

REVISTA GOIANA DE MEDICINA



Órgão Oficial da Associação Médica de Goiás, Faculdade de
Medicina da UFG e Academia Goiana de Medicina

Número 54 • Outubro de 2018

ISSN: 00349585

O PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM
PSORÍASE EM UM HOSPITAL ESCOLA

PACIENTES DO PLANTÃO DE OFTALMOLOGIA EM
UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM GOIÂNIA

SOROPREVALÊNCIA PARA HIV NA URGÊNCIA OBSTÉTRICA

PAPILOMAVIRUS HUMANO E CÂNCER DE PÊNIS

SLING URETRAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

DOENÇA DE KIENBÖCK COM VARIÂNCIA
CUBITAL NEUTRA: RELATO DE CASO



SEJA UM ASSOCIADO E CONTRIBUA PARA O FORTALECIMENTO DA MEDICINA EM GOIÁS!

- *Participação em atividades culturais* •
- *Defesa profissional da classe médica* •
- *Orientação jurídica* •

Atualize seu cadastro pelo site **amg.org.br**

Sede provisória:
Avenida Portugal, Nº 1052 - Setor Marista
Goiânia - GO / CEP: 74150-030

(62) 3285-6111
comunicacao@amg.org.br

CIP - Brasil - Catalogação na Fonte
BIBLIOTECA PÚBLICA ESTADUAL PIO VARGAS

REV Revista goiana de medicina. / Nilzio Antônio da Silva (orgs). -
N. 54 (2018) - Goiânia: Conexão Soluções Corporativas, 2018.

32p. : il. (Publicação semestral)
ISSN: 0034-9585

1. Medicina. 2 Clínica Médica. 3. Clínica Cirúrgica. I. Título.

CDU: 617: (051)

DIREITOS RESERVADOS – É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio sem a autorização prévia e por escrito do autor. A violação dos Direitos Autorais (Lei n.º 610/98) é crime estabelecido pelo artigo 48 do Código Penal.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil
2018

EXPEDIENTE

Revista Goiana de Medicina

Órgão oficial de divulgação da Associação Médica de Goiás, Academia Goiana de Medicina e Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Distribuição: dirigida e gratuita à classe médica de Goiás e do Brasil.

Editores - Chefes

Antônio Fernando Carneiro
Nilzio Antônio da Silva
Waldemar Naves do Amaral

Editor Emérito

Hélio Moreira

Homenagem Editorial Póstuma

Joffre Marcondes de Rezende

Presidente da Associação Médica de Goiás

José Umberto Vaz de Siqueira

Presidente da Academia Goiana de Medicina

Nilzio Antônio da Silva

Diretor da Faculdade de Medicina da UFG

Antônio Fernando Carneiro

Corpo Editorial

Alexandro Ostermaier Lucchetti
Anís Rassi
Anís Rassi Júnior
Celmo Celso Porto
Frederico Barra de Moraes
Heitor Rosa
Juarez Antônio de Souza
Marcelo Fouad Rabahi
Marcos Pereira de Ávila
Maria Auxiliadora do Carmo
Mário Aprobato
Mariza Martins Avelino
Rui Gilberto Ferreira
Salvador Rassi
Sandro da S. Reginaldo

Todos os direitos reservados e protegidos pela lei 9610 (09/02/98). Nenhuma parte poderá ser reproduzida sem autorização prévia, por escrito, da Associação Médica de Goiás, Academia Goiana de Medicina e Faculdade de Medicina da UFG, sejam quais forem os meios empregados.



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A revista aceitará material original para publicação no campo relacionado à medicina feita em Goiás. A revista publicará:

1. Artigos originais completos sejam prospectivos ou retrospectivos, experimentais.
2. Relatos de casos de grande interesse desde que bem documentados clínica e laboratorialmente.
3. Números especiais como coletâneas de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros, anais e suplementos com trabalhos versando sobre tema de grande interesse.
4. Artigos de revisão, inclusive meta-análises e comentários editoriais, a convite, quando solicitados a membros do conselho editorial.
5. Comunicação breve. Abordará um aspecto ou detalhe específico de um tema. Deve incluir resumo com no máximo 250 palavras, e três a cinco palavras-chave. O texto não necessita de subdivisões, devendo ter até 2.500 palavras, incluídas as referências e excluídas as do título, resumo, tabelas e legendas. Pode ter até 3 figuras ou tabelas e até 25 referências.

A revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.

PROCESSAMENTO

Todo material enviado será analisado pelo Corpo Editorial da revista. Os artigos que não preencherem as normas editoriais serão rejeitados neste estágio. Aqueles que estiverem de acordo serão enviados a dois revisores indicados pelos editores e poderão ser sugeridas modificações.

DIREITOS AUTORAIS (COPYRIGHT)

É uma condição de publicação em que os autores transferem os direitos autorais de seus artigos à Revista Goiana de Medicina. Todos os artigos deverão ser enviados com uma carta de encaminhamento assinada por todos os autores relatando que o trabalho para publicação é original e que não foi enviado para análise ou publicado em outras revistas, no todo ou parcialmente. Na carta ainda deve estar explícito que os autores transferem os direitos autorais para a Revista Goiana de Medicina e concordam com as normas editoriais. A transferência dos direitos autorais à revista não afeta os direitos de patente ou acordos relacionado aos autores. As figuras, fotos ou tabelas de outras publicações podem ser reproduzidas desde que autorizadas pelo proprietário. A autorização escrita deve ser enviada junto com manuscrito.

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

O conteúdo intelectual dos manuscritos é de total responsabilidade de seus autores. O Corpo Editorial não assumirá qualquer responsabilidade sobre as opiniões ou afirmações dos autores. Todo esforço será feito pelo Corpo Editorial para evitar dados incorretos ou imprecisos. O número de autores deve ser limitado em seis.

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os autores enviarão cópia do manuscrito juntamente com figuras, fotos ou tabelas originais. O manuscrito deve identificar um autor como correspondente para onde serão enviadas as notificações da revista. Deverá conter o endereço completo, telefone, fax e e-mail desta pessoa. Os trabalhos devem ser enviados em carta registrada ou por meio eletrônico no email comunicacao@amg.org.br.

APRESENTAÇÃO

Os manuscritos devem ser digitados em espaço duplo em um só lado da folha de papel A4. Os artigos originais devem conter os seguintes tópicos: Título (português e inglês), resumo (português e inglês), introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página. Os relatos de casos devem ser estruturados em: introdução, relato de caso, discussão e referências. A primeira página deve incluir: título, nome completo dos autores e vínculo institucional, títulos (não

mais que 20 palavras), palavras-chaves (5-8 palavras) e o endereço para correspondência. A segunda página deve conter o título do manuscrito no cabeçalho e cuidado deve ser tomado no restante do texto para que o serviço ou os autores não possa ser identificado (suprimi-los).

RESUMO

O resumo dos artigos originais deve ser dividido em seções contendo informações que permita ao leitor ter uma ideia geral do artigo, sendo divididos nos seguintes tópicos: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Não deve exceder 250 palavras. O resumo dos relatos de casos deve ser em um único parágrafo. Uma versão em inglês do resumo e das palavras-chaves deve ser fornecido.

ESTILO

As abreviaturas devem ser em letras maiúsculas e não utilizar ponto após as letras, ex: US e não U.S.. As análises estatísticas devem ser pormenorizadas no tópico referente aos métodos. O uso de rodapé não será permitido, exceto em tabelas. O Corpo Editorial reserva o direito de alterar os manuscritos sempre que necessário para adaptá-los ao estilo bibliográfico da revista.

LITERATURA CITADA

As referências devem ser numeradas consecutivamente à medida que aparecem no texto e depois nas figuras e tabelas se necessárias, citadas em numeral sobrescrito, ex: "Trabalho recente sobre o efeito do ultrassom 22 mostra que....". Todas as referências devem ser citadas no fim do artigo seguindo as informações abaixo:

1. et al. Não é usado. Todos os autores do artigo devem ser citados.
2. As abreviações dos jornais médicos devem seguir o formato do Index Medicus.
3. Trabalhos não publicados, artigos em preparação ou comunicações pessoais não devem ser usadas como referências. Quando absolutamente necessárias, somente citá-las no texto.
4. Não usar artigos de acesso difícil ou restrito aos leitores, selecionando os mais relevantes ou recentes. Nos artigos originais o número de referência deve ser limitado em 25 e os relatos de casos e cartas em 10.
5. A exatidão dos dados da referência é de responsabilidade dos autores.

As referências devem seguir o estilo Vancouver como nos exemplos abaixo:

Artigos de periódicos: Cook CM, Ellwood DA. A longitudinal study of the cervix in pregnancy using transvaginal ultrasound. Br J Obstet Gynaecol 1966; 103:16-8.

In press: Wyon DP. Thermal comfort during surgical operations. J Hyg Camb 20-; in press (colocar o ano atual).

Capítulo em livro editado: Speroff L, Glass RH, Kase NG. In Mitchell C, ed. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1994:1-967.

ILUSTRAÇÕES

O uso de símbolos nas ilustrações devem ser consistentes com os utilizados no texto. Todas as ilustrações devem ser identificadas no verso com o nome do autor principal e número da figura. Se a orientação da figura não é óbvia, favor identificá-la no verso. As legendas das ilustrações devem ser digitadas em páginas separadas. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto do manuscrito e numeradas de acordo com aparecimento, ex: figura 3.

TABELAS

As tabelas devem ser digitadas em páginas separadas e os seguintes símbolos devem ser usados no rodapé: *, †, ‡, §. Todas as tabelas devem ser citadas no texto.

06

O PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM PSORÍASE EM UM HOSPITAL ESCOLA

LANA BEZERRA FERNANDES, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

11

PACIENTES DO PLANTÃO DE OFTALMOLOGIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM GOIÂNIA

RODRIGO MACIOCA MORATO, ANNA VICTÓRIA PORFÍRIO RAMOS CAIADO, CAMILLA DE MAGALHÃES NARDELLI SILVA, JOÃO JORGE NASSARALLA JUNIOR

15

SOROPREVALÊNCIA PARA HIV NA URGÊNCIA OBSTÉTRICA

MARIA LAURA DE ALMEIDA PORTO, FELIPE DE ALMEIDA PORTO, BRUNA ABREU RAMOS, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA, FELIPE BUFAIÇAL RASSI, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

18

PAPILOMAVIRUS HUMANO E CÂNCER DE PÊNIS

RUI GILBERTO FERREIRA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL, SARAH HASIMYAN FERREIRA, MEGMAR APARECIDA DOS SANTOS CARNEIRO, HELEN DA SILVA CINTRA DE PAULA, LYRIANE APOLINÁRIO DE ARAÚJO, ADRIANO AUGUSTO PECLAT DE PAULA, VERA APARECIDA SADDI

22

SLING URETRAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

VALDIVINA ETERNA FALONE, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA, WINSTON ROQUE DA SILVA, JUSCELIA RODRIGUES TELES, LORENA TASSARA QUIRINO VIEIRA, FELIPE BUFAIÇAL RASSI, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

27

DOENÇA DE KIENBÖCK COM VARIÂNCIA CUBITAL NEUTRA: RELATO DE CASO

MILENE LACERDA MACEDO FALCÃO HORA, THIAGO FALCÃO HORA, VERÔNICA BELLONI, ADRIANE ALBUQUERQUE E SILVA MESSIAS, FREDERICO BARRA DE MORAES, FABIANO INÁCIO DE SOUZA

O PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM PSORÍASE EM UM HOSPITAL ESCOLA

THE CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH PSORIASIS IN A SCHOOL HOSPITAL

LANA BEZERRA FERNANDES¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL²

RESUMO

Introdução: A psoríase é uma das doenças inflamatórias dermatológicas mais comuns, com uma prevalência estimada de 2 a 3%. Esta doença tem um caráter crônico, com manifestações envolvendo a pele, as unhas e as articulações. **Objetivo:** Determinar o perfil clínico dos pacientes com psoríase (Pso) e artrite psoriática (APso) atendidos em ambulatório de psoríase em hospital escola. **Métodos:** Estudo tipo caso controle realizado no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016. Foi realizado em 144 pacientes com Pso e/ou APso e 24 controles saudáveis. **Resultados e Conclusão:** O estudo incluiu 144 pacientes com Pso e/ou APso. No grupo caso a idade média foi de 50,13 anos, IMC de 28,14; duração da doença de 16 anos; PASI médio de 5,34; PEST de 2 e DLQI de 4,39. Do total 90,3% dos pacientes apresentaram Pso cutânea; 39,8% APso já diagnosticada e 77,8% com sinais de entesite ao US. O perfil clínico dos pacientes com Pso e/ou APso subclínica e clínica foram mulheres, com sobrepeso, de idade média de 50,13 anos, com duração da doença superior a 15 anos, com doença controlada e tratada com medicamentos tópicos e metotrexate, com fator reumatoide negativo, com quadro clínico de psoríase cutânea e 39,8% tinham o diagnóstico de artrite psoriática.

DESCRITORES: PSORÍASE, PERFIL CLÍNICO, DERMATOLOGIA.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is one of the most common dermatological inflammatory diseases, with an estimated prevalence of 2 to 3%. This disease has a chronic character with manifestations, involving the skin, nails and joints. **Objective:** To determine the clinical profile of patients with psoriasis (Pso) and psoriatic arthritis (PSO) treated at a psoriasis outpatient clinic in a school hospital. **Methods:** A case control study conducted in the period from December 2015 to December 2016. It was performed in 144 patients with Pso and / or APso and 24 healthy controls. **Results and Conclusions:** The study included 144 patients with Pso and / or APso. In the case group the mean age was 50.13 years, BMI of 28.14; duration of illness of 16 years; Mean PASI of 5.34; PEST ratio of 2 and DLQI of 4.39. Of the total 90.3% of the patients presented cutaneous Pso; 39.8% APso already diagnosed and 77.8% with signs of enthesitis to the US. The clinical profile of patients with Pso and / or subclinical and clinical APso were overweight, with a mean age of 50.13 years, with a disease duration of more than 15 years, with controlled disease and treated with topical and methotrexate, with negative rheumatoid factor, with a clinical picture of cutaneous psoriasis and 39.8% had a diagnosis of psoriatic arthritis.

KEYWORDS: PSORIASIS, CLINICAL PROFILE, DERMATOLOGY.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma das doenças inflamatórias dermatológicas mais comuns, com uma prevalência estimada de 2 a 3%. Esta doença tem um caráter crônico e é determinada por uma resposta imune anormal, da qual resultam diversas manifestações, envolvendo predominantemente a pele, as unhas e as articulações^{1,2}.

Apesar de sua etiologia desconhecida, sabe-se que a predisposição genética, juntamente com fatores ambientais, influencia tanto na ocorrência quanto na severidade da psoríase^{1,3}.

Nos casos com artrite, esta é precedida pela doença da pele em 75% dos casos. Em 15% ela é posterior, e em 10% o quadro cutâneo e articular são simultâneos. Em geral, o envolvimento cutâneo aparece por volta dos 15–35 anos

1 - Médica Dermatologista; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.
2 - Professor Livre-Docente Doutor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

de idade, enquanto o quadro articular usualmente aparece duas décadas após. No entanto, a APso é bastante polimórfica, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, adultos e crianças, apesar do pico de incidência ser por volta dos 40 e 50 anos de idade, com frequência semelhante em ambos sexos, não obstante a forma espondilítica afetar três a cinco vezes mais homens^{3,4}.

Ao contrário do que se considerava anteriormente, a artrite psoriática (APso) não é somente uma forma leve de artrite, mas pode levar a alterações crônicas nas articulações com perda de função, diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade. Cerca de 20% dos casos de APso apresentam uma forma severa e debilitante da doença^{1,5}.

Em alguns pacientes observa-se um aumento da prevalência de doença cardiovascular, que está entre as causas de morte mais comuns assim como dos seus fatores de risco e doenças respiratórias^{1,2}. Os potenciais contribuidores para a doença cardiovascular prematura incluem aterogênese induzida pelo estado inflamatório e síndrome metabólica, com os seus componentes que inclui dislipidemia, obesidade, hipertensão e resistência à insulina^{1,6}. Existe aumento do risco de mortalidade que está relacionado com doença ativa e a sua gravidade. O risco de morte prematura relaciona-se com doença ativa e severa, presença de erosões, a dose de medicação e uma taxa velocidade de sedimentação (VHS) elevada quando é feito o diagnóstico. Severidade da APso na altura de apresentação da doença é um preditor de mortalidade^{1,3,7}.

Portanto é provável haver relação entre a psoríase, alterações metabólicas e artrite com maior morbimortalidade e hospitalização dos pacientes afetados, realçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na condução do paciente com psoríase, no que se refere, principalmente, ao risco de acometimento articular. Este estudo clínico realizado e de mais outros estudos prospectivos que estão por vir, permitirão melhor conhecimento das relações de causa e efeito da psoríase na qualidade de vida e sua melhor condução.

