

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO**

**22ª JORNADA DO DEPARTAMENTO
DE MEDICINA**

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA, ATIVIDADES
ASSISTENCIAIS E DE ENSINO - 2013**

22ª JORNADA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PRODUÇÃO CIENTÍFICA, ATIVIDADES ASSISTENCIAIS E DE ENSINO
2013

REALIZAÇÃO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA/CLÍNICA MÉDICA

EDITORES

Carlos Alberto da Conceição Lima
Zied Rasslan

Endereço para correspondência:

Carlos Alberto da Conceição Lima / Zied Rasslan
Departamento de Medicina – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Rua Dr. Cesário Mota Jr, 112 – Vila Buarque
01221-020 – São Paulo - SP

ÍNDICE

- 7 APRESENTAÇÃO**

- 8 MÉDICOS DO DEPARTAMENTO**

- 9 CHEFES DAS CLÍNICAS**

- 9 DIRETORIA DO CENTRO DE ESTUDOS “PEDRO JABUR” DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

- 11 RESUMOS DOS TRABALHOS APRESENTADOS NA “22ª JORNADA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA”**

- 59 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA / CLÍNICA MÉDICA EM 2013**

APRESENTAÇÃO

22ª JORNADA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA

O Departamento de Medicina/Clínica Médica (DM) realizou em agosto de 2013 sua 22ª Jornada Científica, evento anual que reúne professores, demais médicos do DM e da comunidade, residentes, especializando, ex-alunos e alunos da graduação, pós-graduação e convidados de todas as áreas da saúde para, em conjunto, discutir temas de atualização, focados em diagnóstico e tratamento, além da exposição de trabalhos científicos.

A Jornada tem como objetivo maior enfatizar o conceito de “Aprendizagem Continuada”, mediante ensino e reciclagem, que levam ao constante aperfeiçoamento médico e motivação à pesquisa.

Este evento é também momento de reflexão, em que temos de reverenciar aos que nos precederam e que construíram os pilares deste Departamento, tornando-o um dos maiores da Instituição na assistência aos doentes e o que participa com maior carga horária no curso de graduação da Faculdade, destacando-se também pela produção científica e cultural de seus integrantes; portanto, a nossa homenagem a todos, representados pelos ex-diretores, Professores Oscar Monteiro de Barros, Pedro Jabur, Edwin Castelo, Aduino Barbosa Lima, Wilson Luiz Sanvito, Ivan Carlquist, Ernani Geraldo Rolim, Roberto Alexandre Franken e Valdir Golin .

Por outro lado, é também o momento de gratidão e agradecimento, especialmente à alta administração da Santa Casa, representada pelo Dr. Kalil Rocha Abdalla (Provedor) e Dr. Antonio Carlos Forte (Superintendente), pelo apoio sempre presente às realizações do Departamento, que nos permite dar atendimento adequado aos pacientes e bom treinamento aos alunos; reconhecimento aos dirigentes da Faculdade de Ciências Médicas e de sua Mantenedora, Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho, nas pessoas do Prof. Dr. Valdir Golin (Diretor da Faculdade) e Eng. José Cândido de Freitas Junior (Presidente da Diretoria Executiva da Fundação), pelo privilégio de podermos atuar nas áreas de ensino e pesquisa, onde os integrantes do DM também participam com alma e coração.

Aos colegas, companheiros de todas as horas e sustentáculos do Departamento, pelo empenho, competência e dedicação constantes, nossa eterna gratidão.

Aos alunos, a certeza que sempre terão no DM mestres na concepção maior do termo, não apenas transmitindo conhecimentos, mas principalmente, motivando-os e dando exemplos de trabalho, dedicação e dignidade.

Agradecimento especial à Sociedade Brasileira de Clínica Médica e aos bancos Santander e Bradesco pelo apoio para publicação deste suplemento e à Diretoria do Centro de Estudos que, sob o comando do seu presidente, Dr. Zied Rasslan, tão bem organizou este evento.

A síntese dos trabalhos apresentados na Jornada atesta o empenho de seus autores, bem como a qualidade e atualização de suas pesquisas.

O Resumo das Atividades do Departamento em 2013 evidencia a sua importante participação na assistência, no ensino e na produção científica, razões de ser da sua existência.

Prof. Dr. Carlos Alberto da Conceição Lima
Diretor do Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo
Chefe do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

