

ACERVO
Mais Revistas

As publicações mais rápidas do país!



Indexada

periodicos

latindex

Sumários.org

Anais



do Colégio Médico Acadêmico do Piauí

ISSN 2445-5283

II CONGRESSO BRASILEIRO MÉDICO ACADÊMICO

X CONGRESSO NORDESTINO MÉDICO ACADÊMICO COMANE
XXVI CONGRESSO MÉDICO ACADÊMICO DO PIAUÍ COMAPI
11 a 15 de setembro de 2019 | Teresina - Piauí

Volume 26, Número 01, 2019.

BRAGA T. J.

SUMÁRIO

RELATOS DE CASO	101
RC45 - SIMPATECTOMIA LOMBAR PARA TRATAMENTO DE ISQUEMIA EM PACIENTE COM ESCLEROSE SISTÊMICA: UM RELATO DE CASO	101
RC46 - SÍNDROME DA FOME ÓSSEA: UM GRAVE DISTÚRBIO NO PÓS-OPERATÓRIO DE PARATIREOIDECTOMIA	102
RC47 - SÍNDROME DE RAYMOND EM UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO DE PONTE	103
RC48- SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO	104
RC49 - SÍNDROME DE WAARDENBURG: RELATO DE UM CASO FAMILIAL DO TIPO III	105
RC50- SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE: UM RELATO DE CASO	107
RC51- TUBERCULOSE PULMONAR COMO FATOR AGRAVANTE NO PROGNÓSTICO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL	108
RC52 – USO DE ACETILCISTEÍNA NO TRATAMENTO DA TRICOTILOMANIA	109
RC53 - VOLVO DE CÓLON SIGMÓIDE EM PACIENTE GESTANTE: UM RELATO DE CASO.....	110

AGRADECIMENTOS

Ao Presidente da Associação Médica Brasileira — Piauí

Dr. Paulo Márcio Sousa Nunes

À Presidente do Conselho Regional de Medicina do Piauí

Dra. Mirian Perpétua Palha Dias Parente

Ao Secretário de Saúde do Estado do Piauí

Dr. Florentino Alves Veras Neto

Ao Presidente da Fundação Municipal de Saúde

Prof. Charles Carvalho Camillo da Silveira

Ao Presidente do Conselho Federal de Medicina

Dr. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

Ao Magnífico Reitor da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof. Dr. José Arimateia Dantas Lopes

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Prof. Dr. Nougá Cardoso Batista

Ao Diretor da Faculdade Integral Diferencial (FACID/Wyden)

Prof. Ronaldo José Amorim Campos

Ao Reitor do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Dr. Carlos Alberto Ramos Pinto

À Presidente da Comissão Científica

Profa. Dra. Cíntia Maria de Melo Mendes

Ao Vice-Presidente da Comissão Científica

Prof. Dr. Thiago Ayres Holanda

Ao Diretor da Unimed – PI

Dr. Emmanuel Augusto de Carvalho Fontes

Aos Membros da Comissão Científica

Aos Palestrantes

Aos Patrocinadores

Aos Congressistas

COMISSÃO ORGANIZADORA

CONSELHEIROS

Adrianna T. da Costa (IESVAP -PI)

Amanda C. de Moraes (UFAL - AL)

Amanda Patrícia V. Matos (UFMA - MA)

Ana Carolina da S. S. Martins (FASA - BA)

Beatriz C. Teixeira (FIP- PB)

Carolina L. de Medeiro (IESVAP -PI)

Edvaldo Lucas da C. Silva (UFPI/Picos-PI)

Ergellis Victor C. de Lima (UFMA -MA)

Francisco P. da Silva Filho (Unifap-AP)

Gessyelle A. C. de Queiroga (UFCEG - PB)

Idelândia L. de Carvalho (UniBH-MG)

Itamar A. Araújo (FMJ-CE)

Julie Adriane da S. Pereira (FACIMED-RO)

Leticia P. Martins (UEMA - MA)

Maria Eduarda L. Mora (UFFS- RS)

Milena A. Alencar de Oliveira (UPE- PE)

Nanciara S. Azevedo (UNINTA - Sobral)

Nickolas S. Silva (UFPI/Parnaíba-PI)

Paulo Vitor G. Oliveira (UFPI/Picos-PI)

Raísa Helena B. Serafim de Sousa
(Ceuma- MA)

Renata C. Cavalcante (UEMA- MA)

Vinícius F. Peixoto (UFPI/Parnaíba- PI)

PRESIDENTE

Luana Nascimento da Silveira

VICE-PRESIDENTE

Laura Sousa Coêlho de Sá

SECRETÁRIO DE FINANÇAS E PATRIMÔNIO

Francisco Aldo Rodrigues Júnior

DIRETORA CIENTÍFICO

Ana Cecília Almeida Alaggio Ribeiro

DIRETORA CULTURAL

Marina Veras Viana Portela

DIRETOR DE PATROCÍNIOS

Francisco Campelo da Fonseca Neto

MEMBROS DIRETORES

Ana Clara Barradas Mineiro

Andressa Alves Franco Bravin

Daniel Rocha Hüffel

Hélio Fortes Napoleão do Rêgo Neto

Kalynne Rodrigues Marques

Samantha Maria Barbosa Mota

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente

Dra. Cíntia Maria de Melo Mendes

Vice-Presidente

Dr. Thiago Ayres Holanda

Adriana Sales de Souza Araújo
Adriano Rocha Alencar
Alexandre Castelo Branco Vaz
Allan Pinho Sobral
Ana Carla Marques Da Costa
Ana Lúcia França Da Costa
Ana Maria Coêlho Holanda
André Gonçalves Da Silva
André Luiz Malavasi Longo De
André Luiz Pinho Sobral
Anenísia Coelho De Andrade
Angelo Brito Rodrigues
Antônio De Deus Filho
Antonio Luiz Gomes Junior
Antonio Luiz Martins Maia Filho
Antonio Moreira Mendes Filho
Arquimedes Cavalcante Cardoso
Augusto César Évelin Rodrigues
Benedita Andrade Leal De Abreu Brunna Eulálio Alves
Bernardo Cunha
Brunna Eulálio Alves
Bruno Guedes Alcoforado Aguiar
Bruno Luciano Carneiro Alves De
Bruno Pinheiro Falcão Cardoso
Carla Maria De Carvalho Leite
Carla Riama Lopes De Pádua Moura
Carlos Gilvan Nunes De Carvalho
Caroline Sousa Costa
Catarina Fernandes Pires
Cíntia Maria De Melo Mendes
Conceição De Maria Sá E Rego Vasconcelos
Daniel Franca Mendes De Carvalho
Daniela Moura Parente
Danielle Rocha Do Val
Danilo da Fonseca Reis Silva
Débora Alencar Franco Costa
Deuzuíta Dos Santos Freitas Viana
Djalma Ribeiro Costa
Edinaldo Gonçalves De Miranda
Ediwyrtton De Freitas Morais Barros
Eduardo Leme Alves Da Motta
Eliamara Barroso Sabino
Elio Rodrigues Da Silva
Emerson Brandão Sousa
Érika De Araújo Abi-Chacra
Eucário Leite Monteiro Alves
Eurípedes Soares Filho
Fabiano Vieira Da Silva
Fábio Augusto Ribeiro Brito
Fábio Sólton Tajra
Fabrício Ibiapina Tapety
Fares José Lima De Morais
Fernanda Ayres De Morais E Silva
Francisco José Cavalcante Andrade
Francisco Laurindo Da Silva
Francisco Leonardo Torres Leal
Frederico Maia Prado