MÉTODOS

Foram avaliados 144 pacientes com psoríase, incluindo-se homens e mulheres com idade entre 18 e 76 anos, durante o ano de 2016. Essa pesquisa caracterizou-se como uma análise estatística descritiva e prospectiva, com delineamento transversal. A entrevista baseou-se em um protocolo composto por perguntas simples e de fácil compreensão, contendo uma parte inicial com perguntas relacionadas ao paciente e pesquisa ao prontuário acerca dos aspectos relativos a fatores associados com a doença em estudo e exame clínico detalhado.

Os pacientes foram submetidos à avaliação dermatológica e ultrassonográfica no Ambulatório de Dermatologia, na qual

foram analisados segundo os critérios ultrassonográficos de MASEI (Madrid Sonographic Enthesis Index) que combina estudo da escala de cinza e achados ao power Doppler de membros inferiores (tendões: quadrícipital, patelar proximal e distal, calcâneo, fásia plantar) e membro superior (tendão tricipital); e aspectos da apresentação clínica da psoríase, tais como tempo de doença, forma, extensão e localizações das lesões e ferramentas de classificação. A pesquisa foi aprovada no Comitê de ética em pesquisa sob o número CAAE: 89054418800005078.

RESULTADOS

O estudo incluiu 144 pacientes portadores de psoríase e/ou artrite psoriática (83 mulheres e 61 homens) e a idade variou de 18 anos a 76 anos (média 50,13 anos; DP:13,62 anos), IMC de 28,14 (43,05% apresentavam sobrepeso), PASI médio foi de 5,34 (sendo que apenas 13,19% tinham PASI ≥ 10 , considerado doença grave). PEST apresentou média de 2, sendo que 36,11% apresentaram valor $>$ ou igual a 3.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes portadores de psoríase e artrite psoriática nos grupos caso e controle segundo as características clínico-diagnósticas, atendidos no Ambulatório de psoríase no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CASO (N = 144)	CONTROLE (N=24)	P
Idade (média/ DP) anos	50,13 (13,62)	46,17 (14,30)	0,192
Sexo (n/%)			0,451
Homens	61 (42,4)	10 (41,7)	
Mulheres	83 (57,6)	29,0 (68)	
IMC (média/DP)	28,14 (5,44)	27,44 (6,77)	0,574
25 a <30 (n/%)	62 (43,05)	10 (41,66)	
>30 (n/%)	23 (15,97)	3 (12,5)	
PASI (média/DP)	5,34 (6,03)	N/A	N/A
<10 (n/ %)	125 (86,81)		
≥ 10 (n/ %)	19 (13,19)		
PEST (média/DP)	2,21 (1,66)	N/A	N/A
≥ 3 (n/ %)	52 (36,11)		
DLQI (média/DP)	4,39 (5,16)	N/A	N/A
≥ 10 (n/ %)	22 (15,27)		
CASPAR(média/DP)	4,31 (1,05)	N/A	N/A
≥ 3 (n/%)	120 (83,33)		
Duração dos Sintomas (média/DP)	16,67 (12,29)	N/A	N/A

Teste: t student (IMC- Índice de Massa Corpórea; PASI- Índice de Gravidade da Psoríase por Área; PEST- Ferramenta de triagem de epidemiologia da psoríase; DLQI-Índice Dermatológico de Qualidade de Vida; CASPAR- Critérios de classificação para artrite psoriática; N/A- não aplicado; DP: desvio padrão).

O DLQI médio foi de 4,39 (sendo que apenas 15,27% apresentaram $DLQI > 10$, sendo considerado nestes valores doença grave com uma perda importante na qualidade de vida). Uma pontuação CASPAR de 3 ou mais indica elevado risco de APso com sensibilidade de 92% e especificidade de 78%. E o CASPAR médio foi de 4,31 (sendo que 83,33% tinham valores com ao menos três desses elementos: psoríase atual, história de psoríase ou história familiar de psoríase, dactilite, formação óssea justa-articular (mãos e pés), FR negativo e distrofia psoriática ungueal. A duração média da doença foi de 16 anos, maioria apresentava um quadro de psoríase/artrite de longa evolução.

As características clínicas do grupo caso e grupo controle quanto a idade e ao IMC foram semelhantes ($p > 0,005$). Todos os pacientes em estudo não estavam tomando anti-inflamatórios não-esteroidais e corticoides nas últimas 48 horas e não apresentaram traumas prévios nos locais examinados.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes portadores de psoríase e artrite psoriática nos grupos caso e controle segundo número e percentagem das características clínicas, atendidos no Ambulatório de psoríase no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016.

CARACTERÍSTICA	CASO (N = 144)	CONTROLE (N=24)	P
FR*	6 (4,2)	— (0,0)	0,319
Artrite psoriática	56 (39,8)	— (0,0)	< 0,001
Entesite**	112 (77,8)	8 (35,4)	< 0,001
Psoríase cutânea	130 (90,3)	— (0,0)	< 0,001
Psoríase ungueal***	94 (65,3)	— (0,0)	< 0,001

Teste: Qui Quadrado (*FR: Fator Reumatoide, **entesite: inflamação de entese vista ao ultrassom, ***Sinais clínicos visíveis de alterações ungueais em algum dos 20 dedos de mãos e pés).

A grande maioria (95,8%) dos pacientes do grupo caso apresentaram FR negativos; 90,3% do grupo caso tinha quadro clínico de psoríase cutânea, podendo ser um quadro leve a grave; 39,8% tinham o diagnóstico de artrite psoriática realizado pela equipe de reumatologia, mas 77,8% destes pacientes apresentaram ao exame ultrassonográfico sinais de entesite, segundo critérios de MASEI e 65,3% com sinais clínicos de psoríase ungueal, tais como pittings, onicólise, hiperqueratose ungueal... em qualquer uma das unhas dos 20 dedos de mãos e pés direito e esquerdo. No grupo controle; 35,4% dos 24 pacientes apresentaram algum tipo de entesopatia nas estruturas avaliadas ao US, seja no espessamento, presença de algum tipo de calcificação até na presença vascularização ao ultrassom (Tabela 2).

Dos 144 pacientes no estudo, 100 deles (69,4%) apresentaram tratamento com tópicos (hidratantes, corticoides, calcipotriol), seguido por metotrexate, 58 pacientes (40,3%); acitretina, 11 pacientes (7,6%); fototerapia Narrow Band UVB, 6 pacientes (4,2%) e por último ciclosporina, 2 pacientes (1,4%) (Gráfico 1).

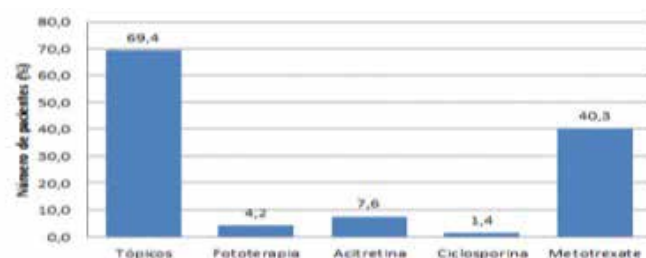


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes do grupo caso portadores de psoríase e artrite psoriática de acordo com tipo de tratamento adotado no momento do estudo, atendidos no Ambulatório de psoríase no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016.

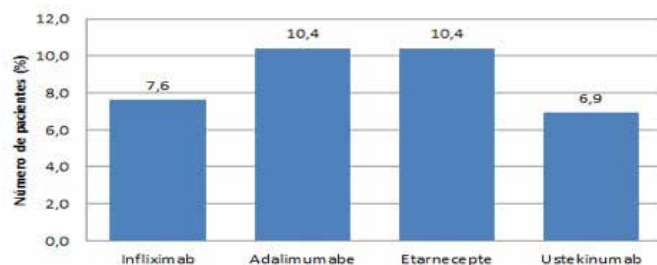


Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes do grupo caso portadores de psoríase e artrite psoriática de acordo com tipo de tratamento biológico adotado no momento do estudo, atendidos no Ambulatório de psoríase no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016.

Dos 144 pacientes avaliados, tivemos 51 (35,41%) pacientes com os seguintes tratamentos biológicos: 15 casos com Adalimumabe (10,4%), 15 casos com Etanercepte (10,4%), 11 casos com Infliximabe (7,6%) e 10 casos com Ustekinumabe (Gráfico 2).

DISCUSSÃO

No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a psoríase se manifesta em cerca de 2,5% da população geral³. Sabe-se ainda que fatores culturais, sociodemográficos e ambientais podem ter impacto na incidência ou no curso clínico da doença². Na casuística estudada, 57,8% dos pacientes eram mulheres, sendo que a média de idade foi de 50,13 anos. Essa maior prevalência no sexo feminino, principalmente em faixa etária acima dos 50 anos, já foi observada em outros estudos⁸. Entretanto, não há diferenças morfológicas comprovadas na ocorrência desta dermatose entre os sexos⁹.

A adiposidade e o ganho de peso vêm sendo associados ao maior risco de psoríase e à maior gravidade do quadro instalado^{1,6}. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade afeta 35% da população. O Ministério da Saúde divulgou uma pesquisa que revela que quase metade da população brasileira está acima do peso. Segundo o estudo, 42,7% da população estava acima do peso no ano de 2006. Em 2011, esse número passou para 48,5%¹⁰. E os dados apresentados no nosso estudo foram que; 43,05% apresentaram

sobrepeso e 15,97% obesidade, sendo que no total quase 60% da população do estudo estavam acima do peso.

A grande maioria dos casos de obesidade envolve, do ponto de vista genético, herança poligênica. Os genes da leptina e da pró-opiomelanocortina (POMC) são considerados dois dos mais importantes¹¹. Em resumo, a obesidade poderia participar no desencadeamento da psoríase, baseado no estado pró-inflamatório que provoca, ou poderia ser consequência da psoríase, decorrente de desregulações metabólicas, induzidas pelo estado pró-inflamatório, somado ao prejuízo na qualidade de vida e hábitos alimentares do portador desta doença¹².

O questionário PEST (Psoriatic Epidemiology Screening Tool) contém cinco perguntas sobre dor articular e a imagem de um manequim para os pacientes indicarem as áreas de dor, cuja pontuação de 3 ou mais indica elevado risco de APso com sensibilidade de 92% e especificidade de 78%⁶. No nosso estudo o PEST médio foi de 2,21. O PASI (Psoriasis Area and Severity Index) utiliza parâmetros clínicos, tais quais: a intensidade do eritema, a infiltração e a descamação presentes nas lesões, e os parâmetros de área corporal acometida. A maioria das publicações define o PASI igual ou superior a 10 como critério para rotular de moderado a grave o quadro clínico da psoríase³. Nosso PASI médio foi de 5,34. E o DLQI (Dermatology Life Quality Index) é um questionário relacionado às experiências vivenciadas pelo paciente, na semana precedente, os escores podem se situar entre os valores de 0 a 30, e escores maiores de 10 traduzem maior grau de incapacidade. O DLQI é um questionário autoaplicável, para doenças dermatológicas quanto maior o valor, maior é a repercussão de ordem psicológica, social, escolar ou profissional da enfermidade no paciente, portanto, maior o grau de comprometimento de sua qualidade de vida³. O DLQI médio do estudo foi de 4,39.

Portanto tais ferramentas permitiram observar uma população portadora de psoríase crônica controlada e em tratamento, pouco sintomática do ponto de vista cutâneo e articular e com possível adaptação do paciente a sua enfermidade e limitado acesso às atividades sócio-culturais desta população, o que reproduziu um DLQI baixo com pouca repercussão em sua qualidade de vida.

E CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) é uma ferramenta de classificação de doença inflamatória articular que incluem características dermatológicas, clínicas e radiológicas e exibem sensibilidade de 0,96 e especificidade de 0,97⁶. E o CASPAR do nosso estudo foi de 4,31, mostrando que a maioria da população apresenta sinais de artrite psoriática, apesar de estarem sob controle clínico.

O significado da duração da doença dermatológica no risco de desenvolvimento de APso não está completamente definido. Sugere-se que quanto mais tempo um paciente tem

psoríase, mais provável é o surgimento da APso, pois acreditam-se tratar de duas entidades distintas que compartilham bases genéticas e fatores ambientais³. A duração média da doença foi de 16,67 anos, o que poderia justificar a presença majoritária de sinais de entesite e artrite na população em estudo.

A artrite psoriática foi clinicamente diagnosticada em nosso estudo em 39,8% dos pacientes, embora variável de acordo com o país e raça, acredita-se que entre 5% a 40% das pessoas que têm psoríase venham a desenvolver APso¹³. A entesite diagnosticada pela ultrassonografia (US) foi vista em 77,8% destes pacientes e 35,4% dos 24 pacientes controle apresentaram algum tipo de entesopatia nas estruturas avaliadas, uma possível explicação seria relacionada a fatores mecânicos e anatômicos locais segundo os estudos^{14,15}.

Achados anormais ao US com pelo menos uma entesite foram observados em 98% dos pacientes portadores de APso e 52% no grupo controle, segundo estudos de D'Agostino e colaboradores⁷. No nosso estudo dos 144 pacientes avaliados, 38% apresentaram quadro de entesite subclínica ao US. Dados semelhantes no estudo De Filippis e col.¹⁶, em que encontraram anormalidades nas ênteses em 33% dos pacientes com Pso, nenhuma delas com qualquer repercussão clínica.

A psoríase ungueal foi vista em 65,3% dos pacientes. Embora considerada parte do sistema tegumentar, de fato, a unha está funcionalmente integrada a êntese. A presença de lesões ungueais são preditores para futuro desenvolvimento de APso¹⁷.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos pacientes portadores de psoríase e/ou artrite psoriática subclínica e clínica são mulheres, com sobrepeso, de idade média de 50,13 anos, apresentando duração da doença superior a 15 anos, com doença controlada e tratada com medicamentos tópicos e metotrexate, a grande maioria dos pacientes apresentaram fator reumatoide negativo, com quadro de psoríase cutânea controlada e 39,8% tinha o diagnóstico de artrite psoriática e com pequena perda da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB, Lebwohl M, Koo JY, Elmets CA, Korman NJ, Beutner KR, Bhushan R. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Am Dermatology*, 2009;60(4): 643–59.
2. Lima XT, Minnillo R, Spencer JM, Kimball AB. Psoriasis prevalence among the 2009. AAD National Melanoma/Skin Cancer Screening Program participants. *J Eur Acad Dermatology Venereol*, 2013;27(6):680-5.
3. Consenso Brasileiro de Psoríase. Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2012.
4. Coates LC, Anderson RR, Fitzgerald O, Gottlieb AB, Kelly SG, Lubrano E, McGonagle DG, Olivieri I, Ritchlin CT, Tan AL, De Vlam K, Helliwell PS. Clues to the pathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis from imaging: a literature review. *J Rheumatol*, 2008;35(7):1438-42.
5. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Dermatol Ther*, 2009;22(1):40-55.

6. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.*, 2007;56(1):699-700.
7. D'Agostino MA. Ultrasound imaging in spondyloarthropathies. *Best Pract Res Clin Rheumatol.*, 2010;24(5):693-700.
8. Geldand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Kist J, Rolstad T, Margolis DJ. The prevalence of psoriasis in africanamericans: results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol.*, 2005;52(1): 23-6.
9. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol.*, 2007;25(1): 535-46.
10. Vigil Brasil 2011, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
11. Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesity and the skin: physiology and skin manifestations of obesity. *J Am Acad Dermatol.*, 2007;56(1): 901-16.
12. Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A, Giannetti A, Girolomoni G. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol.*, 2007;157(1):68-73.
13. Sampaio-Barros PD, Azevedo VF, Bonfiglioli R, Campos WR, Carneiro SCS, Carvalho MAP, Gonçalves CR, Hilário MO, Keiserman MW, Leite NH, Mallmann K, Meirelles ES, Vieira WP, Ximenes AC. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Outras Espondiloartropatias Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão. *Rev Bras Reumatol.*, 2007;47(4):243-50.
14. Gutierrez M, Filippucci E, De Angelis R, Filosa G, Kane D, Grassi W. A sonographic spectrum of psoriatic arthritis: "the five targets". *Clin Rheumatol.*, 2010;29(1):133-42.
15. Gisondi P, Tinazzi I, El-Dalati G, Gallo M, Biasi D, Barbara LM, Girolomoni G. Lower limb enthesopathy in patients with psoriasis without clinical signs of arthropathy: a hospital-based case-control study. *Ann Rheum Dis.*, 2011;67(1):26–30.
16. Filippis LG, Caliri A, LoGullo R, Bartolone S, Miceli G, Cannavò SP, Borgia F, Basile G, Aloisi G, Zimbaro G, Scribano E, Bagnato GF. Ultrasonography in the early diagnosis of psoriasis-associated enthesopathy. *Int J Tissue React.*, 2005;27(1):159-62.
17. Ash ZR, Tinazzi I, Gallego CC, Kwok C, Wilson C, Goodfield M, Gisondi P, Tan AL, Marzo-Ortega H, Emery P, Wakefield RJ, McGonagle DG, Aydin SZ. Psoriasis patients with nail disease have a greater magnitude of underlying systemic subclinical enthesopathy than those with normal nails. *Ann Rheum Dis.*, 2012;71(4): 553-6.

