservada, espaço porta sem alterações e vacúolos de gordura, indicando apenas esteatose importante sem outros indícios de doença crônica. Então, tudo foi interpretado como esteatose com predominância na região centro e mediolobular com grau de fibrose muito discreto centro lobular com vacúolos de células inflamatórias dentro do parênquima: a conclusão da biópsia foi esteatohepatite.

Esse padrão aconteceu quase em toda extensão da biópsia, porém dentre os dezoito espaços porta avaliados, havia um que apresentava infiltrado inflamatório exuberante. Isso destoa completamente do resto da biópsia. É um infiltrado inflamatório denso de mononucleares, com predomínio de linfócitos e quase nada de plasmócitos (sempre citados pois o plasmócito é um marcador de hepatite autoimune). Pode ser hepatite autoimune, mas não é o que se pensa em primeiro lugar, observado este infiltrado atípico e muito localizado. Na hepatite autoimune aparecem muitas lesões em torno do espaço porta. É preciso ser muito cauteloso em relação a essa biópsia, o que deve ser feito é um diagnóstico descritivo com uma nota dizendo não ser sugestivo de hepatite autoimune, mas também não sendo descartada essa possibilidade.

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** A hepatite autoimune pode ter essa apresentação de esteatohepatite, mas com presença mais maciça de células inflamatórias, principalmente plasmócitos. Não sabemos ainda com toda certeza o diagnóstico que este

paciente tem, mas estamos cobrindo as possibilidades. Se ainda pode ser hepatite autoimune, ele não tem um quadro grave e muito menos fibrose avançada. O tratamento de hepatite autoimune seria imunossupressão com prednisona e azatioprina - mas o paciente não tem infiltrado inflamatório importante, não tem aminotransferases duas vezes mais elevadas que a referência, não caracterizando hepatite claramente ativa que indique a necessidade atual de tratamento. Com isso temos tempo para não iniciar tratamento medicamentoso para esse ainda possível diagnóstico, e sim insistir na dieta sem glúten, controlar o peso do paciente e observar se com isso há melhora gradual do perfil hepático, que é o que ocorrerá se o diagnóstico for de doença celíaca apenas. No momento nosso tratamento está sem medicamento e apenas com a dieta. Nossa intenção é seguir acompanhando a evolução, inclusive repetindo a biópsia se persistir essa discreta elevação de transaminases.

**Esther Dantas (gastroenterologia):** Eu não faria diferente e esperaria também. Os próprios marcadores de autoimunidade hepática podem desaparecer também na hepatite autoimune quando ela está bem controlada, isso poderá ser acompanhado na evolução do caso.

**Lee I Ching (patologia):** Lembrando da associação de linfomas com doenças autoimunes, eu tentaria classificar se há alguma população de linfócitos que está predominando nesta biópsia. Também há a possibilidade de biopsiar a medula óssea.

**Fabício Neves (reumatologia):** Interessante recordar a semiologia, para nossos alunos da graduação. A queixa principal deste paciente que o levou à unidade de saúde era uma dorsalgia, ou lombalgia, à esquerda.

Muitos pacientes com dorsalgia/lombalgia são manejados cronicamente apenas com esse diagnóstico sintomático (e devem ser mesmo), mas o importante é ter o diagnóstico preciso, para saber se o paciente de fato é dos 90% dos casos que tem condições benignas e crônicas da coluna manejáveis na atenção primária ou se é dos 10% que tem uma doença específica causando a lombalgia, que exigem tratamento específico. Este paciente certamente devia ter na sua semiologia alguma característica que dizia que esta lombalgia não era comum, mecânica, que merecia uma investigação adicional.

Também queria comentar da minha intuição do caso. Eu acho que este paciente deve melhorar com a conduta conservadora. Talvez alguns lembrem da nossa última reunião, em que a reumatologia trouxe o caso de um paciente que tinha uma doença parecida com uma granulomatose com poliangeíte, inclusive com ANCA positivo, mas que era induzida pelo uso da cocaína. Hoje temos também um paciente que tem uma doença que lembra uma doença autoimune clássica - hepatite autoimune - mas ela está diferente: a biópsia não é muito compatível, as alterações são brandas e desorganizadas, os autoanticorpos em baixo título, e ele tem uma condição que é desencadeada por um agente externo do ambiente (no caso, a doença celíaca com o glúten desencadeando um processo imunológico). Eu acho que esse paciente tem a sua "pseudo" hepatite autoimune secundária a doença celíaca e, ficando sem glúten na dieta, ele vai melhorar gradualmente dessa "pseudo"hepatite autoimune - mas só a evolução do caso pode confirmar essa ideia.

## Referências

1. Sood A, Khurana MS, Mahajan R, et al. Prevalence and clinical significance of IgA anti-tissue transglutaminase antibodies in patients with chronic liver disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2017; 32: 446–50.
2. Green PHR, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med* 2007; 357:1731-1743
3. Rubio-Tapia A, Murray JA. The liver in celiac disease. *Hepatology* 2007; 46:1650-8.
4. Hagander B, Berg NO, Brandt L, Nordén A, Sjölund K, Stenstam M. Hepatic injury in adult celiac disease. *Lancet* 1977; 310: 270–2.