MÉDICOS DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Adriana Pessoa Mendes Eris	Dermatologia	Livia Simão de Carvalho	Nefrologia
Adriano Namó Cury	Endocrinologia	Luiz Antonio Miorin	Nefrologia
Ana Clara K. V. do Nascimento	Hematologia	Luiz Renato Breviglieri	Pneumologia
Andrea Olivares Magalhães	Nefrologia	Marco Ricardo Russo	Pneumologia
Andrea V. B.U. Freirias	Psiquiatria	Marcos Felipe Donini Souza Dias	Cardiologia
Andrea Vieira	Gastroenterologia	Marcus Antonio M. O. Ferreira	Dermatologia
Argemiro Scatolini Neto	Cardiologia	Maria Elisa Ruffolo Magliari	Clínica Médica
Barbara Daniela de Oliveira	Cardiologia	Maria Fernanda Mendes	Neurologia
Berenice C. O. Valerio	Neurologia	Maria Luiza Q. de Miranda	Gastroenterologia
Branca Dias Batista de Souza	Reumatologia	Mariana Amelia S. T. Gasparetto	Clínica Médica
Bruno Vaz Kerges Bueno	Cardiologia	Mariana de Figueredo Silva	Dermatologia
Carla S. Russo Z. Funchal	Dermatologia	Marina Bruniera Anchieta	Nefrologia
Carlos Alberto C. Lima	Clínica Médica	Mauricio da Silva Rocha	Cardiologia
Carlos Sergio Chiattono	Hematologia	Mauro José Costa Salles	Infectologia
Carolina Ferraz da Silva	Endocrinologia	Milton Luiz Gorzoni	Clínica Médica
Carolina Morasco G. Porto	Cardiologia	Nilza Maria Scalissi	Endocrinologia
Carolina Steller Wagner	Nefrologia	Osmar Monte	Endocrinologia
Charles Peter Tibery	Neurologia	Patricia Malafronte	Nefrologia
Cícera da Silva Bento	Nefrologista	Patricia Satiko Aoki	Psiquiatria
Clarice Marie Kobata	Dermatologia	Paulo Eugenio de A. C. Brant	Gastroenterologia
Cristiano Barbosa Campanholo	Reumatologia	Pedro Jabur	Nefrologia
Cristiano Torres da Silva	Clínica Médica	Perla Olivera Schuls	Gastroenterologia
Daniel Bartholo de Hyppolito	Cardiologia	Raquel de Barros C. Gonzaga	Nefrologia
Dawton Yukito Torigoe	Reumatologia	Regina Helena Lima Caltabiano	Nefrologia
Deborah Madeu Pereira	Pneumologia	Renato Jorge Alves	Cardiologia
Eliane Figueiredo Taddeo	Clínica Médica	Renato Moraes Alves Fabbri	Clínica Médica
Elisete Isabel Croco	Dermatologia	Roberta Buense Bedrikow	Dermatologia
Érica Marques Alves Lima	Nefrologista	Roberto Alexandre Franken	Cardiologia
Fabio Barreto Cabral	Neurologia	Roberto Gomes da Silva Junior	Gastroenterologia
Fernanda Gomes G. Chaer	Reumatologia	Roberto Stirbulov	Pneumologia
Fernando Jose Spahnuolo	Clínica Médica	Rodrigo Geraldo Nascimento	Cardiologia
Flavia Souza e Silva de Almeida	Medica do Trabalho	Rogério Castro Reis	Reumatologia
Gisele Bulamarque Klautau	Infectologia	Ronaldo Fernandes Rosa	Cardiologia
Hélio Gomes Cardim Silva	Nefrologia	Ronaldo Rabello	Cardiologia
Igor Bastos Polonio	Pneumologia	Rosana Lazzarini	Dermatologia
Irineu Francisco D. Massaia	Clínica Médica	Rubens José Gagliardi	Neurologia
João Eduardo Nunes Salles	Endocrinologia	Savia Christina Pererira Bueno	Cardiologia
Joao Paulo Rosa Coelho	Nefrologia	Sergio Telerman	Cardiologia
Joaquim Antonio da F. Almeida	Clínica Médica	Silvia A. Soutto Mayor	Dermatologia
Jonh Verrinder Veasey	Dermatologia	Silvio Luiz Cardenuto	Clínica Médica
Jorge Ethel Filho	Pneumologia	Tania Lopes da Silva	Pneumologia
José Carlos Aguiar Bonadia	Clínica Médica	Tatel Kadri	Cardiologia
José Ferraz de Souza	Nefrologia	Thais Zélia dos Santos	Psiquiatria
José Flavio Castellucio	Clínica Médica	Uelra Rita Lourenço	Cardiologia
José Gustavo B. Romaldini	Pneumologia	Wilson Lopes Pereira	Cardiologia
Jose Henrique de C. Basilio	Clínica Médica	Wilson Luiz Sanvito	Neurologia
Juliana Cristina F. Alves	Nefrologia	Yoná Afonso Francisco	Cardiologia
Juliana Miranda de L. Valim	Reumatologia	Yvoty Alves dos Santos Sens	Nefrologia
Juliana Tavora Sobreira	Hematologia	Zied Rasslan	Clínica Médica
Karine Simone	Dermatologia		

CHEFES DAS CLÍNICAS

Clínica Médica:	Prof. Dr. Carlos Alberto C. Lima
Cardiologia:	Prof. Dr. Roberto Alexandre Franken
Dermatologia:	Dra. Rosana Lazzarini
Endocrinologia:	Prof ^a Dra. Nilza Maria Scalissi
Gastroenterologia:	Prof ^a Dra. Andrea Vieira
Hematologia:	Prof. Dr. Carlos Sérgio Chiattonne
Nefrologia:	Prof ^a Dra. Yvoty Alves dos Santos Sens
Neurologia:	Prof. Dr. Rubens José Gagliard
Pneumologia:	Dr. Jorge Ethel Filho
Reumatologia:	Dra. Branca Dias Batista de Souza

DIRETORIA DO CENTRO DE ESTUDOS “PEDRO JABUR” DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Presidente:	Prof. Dr. Zied Rasslan
Vice-Presidente:	Dr. Joaquim Antonio da Fonseca Almeida
Secretário:	Prof. Dr. José Ferraz de Souza
Tesoureiro:	Dr. Luis Cláudio Rodrigues Marrochi
Diretor Científico:	Prof. Dr. João Eduardo Nunes Salles
Diretor de Comunicação:	Dr. Igor Bastos Polonio
Conselho Fiscal:	Prof. Dr. Milton Luiz Gorzoni Dr. Paulo Eugênio de Araújo C. Brant

RESUMOS DOS TRABALHOS APRESENTADOS NA “22ª JORNADA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA”

ACROMETÁSTASE NO CÂNCER DO PULMÃO

Luiz Octávio Baldin Caltran, José Rodrigues
Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo

Introdução: O câncer do pulmão, doença rara no início do século XX, é a neoplasia mais letal em todo o mundo. O câncer do pulmão é classificado em quatro

diferentes tipos histológicos (escamoso, adenocarcinoma, carcinoma de pequenas células e carcinoma de grandes células), todos eles relacionados a curtas sobrevividas. Campbell, em estudo realizado com 27 pacientes, mostrou que os tumores primários os quais mais frequentemente metastatizam para a pele, são os de mama nas mulheres e pulmão nos homens. As acrometástases, principalmente para as mãos, são incomuns, e representam cerca de 0,007-0,2% de todas as lesões metastáticas. O pulmão é o sítio de origem mais comum, colaborando com 40- 50% dos casos relatados na literatura.