PACIENTES DO PLANTÃO DE OFTALMOLOGIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM GOIÂNIA

PATIENTS OF OPHTHALMOLOGIC EMERGENCY IN A REFERENCE SERVICE IN GOIANIA

RODRIGO MACIOCA MORATO¹, ANNA VICTÓRIA PORFÍRIO RAMOS CAIADO¹,
CAMILA DE MAGALHÃES NARDELLI SILVA¹, JOÃO JORGE NASSARALLA JUNIOR²

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar aspectos demográficos e clínicos dos pacientes que procuram os serviços oftalmológicos de urgência, a fim de contribuir com o mapeamento da problemática e, assim, nortear políticas preventivas e tratamentos futuros. **MÉTODOS:** Estudo transversal em que foram coletados os dados dos pacientes atendidos no PA do IOG entre os dias primeiro de maio de 2017 a 03 de setembro de 2017, totalizando 126 dias corridos. Foram coletados os seguintes dados dos prontuários dos pacientes: idade, sexo, hipótese diagnóstica, necessidade de retorno no plantão e/ou no especialista e se o paciente foi encaminhado para algum procedimento ou para avaliação em centro cirúrgico. O critério de inclusão foi todos aqueles pacientes que se submeteram ao atendimento inicial realizado por Residente de Primeiro Ano (R1) em Oftalmologia no IOG, os quais deram entrada no período acima descrito e que tiveram todos os dados preenchidos, tanto na tabela do trabalho quanto no prontuário do hospital. **RESULTADOS:** Dos 1.062 pacientes atendidos no plantão nesses dias, 783 foram atendidos pelos R1. Dentre os 783 pacientes atendidos, 302 tiveram conjuntivite, 86 hordéolos, 78 corpos estranhos, 75 abrasões corneana, 45 hemorragias subconjuntival, 33 ceratite, 27 olhos seco, 20 exames oftalmológico normal, 11 traumas ocular, 10 pingueculite e 96 outros. **CONCLUSÃO:** A maior realização de estudos na área, inclusive no que diz respeito à obtenção de dados que possibilitem correlacionar os diagnósticos mais frequentes com medidas de saúde pública deficitárias.

DESCRIPTORES: EMERGÊNCIA; OFTALMOLOGIA; CONJUNTIVITE.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the demographic and clinical aspects of the patients who are looking for emergency ophthalmology services, in order to contribute to the mapping of the problem and, thus, to guide preventive policies and future treatments. **METHODS:** This was a cross-sectional study in which the data of the patients treated at the IOG PA between May 1, 2017 and September 3, 2017 were collected, totaling 126 consecutive days. The following patient data were collected: age, gender, diagnostic hypothesis, need for return on duty and / or specialist, and whether the patient was referred for any procedure or for evaluation in a surgical center. The inclusion criterion was all those patients who underwent initial care performed by First Year Resident (R1) in Ophthalmology at the IOG, who were admitted in the period described above and who had all the data filled in both the work table and in the hospital chart. **RESULTS:** Of the 1,062 patients seen on duty on these days, 783 were attended by the R1. Among the 783 patients treated, 302 had conjunctivitis, 86 hordeoles, 78 foreign bodies, 75 corneal abrasions, 45 subconjunctival hemorrhages, 33 keratitis, 27 dry eyes, 20 normal ophthalmologic examinations, 11 ocular traumas, 10 pingueculitis and 96 others. **CONCLUSION:** More studies were carried out in the area, including data collection that would make it possible to correlate the most frequent diagnoses with public health deficits.

KEYWORDS: EMERGENCY; OPHTHALMOLOGY; CONJUNCTIVITIS.

INTRODUÇÃO

Os atendimentos emergenciais em oftalmologia podem apresentar-se por uma variada gama de situações clínicas. Essa realidade é impactada por alguns fatores tais como idade, sexo,

nível socioeconômico, clima, prevalência de determinadas afecções e promoção da saúde ocular. As injúrias oculares são a maior causa de cegueira prevenível nos EUA e a segunda maior no mundo (atrás apenas da catarata) (1).

1 - Médico (a) Residente de Oftalmologia do Instituto de Olhos de Goiânia – Goiás.

2 - Médico do Departamento de Retina do Instituto de Olhos de Goiânia – Goiás.

As emergências oftalmológicas representam uma significativa demanda em termos de cuidados médicos, sofrimentos humano, custos socioeconômicos e incapacidade funcional e laboral (2). Logo, a existência de um pronto-socorro capacitado para essa circunstância é de fundamental importância no intuito de impactar e mudar a realidade de tais oftalmopatias.

O Instituto de Olhos de Goiânia (IOG) dispõe de serviço de Pronto Atendimento (PA) especializado em Oftalmologia 24 horas há 42 anos e representa um dos poucos serviços dessa modalidade em Goiânia. Trata-se de um atendimento de Emergência voltado ao sistema particular e convênios, abrangendo tanto a população da Capital como de diversas cidades do Estado.

Nesse sentido, o Serviço de Residência Médica do IOG, responsável por grande parte dos atendimentos emergenciais do hospital, visa através deste estudo delinear o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no pronto-socorro oftalmológico de Goiânia. Tendo em vista a relativa escassez de tais informações na literatura médica nacional, o objetivo deste estudo é, portanto, avaliar aspectos demográficos e clínicos dos pacientes que procuram os serviços oftalmológicos de urgência, a fim de contribuir com o mapeamento da problemática e, assim, nortear políticas preventivas e tratamentos futuros.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal em que foram coletados os dados dos pacientes atendidos no PA do IOG entre os dias primeiro de maio de 2017 a 03 de setembro de 2017, totalizando 126 dias corridos.

De todos os pacientes, foram coletados os seguintes dados: número do prontuário, idade, sexo, hipótese diagnóstica, necessidade de retorno no plantão e/ou no especialista e se o paciente foi encaminhado para algum procedimento ou para avaliação em centro cirúrgico.

Como critério de inclusão, tivemos todos aqueles pacientes que se submeteram ao atendimento inicial realizado por Residente de Primeiro Ano (R1) em Oftalmologia no IOG, os quais deram entrada no período acima descrito e que tiveram todos os dados preenchidos, tanto na tabela do trabalho quanto no prontuário do hospital.

Como critério de exclusão, tivemos todos os pacientes atendidos no PA fora desse período, aqueles que não tenham sido atendidos por R1s, os que não tiveram todos os dados preenchidos tanto na tabela do trabalho quanto no prontuário e aqueles que necessitaram de retorno, sendo atendidos mais de uma vez.

Os dados obtidos foram tratados por métodos da estatística descritiva. As variáveis foram expressas em frequências absolutas. Para a construção de gráficos e tabelas foi utilizado o software Microsoft Excel® 2010.

RESULTADOS

Dos 126 dias percorridos na coleta de dados para o trabalho, 86 (68,25%) tiveram um R1 de plantão. Dos 1.062 pacientes atendidos no plantão nesses dias, 783 (73,72%) foram atendidos pelos R1. Em relação aos fatores sociodemográficos, não foram observadas diferenças significativas na distribuição por sexo, sendo a prevalência do gênero masculino de 50,06%.

A idade dos pacientes variou de 3 dias de vida a 86 anos. A faixa etária média foi de 30,86 anos, sendo a moda de um ano. Agrupando-se a população estudada em quatro grupos de faixas etárias, obtivemos 60 pacientes menores que um ano, 191 entre 1 e 19 anos, 437 pacientes entre 20 e 59 anos e 95 pacientes acima de 60 anos (figura 1).

No que diz respeito aos diagnósticos encontrados no estudo, dentre os 783 pacientes atendidos, 302 (38,56%) tiveram conjuntivite, 86 (10,98%) hordéolo, 78 (9,96%) corpo estranho, 75 (9,57%) abrasão corneana, 45 (5,74%) hemorragia subconjuntival, 33 (4,21%) ceratite, 27 (3,44%) olho seco, 20 (2,55%) exame oftalmológico normal, 11 (1,40%) trauma ocular, 10 (1,27%) pingueculite, 9 (1,14%) blefarite, 9 (1,14%) edema palpebral, 8 (1,02%) úlcera corneana, 8 (1,02%) uveíte, 7 (0,89%) hiperemia conjuntival, 5 (0,63%) pós operatórios, 4 (0,51%) baixa acuidade visual a esclarecer, 4 (0,51%) descolamentos de retina, 4 (0,51%) episclerite, 4 (0,51%) triquiase, 3 (0,38%) celulite, 3 (0,38%) herpes cutâneo, 3 (0,38%) laceração de conjuntiva, 3 (0,38%) reação alérgica, 2 (0,25%) calázio, 2 (0,25%) dermatite de contato, 2 (0,25%) dor ocular a esclarecer, 2 (0,25%) hemorragia vítrea e 1 (0,12%) dos seguintes: blefaroespasma, dacriocistite aguda, desinserção da lente intraocular, descolamento de vítreo posterior, esclerite, hemorragia discal, infiltrado corneano, mordedura de face por cão, neurite óptica, olho cego doloroso, paralisia de Bell, paralisia do nervo facial central, ruptura do ponto do transplante corneano e quemose (figura 2).

Das 302 conjuntivites, 226 foram diagnosticadas como bacterianas, 38 como virais, 12 como alérgicas, 3 como neonatal, 1 como química e 1 como atópica. Além disso, 21 receberam diagnósticos mistos, sendo 13 diagnosticadas como bacteriana e viral, 5 como alérgica e viral; e 3 como alérgica e bacteriana (figura 3).

Dos 78 corpos estranhos, 60 foram corneanos enquanto que 18 foram conjuntivais. Das 75 abrasões, 49 foram corneanas e 5 conjuntivais. Dentre as corneanas, 17 foram desencadeadas por corpo estranho, 3 por produto químico e 1 por queimadura térmica.

Das 33 ceratites, 19 foram classificadas como ceratites comuns, 8 bacterianas, 4 químicas e 2 herpéticas. Das 9 blefarites identificadas, 3 eram isoladas, 2 associadas a olho seco, 2 associadas a calázio, 1 a hordéolo e 1 a conjuntivite bacteriana.

Dos 4 pós-operatórios, um correspondia a pós-operatório de facoemulsificação, um a cirurgia combinada de facoemulsificação com trabeculectomia e 2 correspondiam a pós-operatório de cirurgia refrativa.

De todos os pacientes, apenas 9 (1,15%) foram encaminhados ao centro cirúrgico, seja pela necessidade de uma avaliação mais detalhada ou para realização do procedimento proposto. Dentre estes, apenas um foi encaminhado para internação. Três pacientes foram ao centro cirúrgico para retirada de corpo estranho sob narcose; um para realização de fotocoagulação/retinopexia pneumática e dois foram encaminhados à vitrectomia, sendo um deles submetido também à injeção de gás.

Dos 783 pacientes atendidos, foram solicitados a 144 (18,39%) que retornassem ao plantão em um próximo dia, seja após 24 ou 48 horas. Os demais 639 casos (81,61%) não necessitaram de reavaliação futura.

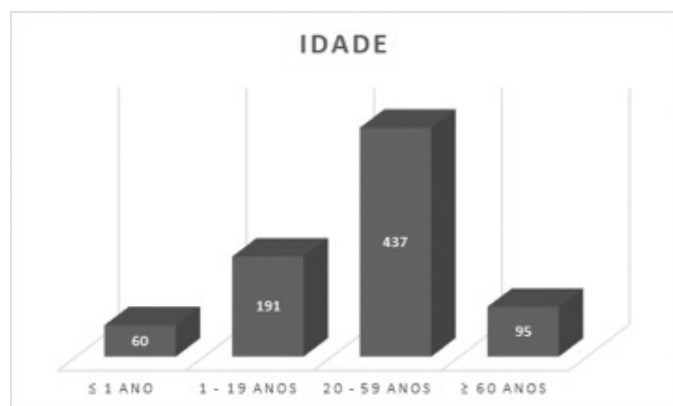


Figura 1 - A faixa etária média foi de 30,86 anos, sendo a moda de um ano.

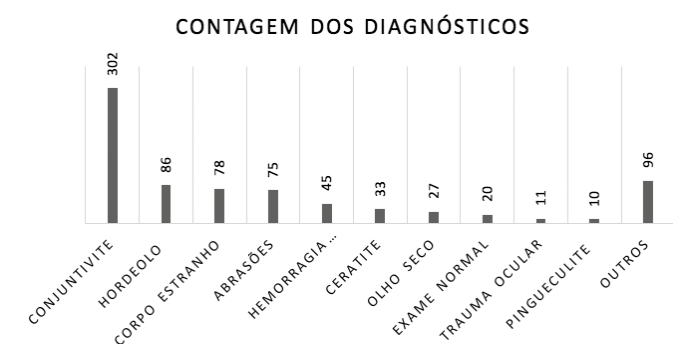


Figura 2 - Diagnósticos encontrados no estudo dos 783 pacientes atendidos.

DISCUSSÃO

No presente estudo, não foram observadas diferenças significativas nos atendimentos quando avaliada a distribuição por sexo. Nota-se um predomínio discreto do gênero masculino (50,06%), assemelhando-se a resultados encontrados em outros estudos epidemiológicos (3,4). No entanto, esses dados vão de encontro a outros trabalhos descritos, que evidenciam

uma diferença substancial na prevalência entre os sexos, sendo estes unânimes em relatar a população masculina como a responsável pela maioria dos atendimentos de urgência oftalmológica (5, 6, 7).

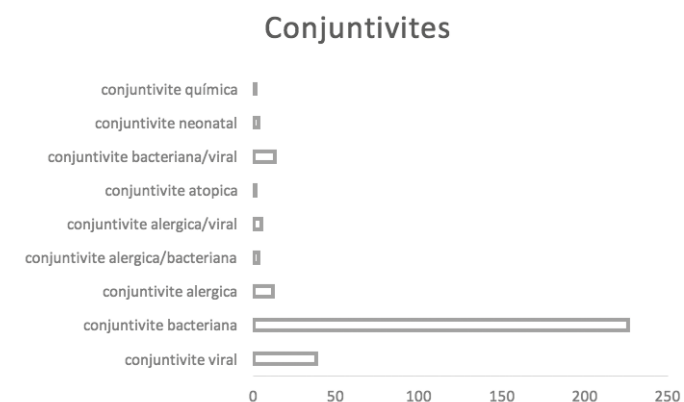


Figura 3 - Distribuição dos tipos de conjuntivite.

A faixa etária mais prevalente foi de aproximadamente 30,86 anos, também se assemelhando a resultados de trabalhos descritos, que evidenciam de forma geral um predomínio da faixa etária entre 21 e 40 anos (4) e uma média de idade de 39,8 anos(3). Observa-se uma prevalência de 55,8 % de indivíduos pertencentes ao grupo substancial da população economicamente ativa (entre 20 e 59 anos), também coincidindo com outros dados da literatura, que evidenciam setenta por cento de ocorrências nessa faixa etária (5).

Quanto à classificação das morbidades, houve uma maior incidência de causas não traumáticas, dado este concordante com o observado em estudos semelhantes em diversas partes do mundo (3,4). No entanto, trata-se de um dado conflitante na literatura, já que encontramos também numerosos trabalhos que estimam ser o trauma o maior responsável pela procura dos serviços de urgência oftalmológica em diversas partes do mundo (5,6,7).

Observa-se, portanto, que os locais onde as causas traumáticas predominaram em número foram os mesmos em que a população masculina representou a maioria dos atendimentos de urgência (5,6,7). Esse fato acaba demonstrando uma maior vulnerabilidade do sexo masculino ao trauma ocular, sobretudo na população economicamente ativa (10), fato que nos leva a uma correlação imediata entre as afecções descritas e a prática laboral diária, inclusive com a falta do uso de equipamento de proteção individual.

Avaliando-se, por outro lado, as causas não traumáticas, destaca-se, como principal etiologia, a conjuntivite aguda. Este dado surge em concordância com alguns trabalhos da literatura, que evidenciam esta patologia como morbidade de maior incidência em departamentos de urgência oftalmológica (3,8,9). Concluímos que isso se deu principalmente devido a cidade de

Goiânia possui um clima caracterizado por um verão quente e chuvoso, uma primavera com as temperaturas mais elevadas do ano e um inverno seco com elevada amplitude térmica (10).

O período em que foram coletados os dados em estudo (Maio a Setembro de 2017) corresponde em nosso país às estações de Outono e Inverno, sendo o trimestre de Junho a Agosto caracterizado por ser o menos chuvoso e com temperaturas mais amenas. Esse fato pode ter corroborado para as estatísticas encontradas, uma vez que os dados em questão foram colhidos em épocas de temperaturas mais baixas no Brasil e há dados contundentes que afirmam ser a conjuntivite viral sabidamente mais prevalente no verão (8).