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** Esperamos que sim.

**Marcelino Vieira (clínica médica):** Se fosse intitular esse caso eu colocaria: "O caso do 18° espaço porta". É esse 18° espaço que não está permitindo ainda a definição do diagnóstico final.

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** E na patologia o diagnóstico da doença é geralmente dado pela máxima alteração encontrada.

**Marcelino Vieira (clínica médica):** Então concordo que ainda se deve considerar um linfoma T.

**Lee I Ching (patologia):** Mas mesmo nessa possibilidade, pensando que o linfoma T no celíaco é causado por um estímulo contínuo, se foi cortado o estímulo do glúten em uma fase inicial, o infiltrado T pode diminuir ou desaparecer.

**Janaina Schiavon (gastroenterologia):** A dificuldade maior do caso vai ser a humanidade desse jovem, ele se manter estável na dieta nos próximos 50 anos de vida e realmente não comer glúten, porque nessa humanidade, vocês sabem, todo mundo quer ser virtuoso mas é cheio de falhas e quedas, e da mesma forma ele se esforça em manter o tratamento ele é humano, e em algum momento eu acredito (mas espero estar errada), que ele volte a ingerir glúten e teremos novamente alguma exacerbação de autoimunidade a ser investigada novamente.

## Sobre o “Boletim do Curso de Medicina da UFSC”

### Submissões para publicação:

Preferencialmente online através do sistema Open Journals System. Acesso em: <http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina> (crie seu login e senha para acesso à revista através da página de cadastro, clicando em “Sobre” e em “Submissões”), ou por e-mail direto ao editor, com os arquivos em anexo.

### Diretrizes para Autores

Trabalhos enviados para publicação devem ser montados em arquivo .doc ou .docx, em língua portuguesa, com a seguinte estrutura:

Página de rosto: indicando a sessão em que pretende publicar o trabalho (veja detalhes das sessões em "Políticas de Sessão"), título, identificação dos autores em ordem de citação (nome completo, setor de trabalho, titulação e email de contato), endereço para correspondência do autor responsável pelos contatos.

A declaração de conflitos de interesse dos autores deve aparecer na folha de rosto e será publicada junto ao trabalho. Incluir fontes de apoio financeiro ao trabalho e citar se os autores possuem vinculação a empresas/coletivos/partidos que tenham interesse na divulgação das informações do trabalho.

Deve ser anexado um documento .pdf contendo o seguinte texto: "Declaração de concordância - os autores abaixo assinados declaram que concordam com a publicação do trabalho intitulado (escrever o título do trabalho) em "Boletim do Curso de Medicina da UFSC" e que aceitam as normas de publicação neste periódico. Os autores declaram os seguintes conflitos de interesse: (declarar ligação a empresas/coletivos/partidos/movimentos com interesse na divulgação das informações do trabalho). Cidade, data - Nome completo, e-mail e assinatura de todos os autores"

Segunda página (esta, em português e em inglês): Resumo com até 250 palavras (estruturado da mesma forma que o artigo), seguido de três a seis palavras-chave, separadas por ponto-e-vírgula, para indexação (baseadas no DECs - descritores em ciências da saúde)

Em seguida, o artigo (com o máximo de 3000 palavras). Se **artigo original**, estruturado em seções (Introdução, Objetivos, Método, Resultados, Discussão e Conclusões). Artigos de **revisão** podem ter estrutura Introdução, Método, Revisão e Conclusões. As seções "**artigos**", "**o que o residente lê**" e "**cartas**" tem estrutura livre e não exigem resumo. Na seção "infográfico", aceita-se o trabalho na forma de ilustração, que deve conter todas as informações relevantes, incluindo nomes dos autores e referências.

Trabalhos envolvendo pesquisa com seres humanos ou animais devem mencionar a aprovação no respectivo Comitê de Ética em Pesquisa. Ensaios clínicos devem mencionar o registro em órgão competente.

O artigo deve ser escrito em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço simples. As referências devem seguir a norma de Vancouver, conforme divulgadas nas orientações para o Trabalho de Conclusão de Curso da Medicina (<http://www.medicina.ufsc.br/files/2011/11/NORMAS-TCC-MEDUFSC-2011.pdf>) e nas orientações de normatização de trabalhos acadêmicos da Biblioteca Universitária (<http://portal.bu.ufsc.br/normalizacao/>), sendo numeradas ao longo do texto em algarismos arábicos sobrescritos.

Figuras e tabelas devem seguir as mesmas normas do TCC da medicina (<http://www.medicina.ufsc.br/files/2011/11/NORMAS-TCC-MEDUFSC-2011.pdf>). Tabelas podem ser incorporadas no mesmo arquivo do texto; figuras podem ser incorporadas no texto, mas também devem ser encaminhadas como "arquivo suplementar".