Apresentação do Caso: Homem pardo, 69 anos, ex-tabagista (44 maços/ano), etilista, hipertenso há 30 anos manifesta quadro de dor torácica desde maio/13, ventilatório-dependente, apresentando tosse principalmente à noite desde há 6 meses, dispneia aos pequenos esforços há 4 meses, cefaléia holocraniana há 2 meses e grande tumoração na extremidade do quarto quirodáctilo direito que se iniciou há 4 meses. Realizado biópsia em 25/07/13 que identificou carcinoma indiferenciado de sítio primário desconhecido. RX de tórax admissional mostrou imagem hipodensa no terço médio de pulmão direito e tomografia de tórax, de 29/07/13, confirmou a presença de massa sólida hilar, de limites mal definidos e contornos lobulados medindo 6,0 x 4,2 cm e linfonodomegalias mediastinais coalescentes ipsilateral.

Discussão e Motivo da Comunicação: Acrometástases são manifestações neoplásicas pouco comuns. Restringem-se a comprometimento de falanges e ossos do carpo e do tarso, leito subungueal e partes moles, derme e epiderme dos pés e das mãos. Essa forma de comprometimento tumoral representa estádios avançados da malignidade e é indício de mal prognóstico com sobrevividas inferiores há seis meses.

Conclusão: Apresentamos paciente com diagnóstico de câncer do pulmão e acrometástase como principal manifestação clínica da malignidade. Metástases em extremidades são tardiamente reconhecidas e seu diagnóstico é frequentemente confundido com doença infecciosa e de natureza inflamatório. A demora em confirmar a presença de uma neoplasia tem implicação direta no tratamento e prognóstico desses pacientes.

Bibliografia consultada:

- Campbell I, Friedman H, Alchorne M. Metástases cutâneas de neoplasias: estudo de 27 pacientes. *An Bras Dermatol.* 1995;70:409-18.
- Hansen HH, editor. *Textbook of lung cancer.* London: Martin Dunitz; 2000. 442p.
- Zamboni M. Epidemiologia do câncer de pulmão. *J Pneumol.* 2002; 28:41-7.
- Zamboni M, Carvalho WR. *Câncer do pulmão.* Sao Paulo: Atheneu; 2005. 287p.

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE (PTLD) MONOMÓRFICO DO TIPO LINFOMA DE HODGKIN DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Pedro Campelo Neto, Daniela Marinho Tridente, Anderson Simabuco Kohatsu, Alessandra Evangelista Comenalli, Suellen Ka Gi Mo, Guilherme Hideo Sakemi, Talita Maira Bueno da Silveira da Rocha, Carlos Sérgio Chiattonne, Renato Moraes Alves Fabbri

Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo e Serviço de Hematologia e Hemoterapia da Santa Casa de São Paulo

Introdução: Desordens linfoproliferativas pós-transplante (PTLD) são proliferações linfóides que ocorrem no contexto do transplante de órgãos sólidos ou células hematopoiéticas, como resultado de imunossupressão. Elas estão entre as complicações mais graves e potencialmente fatais de transplantes. Embora a maioria pareça estar relacionada com a presença do vírus Epstein-Barr (EBV), doença EBV negativa pode ocorrer.

Objetivo: Discutir a possibilidade de envolvimento central e do tipo Hodgkin de PTLT pós-transplante renal.

Caso Clínico: Mulher de 26 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, diagnosticado seis anos antes após abertura do quadro com nefrite lúpica, tendo sido necessário transplante renal. Fez uso de imunossupressores desde então. Foi internada com queixa de alteração do padrão de cefaleia pré-existente há quatro meses. Referia também sudorese noturna e refratariedade do quadro algico, além de surgimento de náuseas e vômitos. Apresentava VI par craniano deficitário à direita. Os exames de imagem cerebrais revelaram múltiplas lesões com impregnação anelar pelo contraste, com edema perilesional importante. A sorologia para EBV (IgM) foi reagente e o PCR para EBV foi detectável. Foram realizadas tomografias computadorizadas cervical, torácica, abdominal e pélvica, que não revelaram linfonodomegalias. Biópsia cerebral estereotáxica revelou tratar-se de linfoma de Hodgkin clássico.

Discussão: PTLDs monomórficos são proliferações linfóides monoclonais que atendem aos critérios para um dos linfomas de células B ou T/NK reconhecidos. Linfoma de Hodgkin clássico é a forma menos comum de PTLD. A biópsia de tecido envolvido deve cumprir todos os critérios exigidos para o diagnóstico. Em microscopia de luz, o tumor contém uma minoria de células neoplásicas (células de Reed-Sternberg e suas variantes) em um fundo inflamatório. PTLD primário do sistema nervoso central é raro e seu diagnóstico e tratamento são difíceis.

Bibliografia consultada:

- Friedberg JW, Aster JC. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of post-transplant lymphoproliferative disorders. [on line]. UpToDate. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-post-transplant-lymphoproliferative-disorders> [14 jul 2013].
- Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, et al. World Health Organization classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2008. 439p. (World Health Organization Classification of Tumours).