Em relação ao índice de solicitação de retorno, este representou uma parcela de 18,39% da população atendida. Esse dado é ligeiramente mais significativo do que o índice de 11,7% observado em outro estudo (3), embora ainda seja perfeitamente condizente com o número de abrasão/corpo estranho corneano diagnosticados, patologias estas que inevitavelmente colaboraram em maioria para a necessidade de reavaliação oftalmológica futura.

CONCLUSÃO

O trabalho em questão evidencia quão significativos são os números correspondentes às urgências oftalmológicas de uma forma geral. Em hospitais de nível terciário há estudos evidenciando que o Pronto-Socorro de Oftalmologia pode responder por aproximadamente 14,9% do volume total do atendimento no PS de todo o hospital.

Diante desse dado, torna-se mandatória a presença de serviços oftalmológicos de urgência capacitados para o atendimento qualificado de toda a demanda populacional, uma vez que o acesso a esse serviço pode ser decisivo para o desfecho de muitas patologias oculares. O surgimento de sequelas visuais permanentes, bem como o não comparecimento provisório ao trabalho, é capaz de gerar impactos econômicos substanciais a curto e longo prazo.

Faz-se necessário, portanto, a maior realização de estudos na área, inclusive no que diz respeito à obtenção de dados que possibilitem correlacionar os diagnósticos mais frequentes com medidas de saúde pública deficitárias. Avaliar aspectos demográficos e clínicos dos pacientes que procuram os serviços oftalmológicos de urgência pode ser decisivo em contribuir com o mapeamento da problemática e, assim, nortear políticas preventivas e reduzir gastos financeiros com desfechos visuais permanentes ou provisórios.

REFERÊNCIAS

1. McGwin Jr. Incidence of Emergency Department – Treated Eye Injury in the United States. *Arch Ophthalmol*, 2005. vol 123:662-6.
2. Serrano JC. Epidemiology of childhood ocular trauma in a northeastern

- colombian region. *Arch Ophthalmol*, 2003. vol 121:1439-45.
3. Carvalho RS, José NK. Ophthalmology emergency room at the University of São Paulo General Hospital: a tertiary hospital providing primary and secondary level care. *Clinics*, 2007. 62(3):301-8.
4. Pereira FB. Perfil da demanda e morbidade dos pacientes atendidos em centro de urgências oftalmológicas de um hospital universitário. *Rev Bras Oftalmol*, 2011. 70(4): 238-42.
5. Vieira GM. Um mês em um pronto-socorro de oftalmologia em Brasília. *Arq Bras Oftalmol*, 2007. 70(5):797-802.
6. El-Mekawey HE. Epidemiology of ocular emergencies in the Egyptian population: a five-year retrospective study. *Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ)* 5 (2011): 955.
7. Araújo AA. Urgência Oftalmológica: Corpo estranho ocular ainda como principal causa. *Arq Bras Oftalmol*, 2002. 65:223-7.
8. Ramirez DA. Epidemiology of Conjunctivitis in US Emergency Departments. *JAMA Ophthalmology*, 2017. 135(10):1119-22.
9. Sheldrick JH, Vernon SA, Wilson A, Read SJ. Demand incidence and episode rates of ophthalmic disease in a defined urban population. *BJM*, 1992. 305:933-6.
10. Azari AA, Baren NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA*, 2013. Oct 23;310(16):1721-9.

SOROPREVALÊNCIA PARA HIV NA URGÊNCIA OBSTÉTRICA

SOROPREVALENCE FOR HIV IN THE OBSTETRIC EMERGENCY

MARIA LAURA DE ALMEIDA PORTO¹, FELIPE DE ALMEIDA PORTO², BRUNA ABREU RAMOS³, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA⁴, FELIPE BUFAIÇAL RASSI², WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁵

RESUMO

Introdução: A AIDS é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), retrovírus da família lentivírus que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), destruindo aos poucos o sistema de defesa do organismo. A identificação e o tratamento precoce das mulheres grávidas com HIV são a melhor maneira de prevenir a infecção neonatal e também melhorar a saúde dessas mulheres. **Objetivo:** Avaliar a soroprevalência no teste rápido para HIV em gestantes internadas na urgência obstétrica (partos/abortamento). **Métodos:** Estudo transversal composto por todas as mulheres que realizaram o teste rápido anti-HIV, maiores de 18 anos, gestantes internadas na urgência do HMDI em Goiânia/Goiás, em trabalho de parto ou de abortamento, mesmo que não tenham realizado pré-natal na referida maternidade. No período de 01.08.2015 a 30.03.2017. **Resultados:** Foram analisados 8.355 prontuários de gestantes (partos e abortamentos) nas quais realizaram o teste rápido para HIV no momento da internação na urgência do referido hospital, deste total 10 pacientes apresentaram sorologia positiva. **Conclusão:** A prevalência de gestantes portadoras do HIV, internadas na urgência obstétrica nas quais foi realizado o teste rápido foi de 0,11%.

DESCRIPTORES: SOROPREVALÊNCIA, HIV, TESTE RÁPIDO.

ABSTRACT

Introduction: AIDS is caused by the human immunodeficiency virus (HIV), a retrovirus of the lentivirus family that causes acquired immune deficiency syndrome (AIDS), slowly destroying the body's defense system. The identification and early treatment of pregnant women with HIV is the best way to prevent neonatal infection and also to improve the health of these women. **Objective:** To evaluate seroprevalence in the HIV rapid test in pregnant women hospitalized for obstetric emergencies (childbirth / abortion). **Methods:** A cross-sectional study comprised of all women who underwent a rapid anti-HIV test, who were 18 years of age or older, pregnant women hospitalized in the HMDI emergency in Goiânia/Goiás, in labor or in abortion, even though they did not perform prenatal care in the maternity ward. In the period from 08.01.2015 to 03.30.2017. **Results:** A total of 8.355 pregnant women records (births and abortions) were analyzed in which the rapid HIV test was performed at the moment of admission to the emergency room, of this total 10 patients presented positive serology. **Conclusion:** The prevalence of pregnant women carriers of the HIV, hospitalized in the obstetric emergency in which the rapid test was performed was 0.11%.

KEYWORDS: SEROPREVALENCE, HIV, RAPID TEST.

INTRODUÇÃO

A AIDS é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), retrovírus da família lentivírus que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), destruindo aos poucos o sistema de defesa do organismo, permitindo a ocorrência de infecções oportunistas e neoplasias¹. A prevalência atual da infecção pelo vírus HIV no Brasil é de 0,6% enquanto que a

prevalência média de HIV entre as gestantes é 0,27% segundo dados de 2015, do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), sendo a via de transmissão sexual a mais comum².

Durante a gestação, mulheres infectadas pelo HIV tem um risco maior de retardo de crescimento fetal, além do risco da transmissão do vírus para o conceito, ou seja, transmissão vertical³. Um estudo realizado no Canadá

1 - Médica, Mestre em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG).

2 - Médico.

3 - Fisioterapeuta, Doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG).

4 - Mestranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG).

5 - Professor Livre-Docente Doutor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

demonstrou que as taxas de incidência de gravidez entre as mulheres que vivem com o HIV aumentaram ao longo do tempo devido a uma maior expectativa de vida, melhor estado de saúde e melhor acesso e benefícios de prevenção e da terapia antirretroviral combinada⁴.

No ano de 2000 passou-se a fazer o registro do HIV em gestantes e foi normatizada a obrigatoriedade da realização do teste rápido para HIV na admissão das gestantes nos hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O teste da mamãe no pré-natal instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 por meio da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) / GOIÁS, permitiu conhecer a prevalência das gestantes HIV positivo no ciclo gravídico. Para a maioria das gestantes portadoras do HIV, a única oportunidade de acesso à avaliação sorológica, aconselhamento e profilaxia da transmissão vertical era na hora do parto⁵.

Dado os enormes avanços na prevenção da transmissão perinatal do vírus da imunodeficiência humana, é claro que a identificação e tratamento precoce de todas as mulheres grávidas com HIV são a melhor maneira de prevenir a infecção neonatal e também melhorar a saúde das mulheres. Além disso, novas evidências sugerem que o início precoce da terapia antirretroviral no decurso da infecção é benéfico para indivíduos infectados pelo HIV e reduz a taxa de transmissão sexual para parceiros que não estão infectados^{6,7}.

Diversos são os sistemas de informação sobre HIV no Brasil, coordenados pelo Ministério da Saúde, todavia estudos específicos de estatísticas e perfil epidemiológico, podem produzir informações para a gestão baseada em evidências.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a soroprevalência no teste rápido para HIV em gestantes internadas na urgência obstétrica (partos/abortamentos).

METODOLOGIA

Foram computados os dados dos prontuários de gestantes atendidas no período de 01.08.2015 a 30.03.2017, que foram submetidas ao teste sorológico rápido para diagnóstico de infecção pelo vírus HIV. As pacientes, maiores de 18 anos, estavam internadas no Setor de Urgência do Hospital e Maternidade Dona Íris, em trabalho de parto ou de abortamento..

Este Hospital-Maternidade é conveniado ao Sistema Único de Saúde, de referência para atendimento às gestantes portadoras do HIV na cidade de Goiânia/Goiás, Brasil. Os dados foram coletados através do sistema Wireline, o qual gerencia os prontuários eletrônicos após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE: 44455415.0.0000.5083. Os dados foram digitados em planilha eletrônica e processados no Excel para a realização de todos os cálculos e ainda no programa SPSS para a análise estatística.

RESULTADOS

Foram analisados 8.355 prontuários de pacientes (partos e abortamentos) nas quais realizaram o teste rápido para HIV no momento da internação na urgência do referido hospital, deste total 10 pacientes apresentaram sorologia positiva.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

A prevalência de gestantes HIV positivo, internadas na urgência obstétrica nas quais foi realizado o teste rápido para HIV foi de 0,11%.

DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico de HIV/AIDS vem apresentando importantes transformações pela feminização, heterossexualização e pauperização. Em 1986 eram 15,1 casos masculinos para 1 caso feminino, em 1996 eram 2,6 e, em 2009 1,6 casos em homens para 1 caso em mulher⁸. Em 2016 a razão de sexo em relação aos portadores do vírus HIV é de 2,4 casos em homens para cada caso em mulheres². As mulheres agora compõem aproximadamente metade de todos os indivíduos infectados pelo HIV, o que envolve a questão da transmissão de mãe para filho, sendo este fator de grande preocupação para a saúde pública desde os primeiros anos dessa epidemia⁹.

A implementação de testes rápidos para HIV em mulheres em trabalho de parto com status indocumentado é uma ferramenta essencial para a prevenção da transmissão vertical¹⁰.

Um dos primeiros estudos com teste rápido no Brasil foi realizado por Carvalho et al² com o objetivo de determinar o valor preditivo positivo do teste rápido para anticorpos contra o HIV, no Rio Grande do Sul, no período de 01.08.2001 à 05.10.2002: em 298 gestantes, o teste rápido foi positivo em 16 pacientes, com uma prevalência de 5,3%.

O estudo de Wong et al¹¹ relatam a eficácia da implementação do teste rápido através de uma coorte observacional com 1.141.799 mulheres nos Estados Unidos, num período de 7 anos (2005-2011). Houve uma diminuição de 63% nas mulheres com status de HIV indocumentado, uma diminuição de 98% em mulheres com status desconhecido que não receberam testes rápidos e uma diminuição maior que 99% em recém-nascidos com status indocumentado na alta.

Soares et al¹² analisaram uma população formada por 873 mulheres onde apenas 592 (67,8%) receberam o resultado de algum exame anti-HIV no pré-natal.

Ao avaliarem 62 gestantes da Paraíba, onde apenas 30 gestantes realizaram o teste rápido, Matos et al¹³ concluíram que existe uma necessidade de implementação de programas permanentes de educação em saúde, prevenção e transmissão do HIV, e de capacitação dos profissionais de saúde para prestar aconselhamento, objetivando maior adesão das gestantes ao teste anti-HIV.

Os dados deste estudo revelam que o teste rápido não é realizado no atendimento de urgência quando a gestante é sabidamente soropositiva, por consequência a baixa prevalência na urgência com o teste rápido (0,11%) encontrada nesta pesquisa, visto que a prevalência geral das gestantes no Brasil é de 0,27%, o que demonstra eficácia das políticas públicas que por meio do Programa de Saúde da Família proporcionaram o aumento do acesso e da adesão ao pré-natal, incluindo o diagnóstico precoce da infecção por HIV que permite o início da terapia antirretroviral, diminuindo desta forma os casos de transmissão vertical.

Dentro desta problemática, faz-se necessário o fortalecimento das ações preventivas no pré-natal com a estruturação dos serviços de saúde e qualificação dos profissionais para o oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal, de forma clara, explícita e ética, visando assim o benefício da mulher e da criança¹⁴.

Os dados avaliados na pesquisa apontam para a necessidade de prevenir o contágio pelo HIV nas mulheres em idade fértil. Assim como é necessário estimular maior adesão ao acompanhamento pré-natal das gestantes, em especial portadoras do HIV, para que estas se conscientizem da importância do uso correto dos antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical. A informação é o caminho.

Diante disso recomenda-se que sejam realizadas normativas de reuniões obrigatórias com equipes multiprofissionais dos Postos de Saúde da Família para adolescentes e gestantes, no intuito de informar melhor estas mulheres sobre a prevenção do contágio pelo HIV e tratamento para controle da infecção bem como a importância do pré-natal.

CONCLUSÃO

A prevalência de gestantes portadoras do HIV, internadas na urgência obstétrica nas quais foi realizado o teste rápido foi de 0,11%.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Aids. 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/etiologia_diagnostico.htm>. Acesso em: 24 out. 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS/DST 2016. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. 2016.

3. Abeyá R, Sá RAM, Silva EP, Chaves Netto H, Bornia RC, Amim Júnior J. Complicações perinatais em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2004; 4(4), 385-390.
4. Salters K, Loutfy M, Pokomandy A, Money D, Pick N, Wang L, Jabbari S, Carter A, Webster K, Conway T, Dubuc D, O'Brien N, Proulx-Boucher K, Kaida A; CHIWOS Research Team. Pregnancy incidence and intention after HIV diagnosis among women living with HIV in Canada. *PLoS One*. 2017 Jul 20;12(7):e0180524
5. Carvalho RL, Krahe C, Farina G, Paula DO, Richetti N, Crossetti T. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 2004;26(4):325-28.
6. Saunders S, Tulloch K, Maan EJ, van Schalkwyk J, Money DM. An Evaluation of Introduction of Rapid HIV Testing in a Perinatal Program *J ObstetGynaecol Can*. 2017; 39(8):668-675.
7. Keenan-Lindsay L, Yudin MH. No. 185-HIV Screening in Pregnancy. *J ObstetGynaecol Can*. 2017 Jul;39(7):e54-e58.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS/DST 2010. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. 2010.
9. Merhi Z, Minkoff H. Rapid HIV screening for women in labor. *Expert Rev MolDiagn*. 2005 Sep;5(5):673-9.
10. Gaur S, Whitley-Williams P, Flash C, Jimenez E, Petrova A. Disparity in hospital utilization of rapid HIV-1 testing for women in labor with undocumented HIV status. *Matern Child Health J*. 2010 Mar;14(2):268-73.
11. Wong AE, Garcia PM, Olszewski Y, Statton A, Bryant Borders A, Grobman WA, Cohen MH. Perinatal HIV testing and diagnosis in Illinois after implementation of the Perinatal Rapid Testing Initiative. *Am J ObstetGynecol*. 2012 Nov;207(5):401.e1-6.
12. Soares ML, Oliveira MIC, Fonseca VM, Brito AS, Silva KS. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013;18(5):1313-20.
13. Matos, SD, Baptista SR, França ISX, Medeiros ISAL, Brito FS, Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2009;10(2):122-30.
14. Araújo CLF, Lins S, Bastos VD. O Teste rápido para HIV em maternidades: visão dos profissionais de saúde. *J bras Doenças SexTransm*. 2009; 21(2): 71-77.