Gerardo Vasconcelos Mesquita
Germano Pinho de Moraes
Ginivaldo Victor Ribeiro Do
Giuliano Da Paz Oliveira
Glenda Maria Santos Moreira
Gustavo Santos De Sousa
Herion Alves Da Silva Machado
Illoma Rossany Lima Leite
Imara Correia De Queiroz Barbosa
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes
Irene Sousa Da Silva
Isabela Tatiana Sales De Arruda
Isânio Vasconcelos Mesquita
Ísidra Manoela Sousa Portela Santos
Jailson Costa Lima
Jailson Rodrigues Mendes
Jesus Antônio De Carvalho Abreu
João Batista Lopes Filho
João Luiz Vieira Ribeiro
Jocerlano Santos De Sousa
Jônatas Melo Neto
José Aderval Aragão
José De Ribamar Ross
José Ivo Dos Santos Pedrosa
José Maurício Raulino Barbosa
José Zilton Lima Verde Santos
Joseneide Teixeira Câmara
Joubert Aires De Sousa
Júlio César Ayres Ferreira Filho
Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes
Justjânio Cácio Leal Teixeira
Karla Cristina Malta Vilanova
Kelsen Dantas Eulálio
Kelson Nonato Gomes
Lara Sepúlveda de Andrade
Lauro Rodolpho Soares Lopes
Leonam Costa Oliveira
Leonardo Halley Carvalho Pimentel
Leonel Veloso Saraiva
Leônidas Reis Pinheiro Moura
Lia Cruz Vaz Da Costa Damásio Lianna Martha Soares
Mendes
Lianna Martha Soares Mendes
Lílian Gomes De Sousa
Liliane Maria Soares Martins
Lorena Maria Barros Brito Batista
Lúcia Maria Martins Do Rego
Luciana Tolstenko Nogueira
Luciano André Assunção Barros
Luciano Lopes da Silva
Lucielma Salmite Soares Pinto
Lúcio André Noletto Magalhães
Lucio Fernandes Pires
Luis Carlos Carvalho Filho
Luiz Ayrton Santos Júnior
Luiz Ivando Pires Ferreira Filho
Luiza Ivete Vieira Batista

Mabel Calina De França Paz
Maira Soares Ferraz
Marcus Sabry Azar Batista
Maria Aline Ferreira De Cerqueira
Maria das Graças Motta E Bona
Maria de Conceição Nunes
Maria do Amparo Salmite Cavalcanti
Maria do Carmo de Carvalho e
Maria do Socorro Teixeira Moreira Almeida
Maria Edileuza Soares Moura
Maria Ivone Mendes Benigno
Marília Albuquerque De Sousa
Milena Oliveira Leite De Aquino Miranda
Mírian Perpetua Palha Dias Parente
Nabor Bezerra De Moura Júnior
Nimir Clementino Santos
Nascimento
Nayana Alves De Brito Melo Okasaki
Nilo Francisco Costa Filho
Noélia Maria De Sousa Leal
Osmar De Oliveira Cardoso
Paulo Humberto Moreira Nunes
Pedro Marcos De Almeida
Rafael De Deus Moura
Rafael Rebelo L. Da Silveira
Raimundo Feitosa Neto
Raimundo José Cunha Araújo Junior
Raissa Maria Sampaio Neves Fernandes
Raynerio Costa Marques
Rayssa Maria De Araújo Carvalho
Regina Maria Sousa De Araújo
Régio José Santiago Girão
Renata Paula Lima Beltrão
Ricardo Marques Lopes De Araújo
Rivaldo Lira Filho
Rodrigo José de Vasconcelos Valença
Rodrigo Santos De Norões Ramos
Rogério De Araújo Medeiros
Rosemarie Brandim Marques
Sabas Carlos Vieira
Samylla Miranda Monte
Sara Fiterman Lima
Saulo Rios Mariz
Simone Madeira Nunes Miranda
Simone Soares Lima
Suilane Coelho Ribeiro Oliveira
Suzana Maria Galvão Cavalcante
Thiago Ayres Holanda
Viriato Campelo
Waldileny Ribeiro De Araújo Moura
Wallace Rodrigues De Holanda
Wellington Ribeiro Figueiredo
Wellington Dos Santos Alves
Wilson De Oliveira Sousa Junior
Yuri Nogueira Chaves
Zulmira Lúcia Oliveira Monte

AUDITÓRIO ESMERALDA**11/09/2018 – QUARTA FEIRA (ABERTURA)**

19h	Solenidade de Abertura
20h	Conferência Magna: Habilidades Médicas na era da Inteligência Artificial - Dr. Fabiano Moulin (SP)
21h	Coquetel de Abertura

12/09/2018 – QUINTA FEIRA (PEDIATRIA E ONCOLOGIA E CIRURGIA ONCOLÓGICA)

8h	Pediatria - conhecendo melhor a especialidade e as perspectivas do mercado de trabalho - Dra. Catarina Pires (PI)
8h20	Intolerância a lactose X Alergia a proteína do leite de vaca (PLV) - Dra. Caroline Paranhos (PI)
8h55	Transtorno do Espectro Autista (TEA) – do diagnóstico ao tratamento - Dra. Adriana Cunha (SP)
10h	Artrites na infância – Quais os possíveis diagnósticos diferenciais? Dra. Mônica Napoleão (PI) Dra. Sheila Knupp (RJ) Dra. Roberta Oriana (PI)
10h50	Como investigar a hematúria na infância? - Dra. Marileia Lea (PI)
11h25	Urgências pediátricas: o que todo médico precisa saber? - Dr. Danilo Yamamoto (SP)
14h	A imunoterapia no tratamento do câncer - Dr. Danilo Fonseca (PI)
14h30	Vigilância ativa e abordagem cirúrgica do CA de próstata - Dr. Aurus Dourado (PI)
15h	Emergências oncológicas – o que todo médico deve saber? - Dr. Cláudio Rocha (PI)
15h45	Síndromes de predisposição hereditária ao CA de mama e ao CA de ovário - Dra. Fernanda Teresa de Lima (SP)
16h25	Cirurgias redutoras de risco em síndromes do câncer de mama e ovário hereditário - Dr. Eid Gonçalves (PI)
16h55	Discussão de casos clínicos e cirúrgicos na oncologia Dra. Cristiane Napoleão (PI) Dra. Fernanda Teresa (SP) Dr. Eid Gonçalves (PI)