NEOPLASIA DE ESÔFAGO

Danilo Lopes Assis, Daniel Monte Costa, Jose Henrique de Carvalho Basílio

Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo
Pronto Socorro Central da Santa Casa de São Paulo

Fundamentos: O câncer de esôfago é uma neoplasia relativamente incomum e extremamente letal. No mundo ocidental, a doença tem maior frequência em homens, negros, com mais de 50 anos de idade e de baixo nível socioeconômico. A distribuição epidemiológica sugere o envolvimento de fatores ambientais e alimentares, com uma predisposição genética pouco definida. As deficiências nutricionais associadas ao alcoolismo e ao tabagismo estão associadas à doença.

Objetivo: Diagnosticar neoplasia de esôfago, considerando o achado anatomopatológico e os fatores de risco associados à doença.

Caso Clínico: Homem de 33 anos, com antecedentes de etilismo, tabagismo e pai falecido por câncer de esôfago, foi admitido no Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com história de perda ponderal de 20kg com início há 1 ano, associado à disfagia e a dispnéia nos últimos 2 meses. Há 20 dias apresentou febre, dor torácica pleurítica em hemitórax esquerdo, evoluindo com piora da dispneia. Ao exame físico apresentava-se febril (38,5°), pressão

100x60mmHg, frequência respiratória de 25ipm, saturação de O₂ de 91%, com ausculta abolida em hemitórax esquerdo. Foi realizado toracocentese que foi compatível com empiema, sendo isolado *S. pyogenes* na cultura do líquido. Foi realizada a drenagem de tórax e tomografia que evidenciou espessamento da parede do esôfago médio e distal com invasão linfonodal e derrame pleural, sugestivo de empiema à esquerda em contiguidade com o esôfago. A endoscopia digestiva alta revelou lesão ulcero-infiltrativa em transição esofagogástrica e lesão de esôfago distal, e o anatomopatológico foi compatível com carcinoma epidermóide invasivo bem diferenciado. O paciente recebeu 42 dias de antibioticoterapia direcionada ao agente etiológico, com regressão total do empiema loculado. Após a alta hospitalar, foi encaminhado ao serviço de oncologia para tratamento e seguimento da neoplasia.

Discussão: O câncer de esôfago é a sexta causa de morte por câncer em homens no Brasil. Há uma predominância no sexo masculino com uma relação de 3:1. Destes, 90% são Carcinomas Epidermóides. Este tipo histológico possui relação direta com fumo, álcool, ingestão de bebidas quentes, além de fatores dietéticos, estenose cáustica, acalasia e fatores genéticos. 70% dos casos tem localização no terço médio e superior. Uma das complicações da doença é a fístula esôfago-pleural, sendo suspeitada nos pacientes após isolamento de um germe colonizador da orofaringe. A endoscopia com biópsia confirma o diagnóstico em mais de 90 % dos casos e o estadiamento é feito geralmente com TC ou PET. O prognóstico depende do estadiamento da doença, sendo que menos de 5% sobrevivem após o diagnóstico. Este paciente encontra-se no estágio IV por metástases em linfonodos não regionais e sua sobrevida em 5 anos é menor que 5%.

Bibliografia consultada:

- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Esôfago. [on line]. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/esofago/> [18 jul 2013].
- Graham DY, Schwartz JT, Cain GD, Gyorkey F. Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma. *Gastroenterology*. 1982; 82:228-31.
- He Z, Zhao Y, Guo C, Liu Y, Sun M, Liu F, et al. Prevalence and risk factors for esophageal squamous cell cancer and precursor lesions in Anyang, China: a population-based endoscopic survey. *Br J Cancer*. 2010;103:1085-8.
- Sandler RS, Nyrén O, Ekblom A, Eisen GM, Yuen J, Josefsson S. The risk of esophageal cancer in patients with achalasia. A population-based study. *JAMA*. 1995; 274:1359-62.
- Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012; 62:10-29.

PANCREATITE AGUDA SECUNDÁRIA A HIPERCALCEMIA POR HIPERVITAMINOSE: RELATO DE CASO

Camila Vaz de Oliveira Neiva, Juliana Simons Godoy, Priscila Marques Intelizano, Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri, Paulo Roberto Cavallaro Azevedo, Tércio de Campos
Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo

A pancreatite aguda (PA) é uma doença inflamatória autolimitada e que se resolve com medidas clínicas na maioria dos casos. Sua incidência nos EUA varia de 50 a 80 casos para cada 100 mil habitantes por ano, enquanto no Brasil temos cerca de 15 a 20 casos. Suas principais etiologias são biliar, com 40% dos casos e alcoólica, 35% dos casos. Uma etiologia rara é a hipercalcemia. Esta tem como principais causas o hiperparatireoidismo primário e neoplasias.

O relato discorre sobre um caso raro de hipercalcemia gerado por hipervitaminose D. O paciente, de 21 anos, utilizava, via intramuscular, visando aumento do volume muscular um polivitamínico veterinário que continha vitaminas A, D e E, levando a uma pancreatite aguda Balthazar B, Apache II 7, Marshall 2 e Sofa 2.

Apesar das orientações médicas, o paciente retomou o uso do suplemento, tendo sido internado em mais duas ocasiões: um mês e oito meses após a atual. Nas outras internações, o quadro clínico e evolução foram semelhantes, exceto pelo fato de que na última internação a PA foi classificada como Balthazar C. Por ser uma prática leiga e sem nenhum controle, há escassez de relatos e dados oficiais sobre o tema. Deve-se atentar para investigação do uso indiscriminado de polivitamínicos veterinários em pacientes jovens com quadro de hipercalcemia levando a PA ou outras complicações. Uma anamnese minuciosa é a parte mais importante da consulta médica auxiliando no diagnóstico correto das doenças e de suas etiologias. A recorrência do quadro descrito no relato sugere a má adesão do paciente às orientações da equipe médica, podendo levar a quadros progressivamente mais graves.