PAPILOMAVIRUS HUMANO E CÂNCER DE PÊNIS

HUMAN PAPILLOMAVIRUS AND PENILE CANCER

RUI GILBERTO FERREIRA¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL¹, SARAH HASIMYAN FERREIRA²,
MEGMAR APARECIDA DOS SANTOS CARNEIRO³, HELEN DA SILVA CINTRA DE PAULA⁴, LYRIANE
APOLINÁRIO DE ARAÚJO⁴, ADRIANO AUGUSTO PECLAT DE PAULA⁵, VERA APARECIDA SADDI⁶

RESUMO

Introdução: O câncer de pênis (CP) é uma doença mais frequente em homens de 65 a 74 anos, que vivem nos países em desenvolvimento. A incidência de câncer de pênis é alta em países em desenvolvimento, incluindo Uganda (2.8 / 100.000) e áreas do Brasil (1,5–3,7 / 100.000). A circuncisão neonatal masculina tem sido associada a uma diminuição nas taxas de câncer do pênis em países como Israel, onde a circuncisão é amplamente realizada, tendo a menor incidência no mundo em menos de 0,1% de malignidades. O câncer de pênis é uma doença evitável, onde fatores de risco significativos são modificáveis. **Objetivo:** o objetivo deste estudo é avaliar a associação entre câncer de pênis e HPV e ainda levantar os genótipos mais incidentes. **Metodologia:** Revisão da literatura foi conduzida por meio de informações obtidas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra o PubMed, MEDLINE, LILACS e SCIELO. **Resultados:** Foram encontrados 794 artigos. Com a aplicação do filtro de data 2000-2018, restaram 599. Após a leitura inicial dos títulos e resumos desses artigos foram excluídos 559 artigos, porque não estavam bem claros e não atendiam aos critérios estabelecidos. Posteriormente, com a leitura dos artigos na íntegra foram selecionados um total de 18 artigos. **Conclusão:** Nos achados deste estudo a associação dentre câncer de pênis e HPV variou entre 11 a 82,9%. Apesar da associação média com metade, ou mais, dos portadores de CP, sua importância na gênese desta neoplasia ainda não está esclarecida. O carcinoma peniano está associado ao HPV, não com a mesma importância da sua participação na gênese do câncer de colo uterino, já bem estabelecida. Nos achados observa-se uma maior prevalência dos genótipos de HPV de alto risco: 16, 18, 33, 45. O HPV 16 é o mais provável de persistir e progredir para o câncer. O HPV exerce um papel de co-fator, sendo necessária a participação de outros fatores indutores, promotores e progressores do CP. É relevante a associação deste vírus também no carcinoma peniano, entretanto ainda é necessário estabelecer a sua atribuição na gênese desta neoplasia através de estudos multicêntricos, prospectivos e, preferencialmente, com material crio-preservado.

DESCRITORES: CÂNCER DE PÊNIS, HPV, PREVALÊNCIA.

ABSTRACT

Introduction: Penile cancer (PC) is a rare disease, being more frequent in men aged 65-74 years, living in developing countries. The incidence of penile cancer is high in developing countries, including Uganda (2.8 / 100,000) and areas of Brazil (1.5-3.7 / 100,000). Male neonatal circumcision has been associated with a dramatic decrease in penile cancer rates with countries such as Israel, where circumcision is widely performed, with the lowest incidence in the world at <0.1% of malignancies. The problematic issue of penile cancer lies in the fact that it is a widely preventable disease, where significant risk factors are modifiable. **Objective:** the purpose of this study is to evaluate the association between penile cancer and HPV and still raise the most incidental genotypes. **Methodology:** Literature review was conducted through information obtained from the Virtual Health Library (VHL) that integrates PubMed, MEDLINE, LILACS and SCIELO. **Results:** 794 articles were found. After the initial reading of the titles and abstracts of these articles, n = 559 articles were excluded because they were not very clear and did not meet the established criteria. Subsequently, with the reading of the articles in full, n = 18 articles were selected. **Conclusion:** In the findings of this study, the association between cancer of the penis and HPV ranged from 11 to 82.9%. Despite the association with half or more of patients with CP, its importance in the genesis of this neoplasia has not yet been clarified. Penile carcinoma is associated with HPV, not as important as its involvement in the well-established cancer of the cervix. In the findings, a higher prevalence is observed in those at high risk: 16, 18, 33, 45. HPV 16 is the most likely to persist and progress to cancer. HPV plays a role of co-factor, requiring the participation of other inductive factors, promoters and progressors of

1 - Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

2 - Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Brasília - DF.

3 - Professora do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás.

4 - Doutoranda do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer - GO.

5 - Professor do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer - GO.

6 - Professora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

CP. The association of this virus is also relevant in penile carcinoma, however, it is still necessary to establish its attribution in the genesis of this neoplasm through multicentric, prospective studies and, preferably, cryo-preserved material.

KEYWORDS: PENILE CANCER, HPV, PREVALENCE.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de pênis é uma neoplasia rara que representa menos de 1% de todas as neoplasias malignas nos EUA e na Europa, mas representa um risco significativo à saúde pública no mundo em desenvolvimento¹.

É mais frequente em homens de 65 a 74 anos, que vivem nos países em desenvolvimento².

A incidência de câncer de pênis é alta em países em desenvolvimento, incluindo Uganda (2,8 / 100.000) e áreas do Brasil (1,5–3,7/100.000). Os judeus israelenses mostram a menor incidência no mundo (0,1/100.000)³. A circuncisão neonatal masculina tem sido associada a uma diminuição significativa nas taxas de câncer do pênis em países como Israel, onde a circuncisão é amplamente realizada, tendo a menor incidência no mundo em menor de 0,1% de malignidades⁴.

O carcinoma epidermoide (CE) representa aproximadamente 90% das neoplasias do pênis, e os restantes decorrem de metástases originadas em tumores de outros órgãos, os sarcomas e, muito raramente, melanomas. A ocorrência do CE está ligada à presença de fimose, higiene genital inadequada e infecções pelo HPV de alto risco⁴.

São mais de 200 genótipos diferentes de HPV, dos quais 15 tipos são de HPVs de alto risco oncogênico: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82 e os tipos de possível alto risco que incluem 26, 53 e 66. Nos tumores anogenitais associados ao HPV, o HPV16 é o mais prevalente, seguido pelos tipos 18, 31 e 33^{5,6}. Observa-se ainda que 80,3% dos tipos de HPV identificados (16, 18, 6 e 11) em indivíduos com CP são imunopreveníveis usando vacinas anti-HPV quadrivalente ou não-valente⁷.

O câncer de pênis leva à desfiguração genital física, que pode alterar os padrões normais de micção masculina, prejudicar a penetração normal e levar a sofrimento psicológico e emocional permanente. Além disso, em uma sociedade onde a masculinidade é definida e associada à presença do falo, o câncer peniano afeta a autoestima masculina e pode levar à depressão. O câncer de pênis é uma doença evitável, onde fatores de risco significativos são modificáveis⁸.

Este estudo tem o objetivo de avaliar a associação entre câncer de pênis e HPV e ainda levantar os genótipos mais incidentes.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão da literatura foi conduzida por meio de informações obtidas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra o PubMed, MEDLINE, LILACS e SCIELO. Os artigos selecionados foram escritos em português ou inglês. Palavras-chave utilizadas:

Câncer de Pênis and HPV and prevalência. O método de inclusão foram estudos que integram os níveis de 1A a 3B da classificação do “Oxford Centre for Evidence-Based Medicine”:

1A Revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos comparáveis. Estudos controlados randomizados bem delineados com desfecho clínico relevante.

1B Estudos controlados randomizados com estreito intervalo de confiança.

1C Resultados do tipo “tudo ou nada”. Estudo de série de casos controlados.

2A Revisão sistemática homogênea de estudos de coorte (com grupos de comparação e controle de variáveis).

2B Estudo de coorte com pobre qualidade de randomização, controle ou sem acompanhamento longo, estudo de coorte transversal.

2C Resultados de pesquisas (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica).

3A Revisão sistemática homogênea de estudos de caso com grupo-controle.

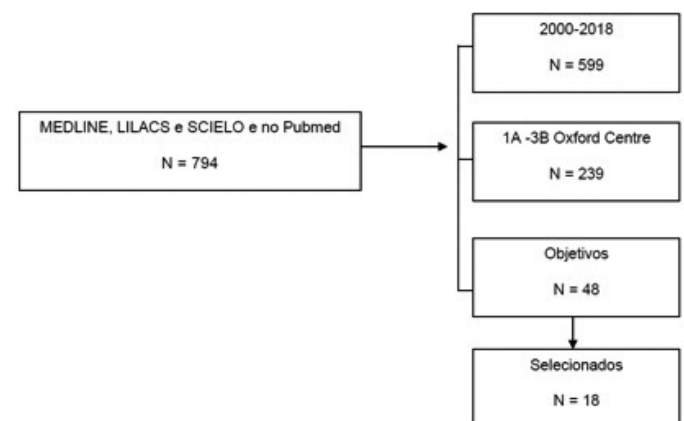
3B Estudos de caso com grupo-controle.

4 Relatos de caso e série sem definição de caso-controle.

5 Opinião de autoridades respeitadas ou especialistas. Revisão da literatura não sistemática.

3. RESULTADOS

Foram encontrados 794 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra o MEDLINE, LILACS e SCIELO e no Pubmed. Com a aplicação do filtro de data 2000-2018, sobraram 599 artigos. Após a leitura inicial dos títulos e resumos desses artigos foram excluídos 559 artigos, porque não estavam bem claros e não atendiam aos critérios estabelecidos. Posteriormente, com a leitura dos artigos na íntegra foram selecionados 18 artigos.



Os estudos encontrados durante o levantamento bibliográfico estão relacionados na tabela 1.

Tabela 1. Estudos selecionados dentro da classificação Oxford-Centre publicados entre 2000-2018.

AUTORES	ANO	PAIS	N	% DE DETECÇÃO DE HPV	TIPOS
Afonso et al ⁹	2012	Brasil	135	60,7	16, 21, 6, 45
Djajadningrat et al ¹⁰	2015	EUA	212	25	16
D'Hauwers et al ¹¹	2013	Bélgica	76	70,9	16, 11, 6
De Souza et al ¹²	2015	Brasil	76	63,15	16
Zhai et al ¹³	2013	Pequim	28	25	16
Colón-Lopez et al ¹⁴	2015	Porto Rico	206	80	16, 31, 35, 6, 11
Fonseca et al ¹⁵	2013	Brasil	82	60,9	11, 6
López-Romero et al ¹⁶	2013	México	86	77,9	16, 31, 11, 33, 18, 58, 59
Hernandez et al ¹⁷	2014	EUA	79	63	16, 18, 33, 45
Kirrandner et al ¹⁸	2011	Suécia	216	82,9	16, 18
Mannweiler et al ¹⁹	2011	Áustria	144	68	16, 33, 45, 18
Miralles-Guri et al ⁴	2009	-	1466	46,9	16, 18, 11, 31, 45, 33, 52
Freire et al ²⁰	2014	Brasil	355	72,1	6, 16, 42, 51
Backes et al ²¹	2009	-	1266	47,9	6, 16, 18
Araújo et al ⁷	2018	Brasil	183	30,6	16
Takamoto et al ³	2018	Japão	44	11	-
Senba et al ²²	2006	Tailândia	88	81,5	18, 6
Aleman et al ²³	2016	Espanha	1095	33,1	16, 6

PCR = Reação em cadeia da polimerase

4. DISCUSSÃO

Aleman et al²³ revelam que são estimados 22.000 casos novos por ano de câncer de pênis no mundo. Senba et al²² destacam que o câncer de pênis tem sua maior incidência na Ásia, África e América Latina, e observa a associação do câncer de pênis com a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Afonso et al⁹ e Hernandez et al¹⁷ calculam que o papilomavírus humano (HPV) desempenhe um papel etiológico em 30 a 70% dos cânceres penianos em todo o mundo. Nos achados destes estudos a associação dentre câncer de pênis e HPV variou entre 11 à 82,9%.

Dos estudos selecionados 100% utilizou o PCR. Takamoto et al³ demonstram que as reações em cadeia da polimerase (PCRs) possuem alta sensibilidade na detecção de DNA de HPV.

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) para Miralles-Guri et al⁴ parece desempenhar um papel importante no desenvolvimento de um subgrupo desses carcinomas e acredita-se que sua presença esteja relacionada ao tipo histológico. Zhai et al¹³ apenas 35 dos mais de 200 genótipos de

HPV são transmitidos sexualmente e podem ser agrupados em categorias: Baixo risco: 6, 11, 40, 43, 44, 54 e 70; Alto risco: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82 e de possíveis riscos: 26, 53 e 66 e ainda os de 69, 71 e 74, que não são classificados como de alto risco, mas como risco provável.

Nos artigos selecionados observa-se uma maior prevalência dos de alto risco: 16^{9,10,11,12,13,14,16,18,19,4,20,21,7,23}, 18^{16,17,18,19,4,21,22,33}, 45^{4,9,17}. O de baixo risco de maior prevalência encontrado foi o 6^{9,11,14,15,20,21,22,23}.

Alguns tipos de HPV não cobertos pela atual vacina foram identificados, o que também foi encontrado nos estudos de Colón-López et al¹⁴.

Mannweiler et al¹⁹ observou que as infecções por papilomavírus humano com genótipos de alto risco são significativas para os cânceres de pênis porém a mesma proporção não é observada no carcinoma de células escamosas do colo do útero.

Segundo D'Hauwers et al¹¹ as vacinas profiláticas podem contribuir para a prevenção primária de apenas um subconjunto de casos. Já Miralles-Guri⁴ as vacinas disponíveis contra o HPV são eficazes nos tumores do pênis, já que protegem contra o HPV 16 e 18^{18,21}. Especialmente nos países em desenvolvimento, com alta incidência de carcinoma peniano⁷.

Djajadiningrat et al¹⁰ não observou evidência de aumento na prevalência de HPV em câncer peniano ao longo das últimas décadas.

De Souza¹² alerta para a compreensão da prevalência do HPV e o conhecimento da distribuição do subtipo viral já que constituem importantes informações epidemiológicas que podem auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas locais ou regionais de prevenção do HPV e de novas vacinas.

5. CONCLUSÃO

Nos achados deste estudo a associação entre o câncer de pênis e HPV variou entre 11 a 82,9%. Apesar da associação média com metade, ou mais, dos portadores de CP, sua importância na gênese desta neoplasia ainda não está esclarecida. O carcinoma peniano está associado ao HPV, não com a mesma importância da sua participação na gênese do câncer de colo uterino, já bem estabelecida. Nos resultados dessa busca observa-se uma maior prevalência nos de alto risco: 16, 18, 33, 45. O HPV 16 é o mais provável de persistir e progredir para o câncer. O HPV exerce um papel de co-fator, sendo necessária a participação de outros fatores indutores, promotores e progressores do CP. É relevante a associação deste vírus também no carcinoma peniano, entretanto ainda é necessário estabelecer a sua atribuição na gênese desta neoplasia através de estudos multicêntricos, prospectivos e, preferencialmente, com material crio-preservedo.