AUDITÓRIO RUBI

12-14/09/2019

Apresentação de Relatos de Caso e Tema Livre Oral 8h-12h e 14h-18h

AUDITÓRIO OPALA

12-14/09/2019

Apresentação de E-Pôster 8h-12h e 14h-18h

12-14/09/2019

Espaço Café com Prosa 3 Corações: Medicina pela Arte

13/09/2018 – SEXTA (RADIOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA)

8h	Radiologia Torácica – Os principais diagnósticos que todo médico generalista deve saber - Dra. Lara Medeiros (PI)
8h45	Radiologia Neurológica na emergência - discussão baseada em casos clínicos - Dra. Esther Feitosa Alencar (CE)
9h30	Radiologia Abdominal – Anatomia, métodos diagnósticos e suas indicações - Dr. Bruno Aragão (SP)
10h35	Radiologia Abdominal na prática médica – Discussão de casos clínicos - Dr. Bruno Aragão (SP)
11h20	Introdução e prática de ultrassonografia - Dr. Igor Clausius (PI)
14h	Como será a cirurgia plástica em 2030? - Dr. Antônio de Deus (PI)
14h25	Queimado agudo – condutas em pré e intra-hospitalar - Dr. Thiago Holanda (PI)
14h50	Cirurgia plástica em pós bariátricos - Dr. Edison Vale (PI)
15h15	Abordagem teórica e interativa – Sob a ótica dos especialistas Dr. Antônio de Deus Dr. Thiago Holanda Dr. Edison Vale
16h05	Enxertos e retalhos: o que todo médico precisa saber - Dr. Evaldo Batista (PI)
16h30	Princípios e atualidades da rinoplastia - Dr. Alexandre Andrade (PI)
16h55	Transplante de face – O estado da arte da cirurgia plástica - Dr. Pedro Coltro (SP)
17h20	Abordagem teórico e interativa – Sob a ótica dos especialistas Dr. Antônio de Deus (PI) Dr. Alexandre Andrade (PI) Dr. Evaldo Batista (PI) Dr. Pedro Coltro (SP)

14/09/2018 – SÁBADO (CIRURGIA CARDIOVASCULAR E HEMODINÂMICA E ANESTESIOLOGIA E ESTUDO DA DOR)

8h	Cirurgia Cardiovascular no Brasil: o que foi feito nos últimos 100 anos e o que será feito nos próximos 100 anos - Dr. Jocerlano Sousa (PI)
8h45	Tratamento das coronariopatias na visão do consultório - Dr. Luis Bezerra (PI)
9h20	Angioplastia primária coronariana: estado atual - Dr. Igor Cardoso (PI)
10h10	Assistência circulatória em cirurgia cardíaca: o que temos feito no Brasil? - Dr. Gustavo Calado (SP)
10h45	Avanço no tratamento cirúrgico das doenças da aorta - Dr. Ricardo Dias (SP)
11h30	Escores de risco na definição do tratamento da doença coronariana Dr. Paulo Márcio (PI) Dr. Jocerlano Sousa (PI) Dr. Luis Bezerra (PI) Dr. Igor Cardoso (PI) Dr. Gustavo Calado (SP) Dr. Ricardo Dias (SP)
14h	O papel do anestesiolista na medicina contemporânea Dr. Tiago Texeira (PI) Dr. Lorena Ibiapina (PI)
14h35	Dispositivos alternativos de acesso à via aérea - Dr. Eduardo Ramos (PI)
15h	Drogas para a intubação - Dr. Carlos Gustavo (PI)
15h25	Checklist para intubação segura - Dr. Antônio Melo (PI)
16h15	Dor aguda pós-operatória: qual o manejo adequado? - Dr. Argemiro (PI)
16h40	Reconhecendo a dor neuropática - Dr. João Batista Garcia (MA)
17h05	Abordagem prática em cefaleias - Dr. Raimundo Feitosa (PI)
17h30	Modalidades terapêuticas ambulatoriais - Dr. João Batista Garcia (PI)

15/09/2018 – DOMINGO (EDUCAÇÃO MÉDICA)

8h	O aprendizado do aluno de medicina sobre o olhar da neurociência - Dr. Sérgio Baldassin (SP)
8h50	Estudo x Saúde Mental: Como conseguir conciliar esse embate? - Dr. Arthur Hirschfeld (SP)
10h	Médico e o trabalho - Dr. Itapuan Damásio (PI)
10h20	Médico e a residência - Dr. Thiago Diniz (PI)
10h40	Médico e o emprego público – A definir
11h	Médico e o empreendedorismo - Dr. Alexandre Silva (PI)
11h20	Me formei, e agora? Quais caminhos o médico recém-formado pode tomar? Dra. Cíntia Maria (PI) Dr. Thiago Ayres (PI) Dra. Mirian Palha Dias (PI)

Horário

AUDITÓRIO TOPÁZIO

Cursos Práticos

	12/09 8h00	LASEM – Semiologia Simulada
	12/09 14h00	LICIFI- Nós, Suturas, Enxertos e Retalhos
	13/09 8h00	LINEUPI – Urgências e Emergências Neurológicas

	<p>13/09 14h00</p>	<p>TRAUMA: Uma imersão na prática</p>
	<p>14/09 8h00</p>	<p>LATURE - Ultrassonografia Point-Of-Care</p>
	<p>14/09 14h00</p>	<p>Hands On em Vias Aéreas</p>

Palavra da Presidente da Comissão Científica

Prezados congressistas,

Em 2019, de 11 a 15 de setembro, Teresina sediará o II COMAB (Congresso Brasileiro Médico Acadêmico – X COMANE (Congresso Nordestino Médico Acadêmico) – XXVI COMAPI (Congresso Médico Acadêmico do Piauí). É com imenso orgulho e satisfação que convido médicos, docentes e discentes a fazer parte deste evento que pretende discutir e debater sobre temas atuais, motivantes e relevantes para o médico, o residente, o estudante e o professor de medicina. Este ano, os módulos abordarão, além de atualizações médicas, oportunidades e mercado de trabalho; saúde mental e qualidade de vida do estudante e do profissional médico.

Comissões Científica e Organizadora do COMAB/COMANE/COMAPI também trarão a tradicional integração entre medicina e arte, homenageando e valorizando os artistas locais, este ano representados pelo artista plástico e escultor Braga Tepi.

Reiteramos a todos os nossos votos de que o COMAB/COMANE/COMAPI, em 2019, mais uma vez, permita a atualização de conhecimentos, a exposição de produção científica e o compartilhar de experiências profissionais e de vida que proporcionem equilíbrio emocional para uma prática saudável, ética e humana da medicina.

Ansiosamente, aguardamos vocês!

Cintia Maria de Melo Mendes

Presidente Científica do II COMAB | X COMANE | XXVI COMAPI

Palavra da Presidente do Colégio Médico Acadêmico do Piauí

Estimados médicos, congressistas, colaboradores e amigos do Colégio Médico Acadêmico do Piauí (COMAPI). O Congresso Médico Acadêmico do Piauí há 26 anos contribui para o enriquecimento científico e cultural dos médicos e estudantes do nosso estado. Sempre almejando mais e em busca de melhorias, em 2018, o COMAPI tornou-se o Congresso Brasileiro Médico Acadêmico, confirmando a grandiosidade do evento e agregando estudantes de todas as regiões do Brasil.