Bibliografia consultada:

- Campos T, Furbetta PR, Assef JC. Pancreatite Aguda. In: Assef JC, Perlingeiro JAG, Parreira JG, Soldá SC. Emergências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas: condutas e algoritmos. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 199-206.
- Pettifor JM, Bikle DD, Cavalerso M, Zachen D, Kamdar MC, Ross FP. Serum levels of free 1,25-dihydroxyvitamin D in vitamin D toxicity. *Ann Intern Med* 1995;122:511-3.
- Wysolmerski JJ, Insogna KL. As glândulas paratireóides, hipercalcemia e hipocalcemia. In: Goldman L, Ausiello D. *Cecil tratado de medicina interna*. 23ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 2183-93.

SÍNDROME DA VEIA CAVASUPERIOR: RELATO DE CASO

Renata M. Guazzelli, Talita C. Mizushima, Abdo L. Fares, Carolina P. Andrade, Silvio Luiz Cardenuto, Edson Braga de Souza Junior, Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri
Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo e Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo

Fundamentos: A síndrome da veia cava superior (SVCS) é composta de sinais e sintomas secundários à hipertensão venosa do segmento cefálico, cervical e membros superiores, decorrente da obstrução da veia cava superior (VCS). A obstrução pode ser causada por compressão extrínseca do vaso, invasão tumoral, trombose ou secundária a doenças intra-atriais ou intraluminais que dificulte o retorno venoso ao coração.

Motivo da comunicação: Discutir a conduta da SVCS na emergência.

História e evolução: Paciente do sexo feminino, 62 anos, hipertensa e tabagista deu entrada com quadro de tosse, hemoptise e dispneia há meses, não sabendo precisar o tempo. Em nosso serviço, paciente evoluiu com piora do desconforto respiratório, edema bipalpebral e dos membros superiores, quando foi aventada a hipótese de SVCS. Foi realizada broncoscopia e biópsia que revelou lesão vegeto-infiltrativa em brônquio fonte direito, diagnosticada como carcinoma de pequenas células infiltrando a parede brônquica. Após broncoscopia paciente realizou radioterapia de urgência seguida por angioplastia com colocação de stent em VCS apresentando melhora importante da pletora facial e dos membros superiores, porém evoluiu com pneumonia associada à ventilação mecânica indo a óbito.

Discussão: Anteriormente considerada uma emergência médica potencialmente fatal, atualmente a SVCS só é considerada como emergência na presença de sintomas ou sinais de comprometimento respiratório grave ou neurológico. Na abordagem inicial medidas terapêuticas gerais, como elevação da cabeceira do leito, oxigenioterapia, restrição hídrica devem ser instituídas. Diuréticos e corticoides são utilizados empiricamente, não existindo evidências consistentes do seu benefício. Além de medidas de suporte clínico, os tratamentos radioterápico, quimioterápico, endovascular e cirúrgico configuram as opções terapêuticas consagradas pela literatura. A maioria das neoplasias causadoras da SVCS é sensível à radioterapia e respondem com alívio dos sintomas em alguns dias, porém, atualmente, muitos autores consideram que a radioterapia só deva ser iniciada após a obtenção do diagnóstico histológico. O tratamento endovascular

oferece alívio rápido dos sintomas relacionados à SVCS, porém deve ser encarado como procedimento

paliativo, adjuvante à terapia para a causa de base. O tratamento cirúrgico é pouco utilizado devido à gravidade dos pacientes e ainda pela etiologia maligna, que em muitos casos encontra-se em fase avançada.

Bibliografia consultada:

- Cirino LM, Coelho RF, Rocha BP, Batista, BPSN. Tratamento da síndrome da veia cava superior. J Bras Pneumol 2005; 31:540-50.
- Cordeiro SZB, Cordeiro PB. Síndrome da veia cava superior. J Pneumol. 2002; 28:288-93.
- Pires NF, Morais A, Queiroga H. Síndrome da veia cava superior como apresentação de neoplasia. Rev Port Pneumol. 2010; 16:73-88.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO HIPERTENSIVO: RELATO DE UM CASO COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

Elisabeth de Albuquerque Cavalcanti Callegaro, Stephanie Yuri Torres Ogata, Gabriela Lima Ramos, Edson Braga de Souza Júnior, Afonso Celso Pereira, Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri
Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo

Fundamentos: O Tromboembolismo Pulmonar Crônico Hipertensivo (TEPCH) é um quadro de hipertensão pulmonar observado após um período de três meses depois de pelo menos um episódio de embolia de pulmão (TEP). Ocorre em 4% dos pacientes após um evento de TEP, sendo o tratamento mais efetivo a tromboendarterectomia pulmonar.

Motivo da Comunicação: descrever o caso de um paciente com TEPCH em que foi realizado tratamento cirúrgico uma vez que este apresenta menor mortalidade em relação ao clínico.

Apresentação: JPA, sexo masculino, 30 anos, com história de TEP diagnosticado há quatro meses com persistência de dispnéia durante todo este período. Feita a hipótese de TEPCH sendo realizado tromboendarterectomia pulmonar.

Discussão: o TEPCH é uma situação com alta morbi-mortalidade se optado por tratamento clínico, sendo então a tromboendarterectomia o tratamento de escolha. No entanto por se tratar de um procedimento cirúrgico com grandes complicações faz-se necessário pesar o risco-benefício individual.

Bibliografia consultada:

- Fedullo PF, Auger WR, Kerr KM, Rubin LJ. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension. N Engl J Med. 2001;345:1465-72.
- Hipertensão pulmonar tromboembólica. J Bras Pneumol. 2005; 31 (suppl.2):S28-S31.
- Mehta S, Helmersen D, Provencher S, Hirani N, Rubens FD, De Perrot M, et al. Diagnostic evaluation and management of

chronic thromboembolic pulmonary hypertension: a clinical practice guideline. Can Respir J. 2010; 17:301-34.

SINDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO

Jaime Benitez Campos, Frederico Lomonaco Cuellar, Rodolfo Swistalski Gimenez, Patricia Homsy Nemoto, Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri
Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo

Fundamentos: A Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é uma síndrome neurológica

aguda caracterizada por vômitos, cefaléia, confusão mental, convulsões e alterações visuais, em combinação com uma imagem típica anormal na substância branca nas regiões posteriores de ambos os hemisférios cerebrais.

Motivo da comunicação: A PRES tem distribuição esporádica e sua incidência é desconhecida, relatos em todo o mundo não apontam diferenças de ocorrência por gênero. Os principais diagnósticos diferenciais são a síndrome da vasoconstrição reversível puerperal e a Síndrome HELLP. A maioria dos casos de PRES está associada a altos níveis de pressão arterial, no entanto não evidenciado neste caso.

Apresentação: Paciente do sexo feminino, 16 anos, com antecedente de drogadição compareceu ao PS-ISCMSM encaminhada de outro serviço devido a quatro episódios de crises convulsivas generalizadas tônico-clônicas associadas a déficit motor à direita no oitavo pós operatório de parto cesáreo.

Durante a admissão no pronto socorro apresentou episódio de crise parcial motora. Sem relato de cefaleia e vômitos. Ao exame apresentava-se sonolenta, fala e linguagem preservadas, orientada em tempo e espaço, força muscular GV à esquerda e GIII à direita, pares cranianos sem alterações, sem rigidez de nuca. FC: 84bpm; PA: 110x70 mmHg. Prescrito Fenitoína e Diazepam.

Solicitados exames laboratoriais gerais e TC de crânio, punção líquórica, introdução de carbamazepina e coleta de amostras de sangue para realização de sorologias. Manteve-se observação neurológica e cuidados intensivos para tratar a causa de base (Sepse).

Durante os dois dias de internação, a paciente não apresentou alterações no padrão de exame físico neurológico, mostrando-se sonolenta, pouco colaborativa com o exame e mantendo-se afebril, normocárdica e normotensa.

Discussão: A Hipótese diagnóstica de PRES foi feita antes da Ressonância Magnética de Crânio, baseada na história clínica. Foi realizada ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio, para confirmação

diagnóstica de PRES, em que demonstrou-se padrão de imagem compatível. No caso em estudo, foi conveniente afastar dois grandes diagnósticos diferenciais associados à gestação: Asíndrome da vasoconstrição reversível puerperal e a Síndrome HELLP. A síndrome da vasoconstrição reversível puerperal pode se assemelhar com Síndrome PRES, pois eventualmente causa crises epilépticas e gera imagens na ressonância magnética características de edema vasogênico. Entretanto pode ser diferenciada pelo quadro clínico. O diagnóstico de Síndrome HELLP pode ser afastado, pois nos exames laboratoriais não se evidenciaram hemólise, nem plaquetopenia ou aumento de enzimas hepáticas, tríade clássica dessa síndrome.

O conhecimento sobre a Síndrome PRES é fundamental para o médico, pois essa síndrome pode ser diagnóstico diferencial de outras doenças que envolvem os diversos sistemas orgânicos. Por isso, o médico ao suspeitar do diagnóstico de PRES deve saber conduzir inicialmente o caso até que o doente seja encaminhado ao especialista. Deve-se ressaltar também que a hipertensão arterial não é condição obrigatória para o diagnóstico dessa doença, embora seja comum em grande parte dos casos.

Bibliografia consultada:

- Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med.* 1996; 334:494-500.

INDICAÇÃO DE TROMBÓLISE EM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBMACIÇO: RELATO DE CASO

Alisson Paulino Trevizol, Amanda Hiromi Abe, Fernanda Saldiva Veit, Isa Albuquerque Sato, Jairo Montemor Augusto Silva, Edson Braga de Souza Junior, Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri
Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo

Fundamentos: O Tromboembolismo Pulmonar é classificado em maciço (associado à instabilidade hemodinâmica ou pressão sistólica menor do que 90 mmHg ou brusca redução da pressão sistólica superior a 40 mmHg), submaciço (paciente normotenso com evidência de sobrecarga de ventrículo direito (VD)) ou não maciço (normotenso sem sobrecarga de VD). O TEP submaciço e não maciço são hemodinamicamente estáveis. Trombólise é recomendada classicamente para pacientes com TEP maciço. No entanto, há controvérsias quanto ao benefício da indicação de trombólise no TEP submaciço.

Motivo da comunicação: O presente trabalho tem

por objetivo relatar caso de TEP, com sobrecarga de VD ao ecocardiograma e elevação de troponina na entrada do Serviço de Emergência, em que se optou por trombólise.

Apresentação: I.S.F., 64 anos, sexo feminino, deu entrada no Serviço de Emergência com quadro compatível com TEP e trombose venosa profunda de membro inferior esquerdo confirmada por ultrassonografia com Doppler. O eletrocardiograma apresentava taquicardia sinusal e padrão S1Q3T3, além de inversão de ondas T de V1 a V4. Realizada angiotomografia computadorizada de tórax que mostrava extenso TEP acometendo as artérias pulmonares principais. Foi realizado ecocardiograma no primeiro dia de internação da paciente que evidenciou sobrecarga de ventrículo direito. Apresentava troponina I de 1,6 mg/L. Optou-se pela realização de trombólise por 72h. O estudo ecocardiográfico seriado mostrou melhora progressiva da função de VD até a normalização após 14 dias do início da trombólise. Recebeu alta hospitalar no 27º dia de internação em uso de O₂ domiciliar e anticoagulação com warfarina.