6. REFERÊNCIAS

1. Douglawi A, Masterson TA. Updates on the epidemiology and risk factors for penile cancer. *Transl Androl Urol*. 2017 Oct; 6(5): 785–790.
2. Bleeker MC, Heideman DA, Snijders PJ, Horenblas S, Dillner J, Meijer CJ. Penile cancer: epidemiology, pathogenesis and prevention. *World J Urol*. 2009 Apr;27(2):141-50.
3. Takamoto D, Kawahara T, Kasuga J, Sasaki T, Yao M, Yumura Y, Uemura H. The analysis of human papillomavirus DNA in penile cancer tissue by in situ hybridization. *Oncol Lett*. 2018 May; 15(5): 8102–8106.
4. Miralles-Guri C, Bruni L, Cubilla AL, Castellsagué X, Bosch FX, de San-josé S. Human papillomavirus prevalence and type distribution in penile carcinoma. *J Clin Pathol*. 2009 Oct;62(10):870-8.
5. Borsatto A. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do útero: Subsídios para a Prática, 2011.
6. Grulich AE, Jin F, Conway EL, Stein AN, Hocking J. Cancers attributable to human papillomavirus infection. *Sex Health*. 2010 Sep;7(3):244-52.
7. Araújo LA, De Paula AAP, de Paula HDSC, Ramos JEP, de Oliveira BR, De Carvalho KPA, Guimarães RA, de Alencar RCC, Duarte ECB, Rabelo Santos SH, Saddi VA, Carneiro MADs. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in penile carcinoma: Association with clinic pathological factors. *PLoS One*. 2018 Jun 27;13(6):e0199557.
8. Morrison BF. Risk Factors and Prevalence of Penile Cancer. *West Indian Med J*. 2014 Oct; 63(6): 559–560.
9. Afonso LA, Moyses N, Alves G, Ornellas AA, Passos MR, Oliveira Ldo H, Cavalcanti SM. Prevalence of human papillomavirus and Epstein-Barr virus DNA in penile cancer cases from Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2012 Feb;107(1):18-23.
10. Djajadiningrat RS, Jordanova ES, Kroon BK, van Werkhoven E, de Jong J, Pronk DT, Snijders PJ, Horenblas S, Heideman DA. Human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer and association with clinical outcome. *J Urol*. 2015 Feb;193(2):526-31.
11. D'Hauwers KW, Depuydt CE, Bogers JJ, Noel JC, Delvenne P, Marbaix E, Donders AR, Tjalma WA. Human papillomavirus, lichen sclerosus and penile cancer: a study in Belgium. *Vaccine*. 2012 Oct 12;30(46):6573-7.
12. De Sousa ID, Vidal FC, Branco Vidal JP, de Mello GC, Nascimento MDSB, Brito LM. Prevalence of human papillomavirus in penile malignant tumors: viral genotyping and clinical aspects. *BMC Urol*. 2015 Feb 24;15:13.
13. Zhai JP, Wang QY, Wei D, Xu KX, Man LB. Association between HPV DNA and disease specific survival in patients with penile cancer. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2013 Sep 10;93(34):2719-22.
14. Colón-López V, Ortiz AP, Del Toro-Mejías L, Clatts M, Durán-Guzmán G, Pérez N, DaCosta M, Palefsky J. Prevalence and Correlates of Penile HPV Infection in a Clinic-Based Sample of Hispanic Males. *P R Health Sci J*. 2015 Sep;34(3):128-34.
15. Fonseca AC, Soares FA, Burbano RR, Silvestre RV, Pinto LO. Human Papilloma Virus: Prevalence, distribution and predictive value to lymphatic metastasis in penile carcinoma. *Int Braz J Urol*. 2013 Jul-Aug;39(4):542-50.
16. López-Romero R, Iglesias-Chiesa C, Alatorre B, Vázquez K, Piña-Sánchez P, Alvarado I, Lazos M, Peralta R, González-Yebra B, Romero A, Salcedo M. HPV frequency in penile carcinoma of Mexican patients: important contribution of HPV16 European variant. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013 Jun 15;6(7):1409-15.
17. Hernandez BY, Goodman MT, Unger ER, Steinau M, Powers A, Lynch CF, Cozen W, Saber MS, Peters ES, Wilkinson EJ, Copeland G, Hopenhayn C, Huang Y, Watson M, Altekruse SF, Lyu C, Saraiya M. Human papillomavirus genotype prevalence in invasive penile cancers from a registry-based United States population. *Front Oncol*. 2014 Feb 5;4:9.
18. Kirrander P, Kolaric A, Helenius G, Windahl T, Andrén O, Stark JR, Lillsunde-Larsson G, Elgh F, Karlsson M. Human papillomavirus prevalence, distribution and correlation to histopathological parameters in a large Swedish cohort of men with penile carcinoma. *BJU Int*. 2011 Aug;108(3):355-9.
19. Mannweiler S, Sygulla S, Beham-Schmid C, Razmara Y, Pummer K, Regauer S. Penile carcinogenesis in a low-incidence area: a clinicopathologic and molecular analysis of 115 invasive carcinomas with special emphasis on chronic inflammatory skin diseases. *Am J Surg Pathol*. 2011 Jul;35(7):998-1006.
20. Freire MP, Pires D, Forjaz R, Sato S, Cotrim I, Stiepcich M, Scarpellini B, Truzzi JC. Genital prevalence of HPV types and co-infection in men. *Int Braz J Urol*. 2014 Jan-Feb;40(1):67-71.
21. Backes DM, Kurman RJ, Pimenta JM, Smith JS. Systematic review of human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer. *Cancer Causes Control*. 2009 May;20(4):449-57.
22. Senba M, Kumatori A, Fujita S, Jutavijittum P, Yousukh A, Moriuchi T, Nakamura T, Toriyama K. The prevalence of human papillomavirus genotypes in penile cancers from northern Thailand. *J Med Virol*. 2006 Oct;78(10):1341-6.
23. Alemany L, Cubilla A, Halc G, Kasamatsu E, Quirós B, Masferrer E, Tous S, Lloveras B, Hernández-Suarez G, Lonsdale R, Tinoco L, Alejo M, Alvarado-Cabrero I, Laco J, Guimerà N, Poblet E, Lombardi LE, Bergeron C, Clavero O, Shin HR, Ferrera A, Felix A, Germar J, Mandys V, Clavel C, Tzardi M, Pons LE, Wain V, Cruz E, Molina C, Mota JD, Jach R, Velasco J, Carrilho C, López-Revilla R, Goodman MT, Quint WG, Castellsagué X, Bravo I, Pawlita M, Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S; HPV VVAP study-group. Role of Human Papillomavirus in Penile Carcinomas Worldwide. *Eur Urol*. 2016 May;69(5):953-61.

SLING URETRAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

URINARY SLING IN URINARY INCONTINENCE

VALDIVINA ETERNA FALONE¹, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA², WINSTON ROQUE DA SILVA³, JUSCELIA RODRIGUES TELES³, LORENA TASSARA QUIRINO VIEIRA⁴, FELIPE BUFAIÇAL RASSI⁵ E WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁶

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária (IU) é um dos mais comuns problemas de saúde e que afeta principalmente mulheres. Muitas técnicas foram desenvolvidas para o tratamento da IU, porém, a que se destaca é a utilização da tela ou faixa de sling. **Objetivos:** Avaliar os resultados comparativos entre as duas principais técnicas de cirurgia de sling. **Métodos:** Revisão sistemática realizada entre os dias 4 e 8 de junho de 2018 nas bases de dados da Pubmed. **Resultados:** Encontrou-se 288 estudos com a pesquisa inicial, aplicou-se o filtro de ensaios clínicos restaram 47 artigos e filtrou-se ainda a variável ano (a partir de 2008) com 39 artigos lidos na íntegra. Na busca das pesquisadoras havia 20 artigos duplicados, que foram selecionados pela terceira pesquisadora. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, 10 artigos foram selecionados para análise. **Conclusão:** Dos estudos avaliados percebe-se que não houve diferença significativa entre os dois métodos no segmento de 12 meses. O primeiro marco diferencial foi relatado aos 18 meses onde a via retropúbica parece ser mais eficiente no grupo com deficiência esfinteriana intrínseca. Já no seguimento de 24 meses também não encontraram diferenças significativas e a satisfação do paciente permaneceu alta e a gravidade dos sintomas permaneceu melhorada. Em 5 anos de seguimento percebe-se uma piora nos sintomas urinários e qualidade de vida, sendo que mulheres com sling retropúbico relataram maior urgência urinária, mais impacto negativo na qualidade de vida e pior função sexual e porém em outro estudo não encontraram diferenças significativas. No estudo de 100 meses os pacientes estavam satisfeitos porém a taxa global de continência agravou-se para ambos.

DESCRIPTORES: SLING, RETROPÚBLICO, TRANSOBTURATÓRIO, INCONTINÊNCIA URINÁRIA.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence (UI) is one of the most common health problems and affects mainly women. Many techniques have been developed for the treatment of UI, but the highlight is the use of the screen or sling range. **Objectives:** To evaluate the comparative results between the two main techniques of sling surgery. **Methods:** Systematic review performed between June 4 and 8, 2018 in Pubmed databases. **Results:** We found 288 studies with the initial research, the clinical trial filter was applied, 47 articles remained, and the year variable (from 2008) was filtered, with 39 articles read in full. In the search of the researchers there were 20 duplicate articles, which were selected by the third researcher. When applying the inclusion and exclusion criteria, 10 articles were selected for analysis. **Conclusion:** From the studies evaluated, it was observed that there was no significant difference between the two methods in the 12-month segment. The first differential mark was reported at 18 months where the retropubic route seems to be more efficient in the group with intrinsic sphincter deficiency. In the follow-up period of 24 months, they also did not find significant differences and the patient's satisfaction remained high and the severity of the symptoms remained improved. At 5 years of follow-up, worsening of urinary symptoms and quality of life were observed. Women with retropubic sling reported greater urinary urgency, more negative impact on quality of life and worse sexual function, but in another study they did not find significant differences. In the 100-month study the patients were satisfied but the overall continence rate worsened for both.

KEYWORDS: SLING, PUBLIC HEALTH, TRANSOBTURATOR, URINARY INCONTINENCE.

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é um problema que afeta pessoas no mundo todo, principalmente mulheres, comprometendo assim o bem estar físico, emocional, psicológico,

social e sexual da mesma, com forte impacto na sua qualidade de vida. Sua fisiopatologia é multifatorial, incluindo a pressão extra-abdominal sobre o colo da bexiga, a diminuição do estrogênio, lesão do mecanismo do esfíncter, alterações no

1 - Fisioterapeuta, mestranda em Ciências da Saúde UFG

2 - Analista de Sistemas, mestranda em Ciências da Saúde UFG

3 - Acadêmicos de Medicina da UFG

4 - Acadêmica de Medicina da UniRV

5 - Médico

6 - Professor Livre-Docente Doutor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

nervo podendo, a presença de uma uretra curta, lesões na fásia e na musculatura do assoalho pélvico (MAP). E pode ainda estar relacionada ao envelhecimento^{1,2}.

A IU pode ser classificada em incontinência urinária de esforço (IUE) onde a perda involuntária de urina ocorre mediante ao esforço físico, a incontinência urinária de urgência ou Urgeincontinência (IUU), sendo definida como perda involuntária de urina associada ou imediatamente precedida de urgência miccional, incontinência urinária mista (IUM) que é a associação dos dois tipos de IU e a incontinência urinária por bexiga hiperativa (BH) que se caracteriza por contrações involuntárias do detrusor, o músculo da bexiga³.

A incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo mais comum de IU, caracterizada pela perda involuntária de urina durante a realização de esforços físicos como pegar peso, tossir ou espirrar. Sua origem é multifatorial e existem na atualidade várias técnicas para o tratamento da IU, dentre elas temos a terapia cirúrgica, farmacológica e as técnicas utilizadas pela fisioterapia⁴.

O tratamento cirúrgico, na maioria das vezes, deve ser realizado após a falha do tratamento conservador. Muitas técnicas foram desenvolvidas para o tratamento da IU, porém, a que se destaca é a utilização da tela ou faixa de sling. A palavra sling vem do inglês que significa tipoia, balanço, funda baixa ou suporte para sustentação. Essa faixa foi utilizada primeiro nas cirurgias de hérnias abdominais, posteriormente em cirurgias ortopédicas e do assoalho pélvico^{5,6}.

O sling pode ser orgânico, geralmente da aponeurose do reto abdominal e de material sintético, este por sua vez variando sua composição. Dentre os materiais sintéticos utilizados destacam-se as telas de polipropileno monofilamentar, sendo estas as mais utilizadas em todo o mundo⁷. Este tipo de material não está associado a risco de câncer e a sua utilização possui o intuito de reduzir o tempo de cirurgia bem como as morbidades recorrentes da mesma^{8,9}.

Atualmente os slings têm ampla indicação nas cirurgias de reparo da IU devido seu alto nível de sucesso nas técnicas cirúrgicas empregadas. O sling por via retropúbica foi lançado por Von Giordano em 1907, em Paris, porém apresentou-se como uma cirurgia tecnicamente difícil com alto índice de retenção urinária¹⁰.

Delorme e seus colaboradores, em 2001, desenvolveram um procedimento no qual a faixa é introduzida pelo forame obturador evitando a passagem pelo espaço retropúbico. Posteriormente essa técnica foi modificada por Jean De Leval, o criador do TVT transobturador ou TVT-O. Essa técnica é amplamente utilizada na atualidade e apresenta resultados satisfatórios^{10,11}.

As principais vantagens do sling transobturatório são a simplicidade da técnica cirúrgica e a baixa frequência de complicações, evitando incisões abdominais e a passagem da agulha no espaço retropúbico o que diminui os riscos de lesões graves de bexiga, alças intestinais, vasos sanguíneos e nervos¹².

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados comparativos entre as duas principais técnicas de cirurgia de sling.

2. MÉTODO

Para a seleção utilizou-se a técnica de revisão sistemática no intuito de identificar apenas ensaios clínicos que fizesse o comparativo entre as duas técnicas. A busca bibliográfica foi realizada entre os dias 4 e 8 de junho de 2018 nas bases de dados da Pubmed. Foram utilizadas como estratégias de busca as palavras-chave retropubic, transobturador e sling. Duas pesquisadoras realizaram as buscas de forma independente e cega e os resultados foram confrontados por uma terceira pesquisadora.

Foram considerados os estudos do tipo ensaios clínicos randomizados publicados em português ou inglês. Os critérios estabelecidos para análise dos artigos foram: a) comparação entre os métodos retropúbico e transobturador; b) amostra composta por mulheres; c) estudos publicados a partir de 2008. Os artigos foram analisados na íntegra por meio de roteiro estruturado com os seguintes itens: amostra, desfechos e efeitos encontrados. Para avaliação do nível de evidência e grau de recomendação dos estudos foi utilizada a do Centro de Medicina Baseada em Evidências Oxford e para a avaliação metodológica utilizou-se a escala de Jadad.

3. RESULTADOS

Encontrou-se 288 estudos com a pesquisa inicial, aplicou-se o filtro de ensaios clínicos, restaram 47 artigos e filtrou-se ainda a variável ano (a partir de 2008) com 39 artigos lidos na íntegra. Na busca das pesquisadoras havia 20 artigos duplicados, que foram selecionados pela terceira pesquisadora. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, 10 artigos foram selecionados para análise, conforme demonstra a figura 1.

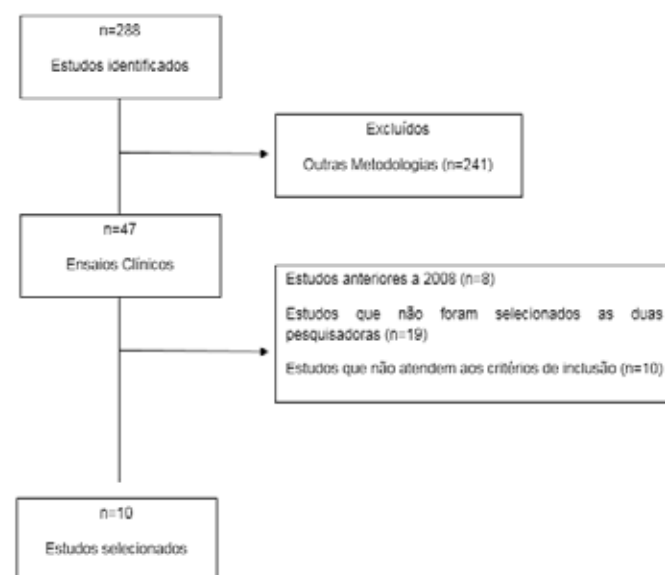


Figura 1: Fluxograma da busca e seleção dos artigos incluídos nesta revisão

A Tabela 1 apresenta os estudos selecionados quanto ao título e ano, amostra e segmento, grau de evidência,

nível de recomendação, avaliação na escala Jadad e desfecho principal.

Tabela 1 – Estudos selecionados

Título/ano	Amostra/ segmento	Grau de evidência	Nível de Recomendação	Jadad	Desfecho
5-year longitudinal followup after retropubic and transobturator mid urethral slings Kenton et al (2015) ¹³	404 60 meses	1b	A	4	Mulheres submetidas a procedimento de sling transobturatório relataram melhora mais sustentada dos sintomas urinários e da função sexual.
Five-year results of a randomized trial comparing retropubic and transobturator midurethral slings for stress incontinence. Laurikainen et al (2014) ¹⁴	273 60 meses	1b	A	5	Taxas de cura objetivas e subjetivas foram > 80% em ambos os grupos
Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. Richter et al (2010) ¹⁵	565 12 meses	1b	A	3	As taxas de 12 meses de sucesso avaliadas objetivamente de tratamento para incontinência de estresse com as abordagens retropúbica e transobturadora preencheram os critérios pré-especificados para equivalência; as taxas de sucesso avaliadas subjetivamente foram semelhantes entre os grupos, mas não atenderam aos critérios de equivalência.
Treatment success of retropubic and transobturator mid urethral slings at 24 months. Albo et al (2012) ¹⁶	516 24 meses	1b	A	3	As taxas de sucesso objetivas preencheram os critérios de equivalência aos 12 meses, mas não mais atendiam a esses critérios aos 24 meses.
[Retropubic and transobturator sling in treatment of stress urinary incontinence Tanuri et al (2010) ¹⁰	30 12 meses	1b	A	4	Lingas retropúbicas e transobturadoras foram eficazes para o tratamento de mulheres com IUE aos 12 meses de seguimento. Ambas as técnicas apresentaram taxas de cura significativas e melhoraram a qualidade de vida com baixas taxas de complicações.
Twelve months effect on voiding function of retropubic compared with outside-in and inside-out transobturator midurethral slings. Scheiner et al (2012) ¹⁷	80 12 meses	1b	A	4	Não houve diferença para Qmax aos 12 meses entre TVT, TOT e TVT-O. A disfunção sexual feminina e a exposição à fita podem ser maiores com uma fita transobturadora.
The clinical effectiveness of retropubic (IVS-02) and transobturator (IVS-04) midurethral slings: randomized trial. Rechberger et al (2009) ¹⁸	398 18 meses	1b	A	5	Em um acompanhamento de 18 meses, a eficácia de ambas as técnicas é comparável; no entanto, a via retropúbica parece ser mais eficiente no grupo com deficiência esfíncteriana intrínseca (DSI).
Functional results following transobturator and retropubic mid-urethral sling Trichot et al (2010) ¹⁹	132 24 meses	1b	A	4	Os procedimentos de TVT e TVT-O estão associados a um aumento na qualidade de vida, sem diferenças significativas nos resultados funcionais em dois anos de acompanhamento.
Comparison of retropubic and transobturator tension-free vaginal implants for the treatment of stress urinary incontinence. Castillo-Pino, Sasson e Pons (2010) ²⁰	104 24 meses	1b	A	3	Complicações e desfechos comparáveis foram observados com TVT e TOT. Os implantes vaginais livres de tensão são eficazes para o tratamento da incontinência urinária de esforço feminina.
Long-term efficacy of the trans-obturator and retropubic mid-urethral slings for stress urinary incontinence: update from a randomized clinical trial. Constantini et al (2016) ²¹	87 100 meses	1b	A	4	Os pacientes de ambos os grupos estavam muito satisfeitos no acompanhamento a longo prazo. A taxa global de continência piorou para ambos os grupos em 25 meses. Enquanto os resultados tendem a se estabilizar no grupo TVT, foi observado um declínio adicional no TOT.