Em 2019, completamos 26 anos de um evento médico e acadêmico referência no Brasil, e com muito orgulho e dedicação traremos ao público o II Congresso Brasileiro Médico Acadêmico | X Congresso Nordestino Médico Acadêmico | XXVI Congresso Médico Acadêmico do Piauí. O nosso congresso possui certificação válida em âmbito nacional com programação científica e cultural completa reconhecida pela Comissão Nacional de Acreditação da Associação Médica Brasileira (CNA/AMB), além de reconhecimento por outros órgãos médicos como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e diversas empresas apoiadoras. Além disso, contamos com a participação e colaboração de profissionais de renome em suas áreas como, Dr. Paulo Hoff, Dr. Celmo Celeno Porto, Dr. Lúcio Villar, Dr. Ademar Lopes, Dr. Sebastião Sampaio, Dr. Rodrigo Lasmar, Dr. Celso Amodeo, Dr. Cláudio Kater, Dr. Nestor Schor, Dr. Antônio Carlos Lopes, dentre outros.

Esse ano contaremos com muitas novidades e com os módulos de Pediatria, Oncologia e Cirurgia Oncológica, Radiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Cardiovascular e Hemodinâmica, Anestesiologia e Estudo da dor, e Educação Médica. Estamos preparando tudo com muita dedicação para fazermos um congresso de elevado nível. Diante de tudo isso, em nome do Colégio Médico Acadêmico do Piauí, gostaria de convidar todos para fazer parte da história do II Congresso Brasileiro Médico Acadêmico | X Congresso Nordestino Médico Acadêmico | XXVI Congresso Médico Acadêmico do Piauí.

Atenciosamente,

Luana Nascimento da Silveira

Presidente do Colégio Médico Acadêmico do Piauí (2019)

RELATOS DE CASO

RC45 - SIMPATECTOMIA LOMBAR PARA TRATAMENTO DE ISQUEMIA EM PACIENTE COM ESCLEROSE SISTÊMICA: UM RELATO DE CASO

ANDRESSA CARVALHO PEREIRA, YASSER DA SILVEIRA KRÜGER, PRISCYLLA FRAZÃO RODRIGUES, PEDRO HENRIQUE DE SOUZA E ELIAS DE CARVALHO MAGALHÃES NETO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CMRV

CONTATO: dessac01@outlook.com

INTRODUÇÃO: A simpatectomia lombar consiste na retirada da cadeia nervosa simpática localizada no abdome, na porção anterolateral das vértebras lombares. Tal procedimento, embora em desuso, ainda é indicado para o tratamento de algumas patologias como doença de Raynaud, insuficiência arterial periférica crônica, doenças inflamatórias arteriais e hiperidrose. As bases fisiológicas da simpatectomia são a vasodilatação parálitica imediata, o fenômeno de hemometacinesia e o desenvolvimento de circulação. Mesmo sendo um procedimento comprovadamente seguro, algumas complicações podem ser manifestadas, como a hemorragia de vasos lombares e as lesões de estruturas adjacentes à cadeia simpática. **RELATO DE CASO:** Relata-se caso de paciente do sexo masculino, com 45 anos de idade, que chegou ao hospital apresentando cianose de pododáctilos esquerdos, com presença de pulsos distais. Após avaliação do cirurgião vascular, identificou-se fenômeno vasoespástico e iniciou-se o tratamento com uso de corticoide, cilostazol e anticoagulante oral, observando-se redução da isquemia e melhora clínica. O paciente foi submetido à debridamento da falange distal do segundo pododáctilo esquerdo, devido à presença de necrose nessa região. Durante acompanhamento ambulatorial foram observados alguns sinais sugestivos de doença reumática crônica, como artralgia, mialgia, telangectasias, esclerodactilia e fenômeno de Raynaud. Foi solicitada a avaliação de um Reumatologista, que após análise do quadro clínico e realização do exame de fator antinuclear (FAN), fechou o diagnóstico de esclerose sistêmica cutânea difusa. Houve retorno do paciente cerca de dois meses depois com novo episódio vascular, após trauma em membro inferior direito, acompanhado de grave acometimento de pododáctilos, com risco de amputação. O paciente possuía contraindicação relativa de angioplastia, devido ao quadro clínico de vasculite. Dessa forma, optou-se pela realização da simpatectomia lombar pelo cirurgião vascular, a qual se mostrou uma alternativa eficaz para o caso. O paciente evoluiu no pós-operatório com redução da dor, cianose e frialdade. O paciente vem sendo acompanhado desde então por equipe multiprofissional, apresentando melhora clínica significativa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar de a simpatectomia lombar constituir uma técnica antiga e com resultados conflitantes, demonstrou-se uma alternativa eficaz e segura para o caso de isquemia descrita, evoluindo com melhora significativa dos sintomas.

REFERÊNCIAS:

LOUREIRO, Marcelo de Paula. Simpatectomia lombar endoscópica retroperitoneal em mulheres: efeito sobre o suor compensatório. São Paulo, 2007

BOUGEA, A. et al. Atualização das manifestações neurológicas das vasculitides e das doenças do tecido conjuntivo: revisão de literatura. University of Athens Medical School. Atenas, 2015

SARDINHA, W. E. et al. Simpatectomia lombar por pneumoretroperitonioscopia. Jornal Vascular Brasileiro. vol.6 n.4. Porto Alegre, 2007

Manual Informativo para o doente com esclerose sistêmica. Disponível em: <https://www.spneumatologia.pt>

BRASIL. Ministério da Saúde. Esclerose Sistêmica: Protocolo clínico e Diretrizes terapêuticas. Portaria SAS/MS nº 99, de 7 de fevereiro de 2013

RC46 - SÍNDROME DA FOME ÓSSEA: UM GRAVE DISTÚRPIO NO PÓS-OPERATÓRIO DE PARATIREOIDECTOMIA

ISADORA BATISTA SILVA, BRUNO SAMPAIO SANTOS, GABRIELA MEIRELES LINHARES DE ARAÚJO, LEONARDO LIMA PINHO, DONIZETE TAVARES DA SILVA E KATIA MARIA MARABUCO DE SOUSA