Discussão: Estudos apontam que pacientes que apresentavam sobrecarga de VD à ecocardiografia apresentam risco de evoluírem com hipotensão e choque, principalmente quando se apresentam com elevação de troponina I à entrada. Em estudos comparando trombólise e anticoagulação observou-se melhora na motilidade da parede do VD pela ecocar-

diografia após 24h do início do tratamento associado a redução de mortalidade, recorrência dos sintomas e sangramento. O caso relatado neste trabalho ilustra paciente com diagnóstico de TEP submaciço, com importante disfunção de VD ao ecocardiograma, trombo extenso acometendo ramos pulmonares principais bilateralmente, eletrocardiograma mostrando sobrecarga de VD e elevação de Troponina I, evidenciando sofrimento miocárdico. Apesar de se encontrar normotensa, evidências apontam um risco de desfecho desfavorável superior ao risco de sangramento com uso de trombolíticos, que resultaram em recuperação da função de VD, reduzindo o risco de evolução a hipotensão e choque.

Bibliografia consultada:

- Mookadam F, Jiamsripong P, Goel R, Warsame TA, Emani UR, Khandheria BK. Critical appraisal on the utility of echocardiography in the management of acute pulmonary embolism. *Cardiol Rev.* 2010; 18:29-37.
- Zhou Y, Shi H, Wang Y, Kumar AR, Chi B, Han P. Assessment of correlation between CT angiographic clot load score, pulmonary perfusion defect score and global right ventricular function with dual-source CT for acute pulmonary embolism. *Br J Radiol.* 2012; 85:972-9.

LEPTOSPIROSE: A IMPORTÂNCIA DE RECONHECER A ZOONOSE MAIS COMUM DO MUNDO

Larissa Kallas Curiati, Crislaine de Lima Silva, Tayane Maruca Magalhães, Edson Braga de Souza Júnior, Afonso Celso Pereira, Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri

Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo

Fundamentos: A leptospirose é uma doença febril aguda, de distribuição mundial, caracterizada por vasculite generalizada e cujo principal reservatório é o rato. Segundo a OMS, é a zoonose mais comum no mundo, sendo de grande importância social e econômica.

Motivo da Comunicação: Relataremos um caso de leptospirose com apresentação clínica típica.

Relato de Caso: M.C.R.M., 35 anos, sexo feminino, natural e procedente da São Paulo, garçõete, sem antecedentes pessoais. Procurou o Serviço de Emergência com quadro de cefaléia, adinamia e mialgia há cerca de 5 dias. Há dois dias da entrada, evoluiu com piora da mialgia, principalmente em panturrilhas dificultando a deambulação, icterícia, náuseas, vômitos e coloração alaranjada da urina. Baseado no quadro clínico, exames laboratoriais e epidemiologia da paciente, foi feita a hipótese diagnóstica de leptospirose, iniciada antibioticoterapia precoce com penicilina cristalina e colhida sorologia para leptospirose, cujo resultado foi positivo.

Discussão: A leptospirose apresenta formas clínicas variadas desde assintomáticas até sua manifestação mais grave, conhecida como síndrome de Weil, como no caso relatado. Devido à importância sócio-econômica e potencial letalidade, suspeita de qualquer forma clínica deve ser tratada com antibioticoterapia precoce e notificada no SINAN, a fim de reduzir a morbimortalidade e os altos custos hospitalares.

Bibliografia consultada:

- Day N. Epidemiology, microbiology and diagnosis of leptospirosis. [on line]. UpToDate. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-leptospirosis> [12 May 2013].
- Day N. Treatment and prevention of leptospirosis. [on line]. UpToDate. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-leptospirosis> [12 May 2013].
- São Paulo (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Verão, estação das chuvas, das enchentes e também da leptospirose. [on line]. Informe Técnico. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/zoo/Lepto13_informe.pdf [8 abr 2013].

ABCESSO PULMONAR EM MULHER JOVEM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Camila Sayuri Horita Alves da Silva, Isabella Bispo dos Santos Silva Costa, Pablo Leonardo Traete, Nelson Henrique Fantin Fundão, Rodrigo Antônio Carvalho de Melo Lima, Irineu Francisco Delfino Silva Massaia

Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo

Fundamentos: Abscesso pulmonar é definido pela necrose do parênquima pulmonar causado por quadros infecciosos, sendo mais frequente em homens e idosos. A aspiração é a causa mais comum, sendo os principais fatores de risco: intoxicação, disfagia, uso abusivo de drogas e alcoolismo, epilepsia, disfunção bulbar, doença periodontal e anestesia geral. Os principais agentes são bactérias anaeróbicas e o quadro clínico na maioria das vezes mostra-se como sintomas indolentes, por períodos de semanas a meses. A antibioticoterapia padrão é clindamicina ou associações de betalactâmicos e inibidores das betalactamases.

Motivo da comunicação: Relato de caso de paciente com abscesso pulmonar do sexo feminino, jovem, sem fatores de risco conhecidos, de evolução rápida e história atípica, realizando tratamento clínico com boa evolução e alta hospitalar precoce.

Apresentação: R.M.P.E., feminino, 19 anos, casada, natural da Bolívia, sem comorbidades, admitida no pronto socorro com queixa de queda do estado geral, tosse produtiva com expectoração amarelo-esverdeada, dispnéia e febre aferida de 39 – 39,5°C há 5 dias. Negava dor torácica, perda de peso ou vômitos. Encontrava-se descorada, hipotensa, taquicárdica, taquidispnéica, à ausculta pulmonar apresentava estertores crepitantes em terço superior de hemitórax direito. Exames laboratoriais da entrada mostravam anemia normocítica e normocrômica, leucocitose e prova inflamatória aumentada. Radiografia de tórax evidenciou imagem cavitária em ápice pulmonar à direita com nível hidroaéreo, sugestiva de abscesso pulmonar, confirmada pela tomografia de tórax, sendo instituído antibioticoterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol. Realizado broncoscopia com lavado que mostrou *Staphylococcus coagulase negativa* superior a 10.000UFC/ml e cultura positiva para *candida sp.*, com pesquisa de BAAR negativa. A sorologia para HIV mostrou-se negativa. Foi avaliada pela equipe da buco-maxilo-facial que descartou lesões odontológicas. Realizou tratamento intrahospitalar por 7 dias, recebendo alta, em bom estado geral, com antibioticoterapia oral por mais 8 semanas.