4. DISCUSSÃO

Scheineret al¹⁷ avaliaram os dois métodos por 12 meses em 80 mulheres e não encontraram nenhuma diferença entre os grupos, porém em relação a disfunção sexual a fita transobturadora apresentou uma maior prevalência.

Tanuri et al¹⁰ em 30 pacientes realizadas cirurgias aleatórias nas duas modalidades, sendo avaliados antes do tratamento e 1, 6 e 12 meses após o tratamento com base na história clínica, exame físico, questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire), teste de almofada e avaliação urodinâmica. Um ano após a cirurgia, os parâmetros de incontinência e qualidade de vida melhoraram significativamente em ambos os grupos e não houve diferenças entre eles. Houve uma redução significativa nos pesos do teste de almofada em ambos os grupos. De acordo com a avaliação urodinâmica, 12 meses após a cirurgia, as taxas de cura foram de 84,2% para o grupo transobturatório e 88,8% para o grupo retropúbico. As taxas de cura subjetiva foram 85% no grupo transobturatório e 88,8% no grupo retropúbico. Nenhuma diferença significativa foi observada nas taxas de complicações.

Richter et al¹⁵ observou 565 (94,6%) aos 12 meses de cirurgias e as taxas de sucesso do tratamento avaliadas objetivamente foram 80,8% no grupo sling retropúbico e 77,7% no grupo sling transobturador. As taxas de sucesso subjetivamente avaliadas foram de 62,2% e 55,8%, respectivamente. As taxas de disfunção miccional requerendo cirurgia foram de 2,7% naqueles que receberam slings retropúbicos e 0% naqueles que receberam sling transobturatório ($P = 0,004$), e as respectivas taxas de sintomas neurológicos foram de 4,0% e 9,4% ($P = 0,01$). Não houve diferenças significativas entre os grupos em incontinência de urgência no pós-operatório, satisfação com os resultados do procedimento ou qualidade de vida.

Rechberger et al¹⁸ comparou as duas técnicas em 398 e após 18 meses observou-se que nenhuma lesão da bexiga ocorreu no grupo de sling transobturatório (IVS-04), enquanto 13 perfurações intra-operatórias da bexiga (6,5%) ocorreram no grupo de sling retropúbico (IVS-02) ($p < 0,001$). No seguimento de 18 meses, a eficácia de ambas as técnicas é comparável; no entanto, a via retropúbica parece ser mais eficiente no grupo com deficiência esfinteriana intrínseca.

Castillo-Pino; Sasson e Pons²⁰ avaliaram 104 pacientes a com avaliações agendadas 6 semanas, depois 3, 6, 12 e 24 meses após a cirurgia e não encontraram diferenças significativas entre os grupos em termos de complicações (disfunção miccional anormal, infecções urinárias e bexiga hiperativa).

Trichot et al¹⁹ avaliaram 132 mulheres completaram um acompanhamento de 24 meses e não houve diferença significativa entre os dois grupos, em relação aos dados urodinâmicos (excluindo urofluxometria) aos 12 meses de seguimento,

resultados funcionais e sexuais aos 6, 12 e 24 meses de seguimento. Em relação aos resultados sexuais, foi observada uma melhoria nos escores da escala analógica visual em ambos os grupos no seguimento de 24 meses sem diferença entre os dois grupos: escore mediano aumentou de 70 (IQR: 50-80) no pré-operatório para 90 (IQR: 70-100) aos 24 meses de acompanhamento.

Alboet al¹⁶ pesquisaram 516 mulheres em 24 meses e as taxas de sucesso para slings uretral retropúbica e transobturadora foram de 77,3% e 72,3%, respectivamente. O grupo sling uretral retropúbico apresentou maiores taxas de disfunção miccional e infecções do trato urinário, enquanto o grupo transobturatório apresentou mais sintomas neurológicos. A satisfação do paciente permaneceu alta e a gravidade dos sintomas permaneceu marcadamente melhorada.

Kentonet al¹³ reavaliaram mulheres por 5 anos, 404 pacientes, o sucesso foi 7,9% maior nas mulheres alocadas no sling retropúbico em comparação ao sling transobturatório. A satisfação diminuiu durante 5 anos, mas permaneceu alta e semelhante entre os braços (sling retropúbico 79% vs sling transobturatório 85%, $p = 0,15$). Sintomas urinários e qualidade de vida pioraram com o tempo ($p < 0,001$), e mulheres com sling retropúbico relataram maior urgência urinária ($p = 0,001$), mais impacto negativo na qualidade de vida ($p = 0,02$) e pior função sexual ($p = 0,001$). Não houve diferença na proporção de mulheres que sofreram pelo menos um evento adverso ($p = 0,17$). Sete novas erosões de tela foram observadas (sling retropúbico 3, sling transobturatório 4).

Laurikainen et al¹⁴ avaliou a taxa de sucesso dos dois métodos por 5 anos e ambas as taxas de cura objetiva e subjetiva foram $> 80\%$ em ambos os grupos, consideraram baixas as taxas de complicações e não encontraram diferença entre os grupos. Não foram observados efeitos adversos tardios do material da fita.

Costantini et al²¹ Oitenta e sete pacientes foram avaliados em um acompanhamento médio de 100 meses. Os pacientes de ambos os grupos estavam muito satisfeitos no seguimento a longo prazo. A taxa global de continência agravou-se para ambos os grupos em 25 meses.

5. CONCLUSÃO

Dos estudos avaliados a taxa de continência média global foi de 85%, porém, percebe-se que não houve diferença significativa entre os dois métodos no seguimento de 12 meses. O primeiro marco diferencial foi relatado aos 18 meses onde a via retropúbica parece ser mais eficiente no grupo com deficiência esfinteriana intrínseca.

Já no seguimento de 24 meses também não encontraram diferenças significativas e a satisfação do paciente permaneceu alta e a gravidade dos sintomas permaneceu melhorada.

Em 5 anos de seguimento percebe-se uma piora nos sintomas urinários e qualidade de vida, sendo que mulheres com sling retropúbico relataram maior urgência urinária, mais impacto negativo na qualidade de vida e pior função sexual e porém em outro estudo não encontraram diferenças significativas.

No estudo de 100 meses os pacientes estavam satisfeitos porém a taxa global de continência agravou-se para ambos.

REFERÊNCIAS

1. Knorst MR, Resende TL, Santos TC, Goldim JR. Influência da intervenção fisioterapêutica ambulatorial sobre a musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Braz J Phys Ther.*, 2013;17(5):442-449.
2. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(8):1756-1762.
3. Almeida PP, Machado LRG. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. *FisioterMov.*, 2012;25(1):55-65.
4. Auge AP, Zucchi CM, Costa FMP, Nunes C, Medeiros LP, Silva PVF, Ramos TU. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 2006;28(6):352-357.
5. Feuser MR. Comportamento da continência urinária após tratamento cirúrgico com faixa sintética (Sling): um estudo de caso. *Arq Cat Med.*, 2001;40(2): 41-6.
6. Alinsod R, Facog F. Recent advances in tape slings for female urinary stress incontinence. *Rev Obstet Gynecol.*, 2009;2(1):46-50.
7. Bazi T, Kerkhof MH, Takahashi SI, Abdel-Fattah M; IUGA Research and Development Committee. Management of post-midurethral sling voiding dysfunction. International Urogynecological Association research and development committee opinion. *Int Urogynecol J.*, 2018;29(1):23-28.
8. Altman D, Rogers RG, Yin L, Tamussino K, Ye W, Iglesia CB. Cancer Risk After Midurethral Sling Surgery Using Polypropylene Mesh. *Obstet Gynecol.*, 2018;131(3): 469-474.
9. Sartori JP, Martins JAM, Castro RA, Sartori MGF, Girão MJBC. Sling de aponeurose e com faixa sintética sem tensão para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 2008;30(3): 127-134.
10. Tanuri ALS, Feldner Jr PC, Bella ZIKJ, Castro RA, Sartori MGF, Girão MJBC. Retropubic and transobturator sling in treatment of stress urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras*, 2010; 56(3):348-54.
11. Youn, C. S; Shin, J. H; Na YG. Comparison of TOA and TOT for treating female stress urinary incontinence: short-term outcomes. *Korean J Urol*, 2010, 51(1):544-9.
12. Silveira ABFN, Fogiatto D, Kulak Júnior J, Busato D, Francisco JAF. Sling transobturatório: resultados de um centro de uroginecologia em Curitiba no ano de 2004. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 2007, 34(2):123-126.
13. Kenton K, Stoddard AM, Zyczynski H, Albo M, Richey L, Norton P, Wai C, Kraus SR, Sirls LT, Kusek JW, Litman HJ, Chang RP, Richter HE. 5-year longitudinal followup after retropubic and transobturator mid urethral slings. *J Urol.* 2015 Jan;193(1):203-10.
14. Laurikainen E, Valpas A, Aukee P, Kivelä A, Rinne K, Takala T, Nilsson CG. Five-year results of a randomized trial comparing retropubic and transobturator midurethral slings for stress incontinence. *Eur Urol.* 2014 Jun;65(6):1109-14.
15. Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, Kenton K, Norton PA, Sirls LT, Kraus SR, Chai TC, Lemack GE, Dandreo KJ, Varner RE, Menefee S. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med.*, 2010, 362(22): 2066-76.
16. Albo, M.E. Litman HJ, Richter HE, Lemack GE, Sirls LT, Chai TC, Norton P, Kraus SR, Zyczynski H, Kenton K, Gormley EA, Kusek JW; Urinary Incontinence Treatment Network. Treatment success of retropubic and transobturator mid urethral slings at 24 months. *J Urol.* 2012 Dec;188(6):2281-7.
17. Scheiner DA, Betschart C, Wiederkehr S, Seifert B, Fink D, Perucchini D. Twelve months effect on voiding function of retropubic compared with outside-in and inside-out transobturator midurethral slings. *Int Urogynecol J.* 2012 Feb;23(2):197-206.
18. Rechberger T, Futyma K, Jankiewicz K, Adamiak A, Skorupski P. The clinical effectiveness of retropubic (IVS-02) and transobturator (IVS-04) midurethral slings: randomized trial. *Eur Urol.* 2009 Jul;56(1):24-30.
19. Trichot C, Salet-Lizee D, Descamps P, Deval B, Hocke C, Fatton B, de Tayrac R, Desseaux K, Leveque J, Giacalone PL, Fernandez H, Deffieux X. Functional results following transobturator and retropubic mid-urethral sling. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2010 Dec;39(8):614-23.
20. Castillo-Pino E, Sasson A, Pons JE. Comparison of retropubic and transobturator tension-free vaginal implants for the treatment of stress urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet.*, 2010;110(1): 23-6.
21. Costantini E, Kocjancic E, Lazzeri M, Giannantoni A, Zucchi A, Carbone A, Bini V, Palleschi G3, Pastore AL, Porena M. Long-term efficacy of the trans-obturator and retropubic mid-urethral slings for stress urinary incontinence: update from a randomized clinical trial. *World J Urol.* 2016 Apr;34(4):585-93.

DOENÇA DE KIENBÖCK COM VARIÂNCIA CUBITAL NEUTRA: RELATO DE CASO

KIENBÖCK'S DISEASE WITH NO CUBITAL VARIANCE: CASE REPORT

MILENE LACERDA MACEDO FALCÃO HORA¹, THIAGO FALCÃO HORA¹, VERÔNICA BELLONI¹, ADRIANE ALBUQUERQUE E SILVA MESSIAS¹, FREDERICO BARRA DE MORAES¹, FABIANO INÁCIO DE SOUZA¹

RESUMO

A doença de Kienböck é definida pela necrose avascular do semilunar e compromete preferencialmente indivíduos masculinos, entre 20 e 40 anos. A fisiopatologia é multifatorial. O quadro clínico apresenta-se com dor e diminuição progressiva da força, que evolui para instabilidade no carpo e artrose degenerativa. A radiografia é um exame fundamental de diagnóstico, mas a ressonância assume particular importância para o diagnóstico nos estádios iniciais. A classificação mais aceita é a de Lichtman usada para definir o tratamento clínico e procedimento cirúrgico mais apropriado. Nós reportamos um caso de um paciente com 46 anos de idade quando iniciou os sintomas e que o diagnóstico final de Doença de Kienböck só aconteceu 10 anos depois. O diagnóstico e tratamento tardio foram fatores negativos para o prognóstico e sequela de limitação funcional.

DESCRIPTORES: DOENÇA DE KIENBÖCK; SEMILUNAR; CARPO; VARIÂNCIA CUBITAL; LICHTMAN.

ABSTRACT

Kienböck disease is defined by avascular necrosis of the lunate and affects preferably men, between 20 to 40 years old. Pathophysiology is multifactorial. Clinically, patients present with pain and decreased muscle strength, progressing to carpal instability and degenerative arthritis. Radiography is a key diagnostic test, but MRI is particularly important to the diagnosis in the early stages. Most accepted classification is the Lichtman and used to define clinical conduct and the most appropriate surgical procedure. We report a case where patient was 46 years old when started the symptoms and the final diagnosis, kienböck's disease, happened ten years later, diagnosis and treatment were negative factors to prognosis and consequences of the functional limitation.

KEYWORDS: KIENBÖCK'S DISEASE; LUNATE; CARPAL; CUBITAL VARIANCE; LICHTMAN.

INTRODUÇÃO

A Doença de Kienböck descrita pela primeira vez, em 1910, por Robert Kienböck, um radiologista austríaco, representa necrose avascular do semilunar- Osteonecrose, distúrbios na vascularização do semilunar, causados pela ruptura de ligamentos e vasos sanguíneos durante uma contusão, entorse ou subluxação (1,2).

Considerada rara, afeta menos que 200.000 pessoas nos Estados Unidos (3,4), acomete preferencialmente indivíduos masculinos entre os 20 e 40 anos, sendo a idade de início da sintomatologia maior que 30 anos, o principal fator de piora do prognóstico (4). As diversas intervenções cirúrgicas que têm sido empregadas, de acordo com o estágio apresentado, ainda não demonstram, definitivamente, alterar a história natural da doença (5,6).

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de diagnóstico tardio de Doença de Kienböck, o qual a abordagem conservadora que seria primeira linha terapêutica, teve que ser desconsiderada e seguiu para intervenções cirúrgicas, pois já encontrava-se em estágio IIIB de Lichtman et al. (3) que evoluiu com dor nociceptiva a qual melhorou após segunda estabilização do punho e dor neuropática crônica que apresentou controle significativo após uso de medicações neuromoduladoras e reabilitação. Infelizmente, persistiu a limitação funcional, evoluiu para afastamento definitivo do labor e necessidade de reduzir as atividades diárias com o uso da mão direita.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 61 anos de idade, branco, natural de Formosa-Goiás e técnico de radiologia, aposentado, por

1 - Médico (a) especialista em Dor – BONES

invalidez há 2 meses. Apresenta como comorbidades: déficit auditivo neurossensorial bilateral, artrose facetária cervical C4 a C7 e síndrome do manguito rotador do ombro direito. Em meados de março de 2003, iniciou quadro de dor em punho direito, tipo pontada, constante e com presença de edema no final do dia, a qual hoje pontua a dor daquela época com escala visual analógica (EVA) 05. Na ocasião nega que a dor tenha evoluído consequente a trauma e não correlaciona os sintomas com atividade ocupacional exercida.

Durante os dez anos subsequentes, foi avaliado pela ortopedia, reumatologia e fisioterapia, sendo caracterizado algumas vezes como tendinite, sinovite e lesões por esforços repetitivos. Radiografias sem alterações específicas e importantes, sendo prescrito analgésicos, anti-inflamatórios e fisioterapia, mas evoluía com períodos de piora da dor e outros apenas oligosintomático (figura 1A).