INSTITUIÇÃO: UFPI

CONTATO: isadorabmed@gmail.com

INTRODUÇÃO: A síndrome da fome óssea, caracterizada por hipocalcemia severa, é uma grave complicação pós-paratireoidectomia. Tal procedimento é indicado no quadro de hiperparatireoidismo secundário em pacientes com doença renal crônica, condição na qual ocorre um aumento dos níveis de paratormônio em resposta à hipocalcemia crônica e à produção deficiente de vitamina D. Trata-se de um grave distúrbio caracterizado por hipocalcemia, hipofosfatemia e elevação da fosfatase alcalina total e óssea, com elevado risco de mortalidade no pós-operatório. O objetivo deste relato é discutir acerca da importância da vigilância e reconhecimento precoce deste distúrbio. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 52 anos, portadora de doença renal crônica há 16 anos, em programa dialítico. Realizou paratireoidectomia bilateral por hiperparatireoidismo secundário, com retirada das quatro glândulas hipertrofiadas e implante em músculo braquiorradial esquerdo. No pós-operatório, apresentou quadro de sonolência, fraqueza muscular excessiva, taquicardia, hipotensão, náuseas e vômitos de repetição. Foi admitida na Unidade de Terapia Intensiva com quadro de hipocalcemia importante (cálcio 6.8mg/dl), sendo iniciado o uso de calcitriol e gluconato de cálcio a 10% endovenoso em infusão contínua. Evoluiu com Síndrome da Fome Óssea, apresentando hipocalcemia sintomática e hipercalemia, cursando com bradicardia e parada cardiorrespiratória. Foi reanimada e instalada em ventilação mecânica, permanecendo com reposição de gluconato de cálcio a 10% em infusão contínua. Evoluiu com estabilização do quadro após sete dias na UTI, tendo alta para a enfermaria com suplementação de cálcio por via intravenosa e oral. Recebeu alta hospitalar em bom estado

geral com prescrição para reposição de carbonato de cálcio e calcitriol por via oral. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Síndrome da Fome Óssea ocorre geralmente nos primeiros dias de pós-operatório, sendo necessária uma grande reposição de cálcio e calcitriol por um período variável, podendo chegar a meses após a alta. Pelo seu elevado risco de mortalidade, é importante a vigilância dos níveis de cálcio e potássio no pós-operatório imediato, este merecendo atenção especial pois um percentual importante desses pacientes desenvolve hipercalcemia, inclusive necessitando de diálise emergencial.

REFERÊNCIAS:

DE FRANÇA, Tatiana Clementino Pinto Toscano et al. Bisfosfonatos podem minimizar a fome óssea após paratireoidectomia em pacientes com hiperparatireoidismo primário e osteíte fibrosa cística. Rev Bras Reumatol, v. 51, n. 2, p. 124-137, 2011

GONCALVES, Manuel Domingos da Cruz; RODRIGUES, Aluizio Soares de Souza. Cirurgia do Hiperparatireoidismo. Rev. Col. Bras. Cir, v. 29. n. 3, Mai/Jun, 2002

HALL, John Edward. Tratado de Fisiologia Médica. 12ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011

SAMPAIO, Elisa de Albuquerque; MOYSÉS, Rosa Maria Affonso. Paratireoidectomia na DRC. Diretrizes Brasileiras de Prática Clínica para o Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica. J Bras Nefrol. v. 33, n. 1, p. 31-34, 2011

SANTOS, Stenio Roberto de Castro Lima et al. Fatores preditivos da hipofunção do autoimplante de paratireoide em pacientes submetidos à paratireoidectomia total por hiperparatireoidismo secundário à insuficiência renal crônica. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 37, n. 1, p. 20 - 24, janeiro/fevereiro/março, 2008

RC47 - SÍNDROME DE RAYMOND EM UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO DE PONTE

SHARLLA LAYANA LEITE MENDES, DEBHORA GENY DE SOUSA COSTA, LARISSA ALVES DOS SANTOS SILVA, TÉRCIO LUZ BARBOSA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CONTATO: sharllamed@gmail.com

INTRODUÇÃO: As lesões do tronco encefálico acometem, na maioria das vezes, estruturas referentes às mais diversas funções nervosas, ocasionando frequentemente, sintomatologia variada e complexa. Em 1895, Raymond descreveu uma síndrome alterna (Síndrome de Raymond) caracterizada por paralisia ipsilateral do abducente e hemiparesia contralateral. Ele situou a lesão na porção inferior da ponte, resultado de um evento isquêmico. A oclusão de uma artéria penetrante longa causa infarto paramediano do tronco cerebral, o envolvimento associado de nervos cranianos depende do nível do tronco cerebral no qual ocorreu a oclusão. Paralisias ipsilateral dos nervos abducente (VI) e facial (VII) são observadas no acometimento da ponte. **RELATO DE CASO:** Paciente 58 anos, sexo feminino, hipertensa,

ex-fumante, em uso de losartana e hidroclorotiazida, apresentou quadro súbito de diplopia monocular horizontal direita, que melhorava com a cobertura ocular e quadro associado de hemiparesia à esquerda. Ao exame neurológico, apresentava paralisia do VI nervo craniano à direita e hemiparesia completa à esquerda proporcionada. A Tomografia Computadorizada de Crânio mostrava área hipodensa em região frontal à direita, compatível com evento isquêmico antigo que não havia sido diagnosticado, e, Ressonância Magnética de Crânio mostrava área de restrição a difusão em região da ponte à direita, compatível com evento isquêmico recente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O reconhecimento clínico da Síndrome de Raymond é fundamental para um diagnóstico topográfico preciso de lesões do tegmento pontino. O prognóstico varia de acordo com o grau da lesão e resposta ao tratamento. Por se tratar de uma patologia rara e com manifestações clínicas variáveis, seu diagnóstico clínico se torna difícil e os exames complementares se tornam necessários.

REFERÊNCIAS:

ROWLAND, L. P. Merritt Tratado de Neurologia. 12ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

CAMPBELL, W. C. De Jong: o exame neurológico. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014

FILHO, M. B. L. et al. Acidente vascular de tronco encefálico: estudo de 21 casos. Arq. Neuropsiquiatria. V.53, p. 75-81, Teresina: 1995

RC48- SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

BRUNO SAMPAIO SANTOS, ISADORA BATISTA SILVA, AURIANE DE SOUSA ALENCAR E DORCAS LAMOUNIER COSTA

INSTITUIÇÃO: UFPI

CONTATO: brunoxsampaio@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Stevens Johnson (SSJ) compõe um espectro de eventos raros e graves de hipersensibilidade tardia que acometem a pele e as membranas mucosas. No Brasil, a frequência da SSJ varia entre 1,2 e 6 casos/milhão/ano e impacta significativamente a saúde do indivíduo, associando-se a alta letalidade. Enquanto as drogas e o câncer estão mais associados a pacientes adultos, as infecções são a principal causa da doença em crianças. Apesar das diferentes etiologias, a SSJ é idiopática em 25 a 50% dos casos. O objetivo deste relato de caso é discutir acerca da dificuldade diagnóstica e a importância do reconhecimento de fatores desencadeantes da doença. **RELATO DE CASO:** Pré-escolar, masculino, 2 anos e 11 meses de idade, procedente de uma cidade do Estado do Piauí, apresentando quadro de máculas eritematosas pruriginosas e bolhas difusas pelo tronco, extremidades e áreas de mucosa, sem o acometimento do estado geral ou sinais de infecção sistêmica, com sete dias de evolução. As lesões iniciaram-se no tronco após uma semana de uma síndrome gripal. Não havia relato de uso de medicações. Ao exame dermatológico: lesões eritematosas “em alvo”, bolhas tensas e Nikolsky positivo. Foi realizada biópsia da lesão, cujo histopatológico