Discussão: Geralmente quadros mais agudos, como apresentado pela paciente, estão associados à

infecção por aeróbios. No entanto, tendem a apresentar desfecho dramático, evolução que não ocorreu neste caso. O papel da broncoscopia com lavagem broncoalveolar no diagnóstico e drenagem do abscesso pulmonar é controverso, já que a positividade é baixa. Neste caso, sua importância se deu na exclusão de infecção por micobactéria, dada a epidemiologia da paciente. A duração do tratamento não é padronizada, mas em geral institui-se a duração mínima de três a seis semanas, podendo ser prolongado de acordo com a evolução clínica e radiológica do paciente.

Bibliografia consultada:

- Bartlett JG, Gorbach SL. Lung abscess and necrotizing pneumonia. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR, editors. Infectious diseases. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1992. p.518-22.
- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison medicina interna. 17ª. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil; 2009. 2v.
- Gorbach SL, Bartlett JG. Anaerobic infections. 1. N Engl J Med. 1974a; 290:1177-84.
- Gorbach SL, Bartlett JG. Anaerobic infections (second of three parts). N Engl J Med. 1974b; 290:1237-45.
- Gorbach SL, Bartlett JG. Anaerobic infections (third of three parts). N Engl J Med. 1974c; 290:1289-94.
- Monteiro R, Alfaro TM, Correia L, Simão A, Carvalho A, Nascimento JN, Monteiro R. Abscesso pulmonar e empiema torácico: análise retrospectiva num Serviço de Medicina Interna. Acta Med Port. 2011; 24(S2):229-40.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ COM INÍCIO ATÍPICO POR MONOPARESIA BRAQUIAL DISTAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Stephanie Ondracek Lemouche, Ana Beatriz Ayroza Galvão Ribeiro Gomes, Gabriela Suemi Shimizu, Ibsen Tadeu Damiani, Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri

Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo

Introdução: A Síndrome de Guillain Barré (SGB) é caracterizada por déficits motores simétricos, abolição dos reflexos profundos, parestesias, alteração de sensibilidade e dissociação proteíno-citológica no LCR.

Relato de Caso: Paciente, sexo masculino, 34 anos, procurou o serviço de Emergência com queixa de perda de força súbita em mão direita iniciada em polegar havia quatro dias. Referia progressão para perda de força em mão esquerda, membro inferior esquerdo distal e dor em membros inferiores à locomoção. Há duas semanas apresentara pico febril associado a aumento da frequência de evacuações. Ao exame se encontrava em bom estado geral, afebril, com tetraparesia flácida assimétrica.

Evolução e Exames: O paciente evoluiu com comprometimento de membro inferior direito, muscu-

laturas proximais de cintura pélvica e escapular, sem acometimento de musculatura respiratória. No LCR havia discreta dissociação proteíno-citológica e eletromiografia sugestiva de SGB. A hipótese diagnóstica foi SGB e indicada plasmaférese. O paciente evoluiu com piora da força motora da musculatura proximal escapular, mas após quatro sessões de plasmaférese apresentou melhora do quadro.

Discussão: Em revisão de literatura, através da Pubmed foram verificados 56 casos com apresentação de início em membro superior. A SGB com início assimétrico e comprometendo um membro é rara sendo um exemplo da dificuldade que pode haver em se fazer seu diagnóstico no Serviço de Emergência. Por isso, um exame físico detalhado com avaliação da força motora e reflexos motores pode auxiliar nos casos de queixas atípicas.

Conclusão: O conhecimento de possíveis variações de apresentação da SGB é importante para que esta seja considerada um diagnóstico diferencial nesses casos.

Bibliografia consultada:

- Galassi G, Girolami F, Nobile-Orazio E, Funakoshi K, Ariatti A, Odaka M. Acute hand weakness as a regional variant of Guillain-Barré syndrome. Eur J Neurol. 2009; 16: e49.
- Kalita J, Misra UK, Das M. Neurophysiological criteria in the diagnosis of different clinical types of Guillain-Barré syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008; 79:289-93.
- Sanvito WL. Síndromes neurológicas. 3ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2008. 614p.
- Sejvar JJ, Kohl KS, Gidudu J, Amato A, Bakshi N, Baxter R, et al. Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Vaccine. 2011; 29:599-612.
- Sheridan JM, Smith D. Atypical Guillain-Barré in the Emergency Department. West J Emerg Med. 2010; 11:80-2.
- Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré Syndrome. N Engl J Med. 2012; 366:2294-304.

POLISEROSITE TUBERCULOSA, MARCADOR TUMORAL CA 125: RELATO DE CASO

Érika Gabrielle Pinheiro Ximenes, Verônica Reche Rodrigues Gaudino, Thiago Eidy Makimoto, Carlos Alexandre de Almeida Rodrigues, Cristiano Torres da Silva, Almeida, Joaquim Antônio da Fonseca, Maria Elisa Magliari Ruffolo

Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo

Introdução: A poliserosite tuberculosa é relativamente rara, porém sua incidência tem aumentado ao longo dos anos. Pode acometer qualquer idade, existindo predomínio discreto no sexo feminino. Seus sinais e sintomas, assim como sua relação com o aumento do marcador tumoral CA 125 acabam simu-