Avaliado em maio de 2014 com dor progressiva e piora importante da funcionalidade, EVA 09, com limitação importante da supinação do punho direito, preensão diminuída e em uso de órtese para punho permanente. Radiografia com redução do espaço rádio cárpico, esclerose do rádio e cisto subcondral de 0,7cm na faceta lunatoradial, com irregularidade e colapso da bolsa lateral do semilunar a superfície escafolunar, desalinhamento do primeiro raio carpal e calcificação do espaço.



Figura 1 – Radiografias do punho direito em ântero-posterior, no início do tratamento sem alterações significativas (A), e antes da primeira cirurgia, já com colapso do semilunar (B).

Exame de ressonância magnética (RM) evidencia presença de cisto no carpo melhor definido do que na radiografia, semilunar caracterizado com colapso, fragmentação e desarranjo bem importante, e variância cubital neutra. Fossa escafoide é bem posicionada e ainda sem sinais de artrose, sendo classificado como doença de Kienbock IIIA (figura 2).

Paciente foi então submetido em 09 de fevereiro de 2015 à artrodese parcial, triarticular, entre trapézio-trapezoide-escafoide, com fixação utilizando fios de Kirshener e enxerto ósseo, o qual foi retirado do rádio distal direito (figura 3). Após 6 meses da artrodese parcial, evoluiu com consolidação, porém desenvolveu distrofia simpático reflexa. Na ocasião apresentava

rigidez dos dedos da mão e do punho, alodínea ao toque e limitação da qualidade funcional. Retornou ao tratamento de reabilitação com fisioterapia e opioides, mas mantinha EVA7. Realizou RM em 16 de fevereiro de 2016 que evidenciou artrodese entre o escafoide, trapézio e trapezoide, artefatos metálicos na borda radial, sinovite radiocárpica, e entre os ossos da primeira fileira do carpo. Alterações degenerativas avançadas do semilunar que está mais fragmentado, dimensões mais reduzidas, mantendo formações císticas no seu interior e novos focos de realce pelo contraste na porção medial e o escafoide também já está com sinais de artrose degenerativa.

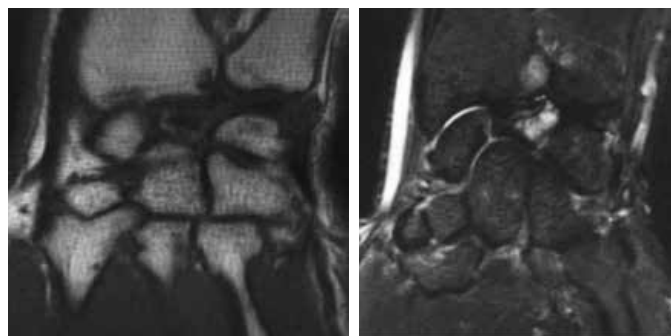


Figura 2 – Ressonância magnética corte coronal em T1 (A) e em T2 (B) evidencia presença de cisto no carpo, semilunar fragmentado e variância cubital neutra, sem sinais de artrose (Kienbock IIIA).

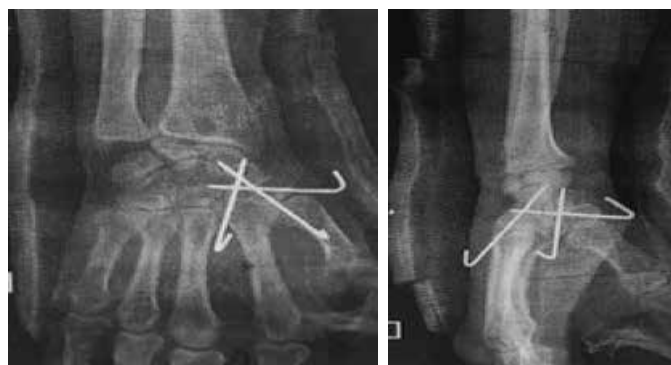


Figura 3 – Radiografias do punho direito em ântero-posterior (A) e em perfil (B), evidenciando artrodese entre trapézio-trapezoide-escafoide, fixação com fios de Kirshener.



Figura 4 – Radiografias do punho direito em ântero-posterior (A) e em perfil (B), evidenciando artrodese total do punho direito, fixação por placa e 8 parafusos na face dorsal do rádio, carpo e terceiro metacarpo, com ângulo de 30 graus.

Realizado após 2 anos e 4 meses da artrodese parcial, em 07 de junho de 2017, artrodese total do punho direito, decorticando as articulações radiocárpica e intercárpica, fixação por placa e 8 parafusos na face dorsal do rádio, carpo e terceiro metacarpo, com ângulo de 30 graus. Em torno de 7 meses a artrodese encontrava-se consolidada e com instrumental bem posicionado, houve melhora da dor, passando para EVA 05 (figura 4).

Atendido em abril de 2018 e pela avaliação encontrava-se com EVA 5, dor na execução dos movimentos e queixas de limitação pós artrodese total, questionário de dor neuropática (DN4) 04, nesse caso dor mista, nociceptiva e neuropática crônica, com queixa de queimação, pontada, formigamento e choque no punho direito e irradiação para todos os quíro-dáctilos, associado à insônia e ansiedade. Prescrito patch de lidocaína 5%, mantido amitriptilina 25mg noite e prescrito gabapentina 900mg noite.

Na avaliação em maio de 2018 refere melhora das queixas algícas no punho direito, apenas com relato de dificuldade em realizar o extremo de flexão e extensão dos dedos da mão direita. Houve melhora da dor EVA 3, com estabilização do punho, mas houve perda da funcionalidade e dificuldade para realizar atividades diárias. Exame físico do punho direito estável, amplitude de movimentos e prono-supinação preservadas. A conduta assumida foi manter o uso do punho direito conforme tolerância, reabilitação funcional, mantido medicação prescrita e postergada a retirada do material.

DISCUSSÃO

A doença de Kienböck (DK) foi descrita em 1910 e, passados mais de 100 anos, mantém-se incerta a sua etiologia, história natural e o correto tratamento. Apesar disso, podemos afirmar que as alterações visualizadas na radiografia são devidas a necrose avascular do semilunar, afeta ambos os lados igualmente, raramente é bilateral, raro acometer crianças e a relação causal entre microtraumas repetitivos é fraca, sendo frequente um evento traumático específico, meses, ou mesmo anos, antes do diagnóstico (6). No caso relatado, o mesmo não se recorda de trauma que tenha dado início à dor do punho e nem relaciona com a atividade exercida de técnico de radiologia.

A fisiopatologia da DK tem como teoria mais aceita o fato da maioria dos semilunares tem a vascularização arterial com vasos da região palmar e dorsal em 74%, mas em 26% existem apenas vasos palmares, o que torna mais vulnerável a vascularização da face dorsal do pisiforme. Além da vascularização do semilunar, a ramificação vascular intra-óssea, tipos: I, X e Y, sendo o tipo I com o maior risco de DK, representante 33% (5,6).

A variância cubital negativa ocorre quando o cúbito é anormalmente menor que o rádio, dos doentes com DK 78%

apresentam essa variação e progressão da doença, considera-se então a variância cubital positiva ou neutra fator de proteção, o que no relato do nosso caso mesmo apresentando variância neutra, proporcionalidade na extensão dos tamanhos do cubital e rádio, além de apresentar a DK, teve uma progressão rápida. (7)

O diagnóstico da DK é baseado na história clínica, exame físico, radiografia, tomografia axial computadorizada (TAC) e ressonância magnética (RM) (8,9). O curso da doença é muito variável, mas tem em comum a demora dos pacientes em recorrerem a serviço médico ou a conclusão tardia do diagnóstico, no nosso caso apresentado decorreu 10 anos entre consultórios ortopédicos, radiografias com alterações mínimas e sessões de fisioterapia ineficientes. A clínica apresentada são dor a digito-pressão e ao movimento, diminuição da preensão e na flexão e extensão extrema do punho, que com a evolução da doença, ocorre instabilidade do punho, o qual necessita de artrodese parcial ou total e termina com artrose degenerativa avançada (1,2).

A radiografia é um exame fundamental para DK, sempre devendo ser realizada em incidência AP, lateral e oblíqua, nos estádios iniciais apresentam-se normais ou com alterações discretas, embora nem sempre correlacione com o grau de sintomatologia. Serve para avaliar a variância cubital, inclinação radial, ângulo rádio escafoide. Existem três tipos de semilunar baseado no ângulo entre o escafoide lateral e a superfície radial proximal. Tipo I: ângulo $> 130^\circ$; Tipo II: ângulo $< 130^\circ$ (em torno de 100°); Tipo III: facetas onde uma articula com o rádio e a outra com o piramidal (16), inclinação radial, tamanho e morfologia do semilunar. A tomografia axial do carpo é útil em estádios mais avançados, quando já ocorreu o colapso do semilunar, avaliar grau de segmentação, colapso da superfície articular e perda da geometria do semilunar (16).

A RM assume papel importante para realizar diagnóstico precoce, desacelerando ou até impedindo futuras intervenções cirúrgicas que limitam a funcionalidade do membro afetado e o desenvolvimento de artrose degenerativa avançada. As imagens em T1 demonstram diminuição da intensidade do sinal, pela diminuição da vascularização, lembrando que outras patologias como tumores podem se assemelhar também, mas na DK, todo o semilunar é acometido difusamente (4,5). No nosso relato embora o mesmo trabalhe como técnico de radiologia, no início da sintomatologia fez vários RX os quais não ajudaram na elucidação diagnóstica, a RM pelo alto custo e dificuldade de acesso na rede pública só foi realizada vários anos depois, quando já se encontrava em estágio III.

O estadiamento da DK é fundamental para definição do tratamento e prognóstico (3). As primeiras classificações baseavam-se na descrição radiológicas e patológica da DK Stanley 1947 e Decoulx 1957. Em 1977, surgiu a descrição

de Lichtman et al, baseada apenas em achados radiográficos. Atualmente é a classificação mais confiável e reprodutível (1,3). Infelizmente o estágio III é o mais comum como forma de apresentação da DK, os casos ainda enquadrados como I e II, ficam no meio das tenossinovites, entorses traumáticas, postura inadequada, esforços repetitivos.

Os principais objetivos do tratamento da DK são aliviar a dor, melhorar a função e limitar a progressão da doença (9). Embora a deterioração radiológica progressiva ocorra na maioria dos doentes, esta não se relaciona diretamente com a sintomatologia (1,9). O tratamento conservador é de primeira linha: analgésicos, correta imobilização e reabilitação. A opção de tratamento cirúrgico é ditada pela sintomatologia apresentada pelo doente e pelos déficits funcionais sequelares, devendo levar sempre em conta, a idade do doente, o estágio da doença, a variância cubital e inclinação radial (10 e 14).

Se conseguido diagnosticar no estágio I, às vezes com uma simples imobilização, aliviamos a carga sobre o semilunar, favorecendo a vascularização. No caso de variância cubital neutra ou positiva a revascularização do semilunar pela implantação de um pedículo arteriovenoso ou de enxerto ósseo vascularizado, pode estar indicada (16). Na variância cubital negativa pode se restabelecer a biomecânica, pelo encurtamento do rádio ou pelo alongamento do cúbito, tendo o primeiro melhor prognóstico e menos complicações (10,11).

Nos estádios II e IIIA o objetivo além de tentar restaurar a vascularização do semilunar, a utilização de fixadores externos para diminuição da carga mecânica sobre o semilunar, no caso apresentado foi feita fixação triarticular trapézio -trapezoide-escafoide, com fio de KW e enxerto ósseo, o qual foi retirado do rádio distal direito, essa osteotomia é em cunha ou cúpula, servem para diminuir a inclinação radial, aumentar a área de contato do rádio com o semilunar e assim diminuir a força de transmissão rádio-semilunar e capitato-semilunar (12-14). As osteotomias do rádio apresentam bons resultados para o alívio da dor e a melhoria da força de preensão a longo prazo (12).

Em um período de 2 anos e 4 meses pós artrodese parcial, houve evolução para instabilidade do carpo, estágio III B, evoluindo para estágio IV com alterações degenerativas progressivas da superfície articular da articulação radiocarpica e mediocarpica, sendo optado por realizar artrodese total do punho direito. Uma outra opção seria a carpectomia da fileira proximal do carpo, que também é uma opção para estabilizar o carpo com preservação dos movimentos (13,14).

BIBLIOGRAFIA

1. Lee Squitieri BS, Kevin C. Chung. MD. Publication Bias in Kienböck's Disease: Systematic Review. *RevPortOrtopTraum* 2016. 24 (2):112-20.
2. Lichtman D, Lesley N, Simmons S. The classification and treatment of Kienböck's disease. *J HandSurg.* 2010; 35:349-54.

3. Lutsky K, Beredjiklian P. Kienböck disease. *J HandSurg.* 2012; 37: 1942-52.
4. Schuind F, Eslami S, Ledoux P. Kienböck's disease. *J Bone Joint Surg.* 2008;90:133-9.
5. Dias J, Lunn P. Ten questions on Kienböck's disease of the lunate. *J HandSurg.* 2010;35:538-43.
6. Chen W. Petter to the editor: Kienböck's Disease and negative Ulnar variance. *J Bone Joint Surg.* 2000; 82:143-144.
7. Fontains C. Kienböck's disease. *Chir Main.* 2015;34:4-17.
8. Beredjiklian P. Kienböck's disease. *J HandSurg.* 2009;34:167-75.
9. Salmon J, Stanley J, Trail I. Kienböck's disease: conservative management versus radial shortening. *J Bone Joint Surg.* 2000;82:820-3.
10. Afshar A. Lunate revascularization after capitate shortening osteotomy in Kienböck's disease. *J HandSurg.* 2010;35:1943-6.
11. Iwasaki N, Minami A, Oizumi N, Yamane S. Predictors of clinical results of radial osteotomies for Kienböck's disease. *ClinOrthop.* 2003;415:157-62.
12. Smet L, Robijns P, Degreef I. Proximal row carpectomy in advanced Kienböck's disease. *J Hand Surg.* 2005;30:585-7.
13. Sauerbier M, Tränkle M, Erdmann D. Functional outcome with scapho-trapezio-trapezoid arthrodesis in the treatment of Kienböck disease Stage III. *Ann Plast surg.* 2000;44:618-25.
14. Keith P, Nuttall D, Trail I. Long term outcome of nonsurgically managed Kienböck disease. *J Hand Surg.* 2004;29:63-7.
15. Armais J. Imaging of Kienböck disease. *American Journal of Roentgenology.* 2014;203: 131-9.
16. Bochud R, Bückler U. Kienböck's disease, early stage reconstruction and core revascularization of the lunate. *J Hand Surg.* 2010;35:1943-6.

TORNE-SE UM ASSOCIADO DA AMG, FORTALEÇA A MEDICINA GOIANA E GANHE VANTAGENS COMO?



ASSOCIAÇÃO
MÉDICA DE GOIÁS



DESCONTO NO ÓRION COMPLEX

Médicos associados à Associação Médica de Goiás possuem desconto especial no aluguel das salas comerciais, de propriedade da entidade. Para maiores informações, ligue (62) 3238-2300 ou (62) 9.9222-1558 (URBS).



ACESSO À BIBLIOTECA VIRTUAL

Outra vantagem para os médicos associados é o acesso gratuito à Biblioteca Virtual da Associação Médica de Goiás, em parceria com a Associação Médica de Minas Gerais. São mais de 3 milhões de artigos científicos e mais de 7 mil títulos disponíveis em todas as especialidades médicas. Pesquisa nas plataformas Lilacs, Pubmed e Medline.

E OUTROS CONVÊNIOS

Informações em www.amg.org.br



Centro de Diagnósticos Unimed

Faça todos os seus exames de imagem no mesmo lugar.

- PET-CT
- Ressonância Magnética
- Tomografia Computadorizada
- Mamografia Digital
- Densitometria Óssea
- Raio-X Digital
- Ultrassonografia
- Ecodopplercardiograma
- Doppler Vascular
- Mapa

Dr. Maurício Guilherme Campos Viggiano
Diretor Técnico
CRM-GO 930 / RQE 2383

📍 Av. T-7, nº 470, St. Bueno.

🅐 Estacionamento grátis com manobrista

🕒 Agende: **3216-9615** | seg. a sex.: 7h às 19h | sáb.: 7h às 13h

💻 Resultados via web: www.unimedgoiania.coop.br

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

ANS - Nº 382876



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Unimed 
Goiânia

JUNTOS,
chegamos
aos

2

BILHÕES
• EM ATIVOS •

Essa conquista é **RESULTADO**
DA NOSSA UNIÃO E DA SUA
CONFIANÇA.

26 ANOS DE HISTÓRIA + **DE 20 MIL** ASSOCIADOS



Mais de R\$ 1 bilhão
em operações de crédito;



Presente em TO, GO, DF e SP;



Uma das maiores instituições
financeiras do Brasil;



Patrimônio líquido
de R\$ 394 milhões;



Crescimento contínuo.

R\$ 2 BILHÕES EM ATIVOS
VOCÊ FAZ PARTE DE TUDO ISSO!