evidenciou dermatite mononuclear superficial com queratinócitos necróticos em toda a extensão epidérmica. Optou-se pela terapia de suporte clínico, com a suspensão do corticóide sistêmico e da antibioticoterapia, e a prescrição de hidratação oral, anti-histamínico e talco mentolado para alívio do prurido e analgesia, quando necessário. A criança evoluiu com febre após uma semana de internação, que foi interpretada como uma complicação bacteriana das lesões cutâneas e tratada com oxacilina por sete dias, quando recebeu alta com melhora das lesões e do quadro infeccioso. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O diagnóstico da SSJ é essencialmente clínico, com a identificação de fatores desencadeantes, como algumas medicações e infecções. A confirmação laboratorial da etiologia ainda é um desafio. No caso descrito, a história de sintomas gripais sugere infecção por vírus respiratórios, Mycoplasma pneumoniae, Epstein Barr ou mesmo, enterovírus. O tratamento preconizado é o de suporte, para controle dos sintomas. E a velocidade de recuperação varia conforme a idade e a extensão da área afetada, tendo as crianças um menor tempo de internação e mortalidade inferior aos adultos.

REFERÊNCIAS:

BULISANI, Ana Carolina Pedigoni et al. Síndrome de Stevens Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica em Medicina Intensiva. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n3/v18n3a12.pdf>> Acesso em: 01 de set. 2019

RIBEIRO, Anaira Gonçalves de Almeida; RIBEIRO, Maria Cristina; BENITO, Lincoln Agudo Oliveira. Síndrome de Stevens Johnson: revisão sistemática. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, v. 15, n. 2, p. 117-125, jul./dez. 2017

SILVA, Gustavo Sangiogo da. Relato de caso e revisão da literatura de Síndrome de Stevens Johnson associada a episódio de varicela. Arq. Catarin Med. 2018 jul.-set. 47(3): 226-234. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/464/293>> Acesso em: 02 de set. 2019

WONG, Anthony; MALVESTITI, Andrey Augusto; HAFNER, Mariana de Figueiredo Silva. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 62, n. 5, p. 468-473. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000500468&lng=en&nrm=iso> Acesso em 31 de ago. 2019

RC49 - SÍNDROME DE WAARDENBURG: RELATO DE UM CASO FAMILIAL DO TIPO III

MARÍLIA MEDEIROS DE SOUSA SANTOS, CAROLINE BAIMA DE MELO, ELAINE CRYSTINE VIEIRA DE PAIVA, RAYSSA ALVES DE ARAÚJO E MIRLA IBIAPINA LEITE

INSTITUIÇÃO: Centro Universitário UNINOVAFAPI

CONTATO: mariliamedeiros14@icloud.com

INTRODUÇÃO: A síndrome de Waardenburg é uma rara genodermatose autossômica dominante. Os achados mais frequentes são distopia canthorum, sinofris, base nasal alargada, alterações pigmentares da íris e pele, surdez congênita e mecha branca frontal. Pode ser encontrada em 4 tipos, sendo os mais comuns os tipos I e II. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 13 anos, pardo, filho de pais não-consanguíneos, procurou atendimento com queixa de prurido generalizado há 3 meses. Ao exame apresentava pele xerótica, placas eritematosas descamativas em tronco, dorso e membros e liquenificação em fossas antecubitais, quadro clínico sugestivo de dermatite atópica. Apresentava ainda, hipertelorismo, distopia canthorum bilateral, sinofris, heterocromia de íris, mecha branca frontal, contraturas articulares em membros superiores e lesões hipocrômicas em tórax, dorso e abdome. A mãe do paciente apresentava quadro clínico semelhante. Mãe e filho tinham diagnóstico de surdez congênita. Assim, o adolescente foi tratado para dermatite atópica e encaminhado ao geneticista, sendo então diagnosticado com síndrome de Waardenburg tipo III. Foi também encaminhado para seguimento otorrinolaringológico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O caso relatado é de um paciente com Síndrome de Waardenburg tipo III. Não existe tratamento curativo, já que é uma doença genética, mas podem ser realizadas sessões de fisioterapia para melhorar as contraturas musculares. O reconhecimento da enfermidade pelo dermatologista é muito importante, pois permite a detecção precoce de surdez neurossensorial, bem como o acompanhamento interdisciplinar das diversas complicações associadas às variantes dessa síndrome.

REFERÊNCIAS:

1. Zaman A, Capper R, Baddoo W. Waardenburg syndrome: more common than you think! Clin Otolaryngol. [Internet]. 2014 [acesso em 30 junho de 2019]; 40: 41–64. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/coa.12312>
2. Imperato PJ, Imperato GH. Clinical manifestations of Waardenburg Syndrome in a male Adolescent in Mali, West Africa. J Community Health. [Internet]. 2015 [acesso em 30 de junho de 2019]; 40:103–109. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10900-014-9942-7>
3. Llalliré JC, Park KY, Passarelli M, Petuaud G, Raffo G, Alvarez GR, et al. Síndrome de Waardenburg. Arch Oftal B Aires 2010; 81(n 2): 59-61
4. Martins CHF, Yoshimoto FR, Freitas PZ. Síndrome de Waardenburg: achados audiológicos em 2 irmãos. Rev Bras Otorrinolaringol. [Internet] 2003 [acesso 2019 Abr 30]; 69(1): 117-119. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000100019&lng=pt
5. Goenaga AM, Ferreira LC, Ferreira RC, Cestari TF. Síndrome de Waardenburg: relato de dois casos e revisão da literatura. An Bras Dermatol 1996; 71(5): 419-423

RC50- SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE: UM RELATO DE CASO

LUCAS JESUINO LOBÃO ALENCAR RAULINO BARBOSA, SARAH MARIA MONTEIRO SOARES COSTA DE HOLANDA, TERESA RAQUEL HOLANDA CIPRIANO SARAIVA, TÁRSILLA CARVALHO BORGES, HELENA MOURA DE CARVALHO, AIANA CAMILA AMÂNCIO DE ARAÚJO MENDES

INSTITUIÇÃO: UNINOVAFAPI

CONTATO: lucas.jesuino98@gmail.com

INTRODUÇÃO: As Síndromes Poliglandulares Autoimunes (SPAS) são definidas pela coexistência de pelo menos duas doenças endócrinas autoimunes. O aparecimento em conjunto dessas doenças depende tanto de fatores genéticos, quanto ambientais. Ademais, as SPAS são subdivididas em quatro subtipos (I, II, III e IV), os quais diferem nas combinações de doenças autoimunes e na idade mais comum de apresentação. **RELATO DE CASO:** M.J.S.D., 9 anos, sexo feminino, com histórico de alopecia areata desde os 4 anos deu início no dia 18/05 a um quadro de hipotensão(85/60mmHg) associado a náuseas, vômitos, perda de peso (6,5 kg em um mês) e xerostomia. Na internação hospitalar foi confirmada a presença de cetoacidose diabética e no dia seguinte à intercorrência a paciente foi diagnosticada com diabetes melito tipo 1 autoimune. Posteriormente à estabilização da paciente constatou-se, por exames de rotina, a existência de hipotireoidismo primário (TSH:87,3; T4L:0,47) e, dessa forma, foi possível o diagnóstico de Síndrome poliglandular autoimune (SPA). Após o diagnóstico, a conduta adotada foi a insulinização por meio de insulina NPH e insulina regular para aplicação 30 minutos antes das refeições, de acordo com a glicemia capilar. Ademais, foi receitado Levotiroxina(50mcg/dia). Após essas medidas, a paciente melhorou seu estado geral e recebeu alta uma semana após a internação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A síndrome poliglandular autoimune é uma doença rara, mais prevalente no sexo feminino e associada a fatores genéticos. Devido ao desenvolvimento crônico de autoimunidade órgão-específica, os pacientes com a síndrome e suas famílias devem ser informados sobre os sintomas precoces da doença e submeter-se a avaliações endocrinológicas ao longo do tempo. Dessa forma, o reconhecimento precoce da síndrome é essencial para o seu controle.

REFERÊNCIAS:

MOLINA Garrido, M. J. et al. Síndrome pluriglandular autoimune: Revisión. An. Med. Interna (Madrid), v. 24, n. 9, p. 445-452, sept. 2007

SOUSA, Arthur Wagner Pimentel de et al. Polyglandular Syndrome Type III and Severe Peripheral Neuropathy: An Unusual Association. GE Portuguese Journal of Gastroenterology, Lisboa, v. 22, n. 1, p. 15-18, fev. 2015

VILLAR, Lucio. Endocrinologia clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

RC51- TUBERCULOSE PULMONAR COMO FATOR AGRAVANTE NO PROGNÓSTICO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL

KAIO DANILLO VELOSO LEAL, SIMONE SOARES LIMA, ALBA CLARA VASCONCELOS LEOPOLDO FEITOSA, ANA TERESA SPÍNDOLA MADEIRA CAMPOS, ROBERTA ORIANA ASSUNÇÃO LOPES DE SOUSA, IZABELLA RODRIGUES TEIXEIRA BARBOSA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CONTATO: kaiodanilo-veloso@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ) é uma doença inflamatória crônica, autoimune, multissistêmica que acomete até sete em cada 100.000 crianças e adolescentes. Os imunossuppressores, como os corticoides, são a primeira linha de tratamento, porém aumentam o risco de infecções. No Brasil, a tuberculose (TB), infecção de maior mortalidade mundial, é endêmica. Logo, pode ocorrer a associação LESJ-TB o que dificulta o diagnóstico, o controle clínico e eleva a mortalidade. **RELATO DE CASO:** Menina internada aos cinco anos, com quadro de febre, até 39°C, tosse produtiva, artrites interfalangeanas e de joelhos há seis semanas. À admissão, estava consciente, chorosa, adinâmica e taquidispneica. Apresentava linfadenomegalia generalizada. Ausculta cardíaca normal e pulmonar diminuída no pulmão direito. Abdômen doloroso com Piparote positivo. Artrite em joelhos impedindo deambulação. Exames admissionais indicavam anemia hemolítica (hemoglobina 8,5g/dL, Coombs direto positivo), leucócitos e plaquetas normais, culturas negativas, marcadores inflamatórios elevados (proteína C reativa 48mg/dL; velocidade de hemossedimentação 122 mm) e comprometimento renal (creatinina 1,3 mg/dL; ureia 42mg/dL, clearance de creatinina 34mL/min/1,73m², proteinúria 31mg/kg/hora e albumina 3,2g/dL). Exames de imagem evidenciaram derrame pericárdico, ascite, coledolitíase e derrame pleural à direita. Mielograma normal e HIV negativo. Evoluiu com sepse, usou antibióticos de amplo espectro. No 15° dia, foi detectado DNA para Mycobacterium tuberculosis no líquido pleural e iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida e pirazinamida. Marcadores imunológicos do LES positivos (Fator anti-núcleo 1/160; anti-SM superior a 450 U/ml; anti-DNA nativo 1/40), iniciado prednisona 1mg/kg/dia e, devido súbita anúria, ciclofosfamida endovenosa (500mg/m²SC). Melhora renal, mas persistiam derrame pleural, febre, artralgia e infecções recorrentes. Internada por cinco meses, obteve alta hospitalar assintomática após associação de tuberculostáticos com pulsoterapia mensal (Ciclofosfamida 500mg/m²SC). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O acometimento LESJ-TB, apesar de raro, deve ser considerado relevante. Vivemos em um país onde a TB é endêmica, e que essas comorbidades simultâneas dificultam o diagnóstico, o que em casos severos pode levar à morte.

REFERÊNCIAS:

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Lúpus eritematoso sistêmico pediátrico. Sociedade Brasileira de Pediatria, [S. l.], ed. 2, p. 1-8, Julho 2018. E-book

OKUDA, Eunice Mitiko; SANTOS, Maria Carolina dos. Atualização de Condutas em Pediatria. Recomendações, [S. l.], ed. 77, p. 1-5, Agosto 2016. Disponível em:

http://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec77_Reumato.pdf. Acesso em: 4 set. 2019

SILVA, Denise Rossato; MENEGOTTO, Diego Millán; LUIS FERNANDO, Schulz; MARCELO BASSO, Gazzana; PAULO DE TARSO ROTH, Dalcin. Características clínicas e evolução de pacientes imunocomprometidos não HIV com diagnóstico intra-hospitalar de tuberculose. *Jornal brasileiro de pneumologia*, Brasília, ano 2010, v. 26, n. 4, p. 475-484, jul.-ago 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/29392>. Acesso em: 4 set. 2019

BORBA, Eduardo Ferreira; LATORRE, Luiz Carlos; BRENOL, João Carlos Tavares; KAYSER, Cristiane; SILVA, Nilzio Antonio da; ZIMMERMANN, Adriana Fontes; PÁDUA, Paulo Madureira de; COSTALLAT, Lilian Tereza Lavras; BONFÁ, Eloísa; SATO, Emília Inoue. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 196-207, jul/ago 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n4/v48n4a02.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019

SILVA, Maria Elizabete Noberto da; LIMA, Deisiane Souza de; SANTOS, José Elinardo dos; MONTEIRO, Ana Cristina Flor; TORQUATO, Cristiane Maria Mendes; FREIRE, Valcleria Alves; RIBEIRO, Daniela Barbosa de Castro; FEITOSA, Anderson Clayton Sá; TEIXEIRA, Andréa Bessa. Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, [S. l.], 6 nov. 2018. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/aspectos-gerais-da-tuberculose-uma-atualizacao-sobre-o-agente-etiologico-e-o-tratamento/>. Acesso em: 4 set. 2019

RC52 – USO DE ACETILCISTEÍNA NO TRATAMENTO DA TRICOTILOMANIA

LETICIA DE MELO LUSTOSA, BÁRBARA SANTOS ACCIOLY CALUMBY, FERNANDA AYRES DE MORAIS E ADILSON DA COSTA

INSTITUIÇÃO: FACID WYDEN

CONTATO: leticiamlust@gmail.com

INTRODUÇÃO: Tricotilomania (TTM) é um transtorno do controle de impulsos que consiste, entre outros critérios, em um comportamento recorrente de arrancar os cabelos. Resulta em perda capilar perceptível e alopecia secundária. A N-acetilcisteína, recente no tratamento, trouxe redução significativa dos sintomas da doença. Neste trabalho, relatamos um caso de TTM com excelente resposta ao seu uso. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo feminino, 19 anos, compareceu ao ambulatório acompanhada da mãe, que relatou queda de cabelo da filha desde os 7 anos de idade, evoluindo progressivamente com áreas de rarefação capilar. Referia ainda que a filha arrancava e mexia muito no cabelo quando ansiosa. Sem comorbidades, tratamento prévio e/ou uso de medicamentos. Ao exame dermatológico: áreas de rarefação capilar predominando em regiões parietais, poupando região occipital. Hastes capilares com diversos tamanhos e alguns com aspecto enrolado. Sem alterações na região do couro cabeludo e região perifolicular. Ao exame dermatoscópico: múltiplas anormalidades do eixo capilar, sem alterações significativas na área perifolicular [cabelos quebrados, tricoptilose,

“black dots”, cabelos em chama e “coiled hairs”]. Biópsia de couro cabeludo: 32 unidades pilosebáceas (18 na fase anágena, 11 na fase catágena e 5 na fase telógena), dilatadas, algumas desprovidas de estruturas pilosas, com acentuada borda eosinofílica, discreta fibrose perifolicular e moderado infiltrado mononuclear perifolicular. A matriz do pelo exibiu incontinência pigmentar e numerosas células apoptóticas. Com o diagnóstico de TTM, foi encaminhada para tratamento psiquiátrico e iniciou-se acetilcisteína 1200mg noite por 30 dias. Com 60 dias houve melhora do quadro, com crescimento capilar e redução da área de rarefação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A TTM difere dos quadros benignos e transitórios de arrancar cabelos observados nos primeiros anos de vida. A vergonha dos sintomas observada nos portadores e o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde contribuem para o subdiagnóstico desse transtorno. É necessário identificá-lo precocemente, antes das possíveis complicações clínicas e repercussões psicossociais. A N-acetilcisteína é eficaz por restaurar a concentração de glutamato à nível extracelular e diminuir o estresse oxidativo, reduzindo comportamentos compulsivos. Nesse estudo, a droga foi bem tolerada, sem eventos adversos.

REFERÊNCIAS:

TOLEDO, Edson Luiz; TARAGANO, Rogéria Oliveira; CORDAS, Táki Athanássios. Tricotilomania. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 37, n. 6, p. 261-269, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600003>

N-Acetylcysteine, a Glutamate Modulator, in the Treatment of Trichotillomania - A Double-blind, Placebo-Controlled Study -Arch Gen Psychiatry. 2009;66(7):756-763. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.60

RC53 - VOLVO DE CÓLON SIGMÓIDE EM PACIENTE GESTANTE: UM RELATO DE CASO

GABRIEL PHELIPE DANTAS DO NASCIMENTO, CAMILA PEREIRA MIRANDA COSTA, ISABELLA PIRES GOMES MENDES E THAINÁ PINTO DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: UFPI – CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO

CONTATO: gabrielpheliped@gmail.com

INTRODUÇÃO: O volvo refere-se à torção de uma parte do trato alimentar, sendo o cólon sigmóide o local de ocorrência mais comum, surgindo quando o mesentério está alongado e estreito ou em falta de fixação do cólon ao retroperitônio. Apesar de ser raro na gravidez, a gestação pode predispor tal torção uma vez que o útero gravídico desloca o cólon, explicando a frequência da apresentação no terceiro trimestre. Tal patologia é associada a complicações e alta mortalidade materna e fetal devido ao diagnóstico tardio, uma vez que as alterações fisiológicas da gestação podem encobrir a apresentação clínica. Portanto, dada a relevância do tema para fomentar o raciocínio clínico, é relatado este caso de volvo sigmóide em uma gestante de 35 semanas. **RELATO DE CASO:** Paciente de sexo feminino, 20 anos, lavradora,

proveniente de uma cidade do Estado do Maranhão. G2P1A0, IG de 35 semanas e histórico de cesárea há 5 anos. Queixava-se de dor abdominal, associada a constipação há 8 dias, além de epigastria. Ao exame físico, BCF normal, ausência de metrossístoles, colo grosso e impérvio, além de abdômen pouco doloroso à palpação. Ao ultrassom abdominal, constatou-se intenso meteorismo e constipação materna. A paciente foi internada e medicada com laxativos e solução glicerínada via retal. Sem resposta as medicações, paciente foi admitida na Unidade de Terapia Intensiva com dores abdominais intensas, vômitos, fadiga, astenia, anorexia, ausência de eliminação de flatos e dor a palpação abdominal profunda difusamente. Apresentava-se confusa, hipocorada e icterica. Os testes laboratoriais demonstraram leucocitose e desvio à esquerda, além de severa hipopotassemia. Optou-se por uma laparotomia e cesárea terapêutica. Os achados operatórios revelaram um volvo no cólon sigmoide o qual foi reduzido manualmente. O recém-nascido foi retirado vivo, apgar 9/10, choro forte, sem malformações aparentes, normopneico e peso de 1.825g. A paciente evoluiu sem complicações e a alta foi instituída no 4º dia do pós-operatório. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O prognóstico relatado de volvo do sigmoide relaciona-se com seu estágio. A mortalidade materna associada ao intestino viável é de apenas 5%, entretanto, aumenta para mais de 50% uma vez presente a perfuração intestinal, o que ressalta a importância de um diagnóstico e intervenção precoce. Para isso, é necessário o olhar do profissional médico para a patologia em questão diante de tais sintomas apresentados pela gestante, o que se torna mais comum por meio da divulgação de casos como este.

REFERÊNCIAS:

ALRAHMANI, Layan; RIVINGTON, Jaclyn; ROSE, Carl H. Recurrent Volvulus during Pregnancy: Case Report and Review of the Literature. Case reports in obstetrics and gynecology, v. 2018, 2018

BARTHOLMOT, Caroline et al. Prenatal diagnosis of antenatal midgut volvulus: Specific ultrasound features. Prenatal diagnosis, v. 39, n. 1, p. 16-25, 2019

BRĂILA, ANCA DANIELA et al. The acute abdomen in pregnancy and postpartum of a teenager woman. Case report. Rom J Morphol Embryol, v. 59, n. 3, p. 939-943, 2018

SARR, Ibrahima Sitor Souleymane et al. Occlusion intestinale aiguë révélant une grossesse abdominale: à propos d'un cas. The Pan African Medical Journal, v. 31, 2018