



MEDICINA: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME IX

Frederico Celestino Barbosa

Medicina: a ciência da vida

9ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

9ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238M Medicina: a ciência da vida

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2024

45 f.: il

DOI: 10.37423/2024.edcl949

ISBN: 978-65-5367-507-0

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. saúde 2. prevenção 3. cura 4. tratamento 5. diagnóstico I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 610

<https://doi.org/10.37423/2024.edcl949>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli
MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior
Dra. Suely Lopes de Azevedo
MSc Francisco Odecio Sales
MSc Ezequiel Martins Ferreira
MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio
MSc Carlos Eduardo De Oliveira Gontijo
MSc Rainei Rodrigues Jadejiski
Dr. Rodrigo Couto Santos
Dra. Milena Gaion Malosso
PHD Marcos Pereira Dos Santos

CAPÍTULO 1	6
PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DAS DOENÇAS AUTOIMUNES DURANTE A GESTAÇÃO DE 1945 ATÉ 2024	
Isabel Dos Santos Carvalho	
Geversson Adriano Domingues	
Ingrid Reis Marconi	
Letycia Camargo da Silva Scartezini	
Paolla Couto Moraes	
Karla Romero Santos	
Gabriella Gahyva Paes Breda	
DOI 10.37423/240508981	
 CAPÍTULO 2	 8
AS MODALIDADES VIDEOLAPAROSCÓPICA E ABERTA DE COLECISTECTOMIA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA, UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA	
PEDRO SIMÕES DAHER	
JULIANA RAMOS BERTOLOTTI	
IGOR CONSULO DIONISIO	
LUIZA FERNANDES BUENO	
DOI 10.37423/240508990	
 CAPÍTULO 3	 11
EVOLUÇÃO DE RARO CISTO ESPLÊNICO FETAL E PÓS-NATAL ACOMPANHADO POR EXAME DE IMAGEM	
Vhirginea Helena de Oliveira Staut Federle	
Eduardo de Oliveira Ambrosio	
Marcelo Wilot Hettwer	
Mirella Ferraz Coutinho	
Luciana C Longo e Pereira S	
DOI 10.37423/240508999	
 CAPÍTULO 4	 19
SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM METÁSTASE PULMONAR: RELATO DE CASO	
Samya Hamad Mehanna	
Emily Karoline Araujo Nonato Dos Santos	
Marceli Muniz	
Julia Costa Linhares	
DOI 10.37423/240509019	

CAPÍTULO 5 28

LIPOMA GIGANTE LOCALIZADO EM REGIÃO PERIAXILAR: RELATO DE CASO LIPOMA GIGANTE

CIRENIO DE ALMEIDA BARBOSA

Cibele Ennes Ferreira

Ronald Soares dos Santos

Lucas Martins dos Santos Tannús

Artur Leonel Carneiro

Matheus Henriques Soares de Faria

Maria Cristina Serafim Costa

Cláudio Luiz Vieira Tannús

Deborah Campos Oliveira

Marcelo Nascimento

DOI 10.37423/240509039

CAPÍTULO 6 34

OBESIDADE MÓRBIDA: QUALIDADE DE VIDA E OPORTUNIDADES

CIRENIO DE ALMEIDA BARBOSA

Cibele Ennes Ferreira

Ronald Soares dos Santos

Artur Leonel Carneiro

Aragana Ferreira Bento Cardoso Leão

Marlúcia Marques Fernandes

Carlos Augusto Aglio

Lucas Martins dos Santos Tannús

Guilherme de Almeida Santos

DOI 10.37423/240509040

CAPÍTULO 7 41

AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL BILATERAL EM PACIENTE JOVEM, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: RELATO DE CASO

Ana Rita Bizerra do Nascimento Ribeiro

Pedro Augusto de Lima Barroso

Danielle Moraes Rosolem

Rachel Franca Falcão Dantas Veloso

Petrúcia Cirilo de Carvalho

Layse Claudino Souza Gregório

Beatriz Rolim cartaxo

Franklin Trindade Max da Silva

Milene Trigueiro Pereira da Nóbrega

DOI 10.37423/240509047

Capítulo 1



10.37423/240508981

PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DAS DOENÇAS AUTOIMUNES DURANTE A GESTAÇÃO DE 1945 ATÉ 2024

Isabel Dos Santos Carvalho

Universidade de Cuiabá

Geversson Adriano Domingues

Universidade de Cuiabá

Ingrid Reis Marconi

Universidade de Cuiabá

Leticia Camargo da Silva Scartezini

Universidade de Cuiabá

Paolla Couto Moraes

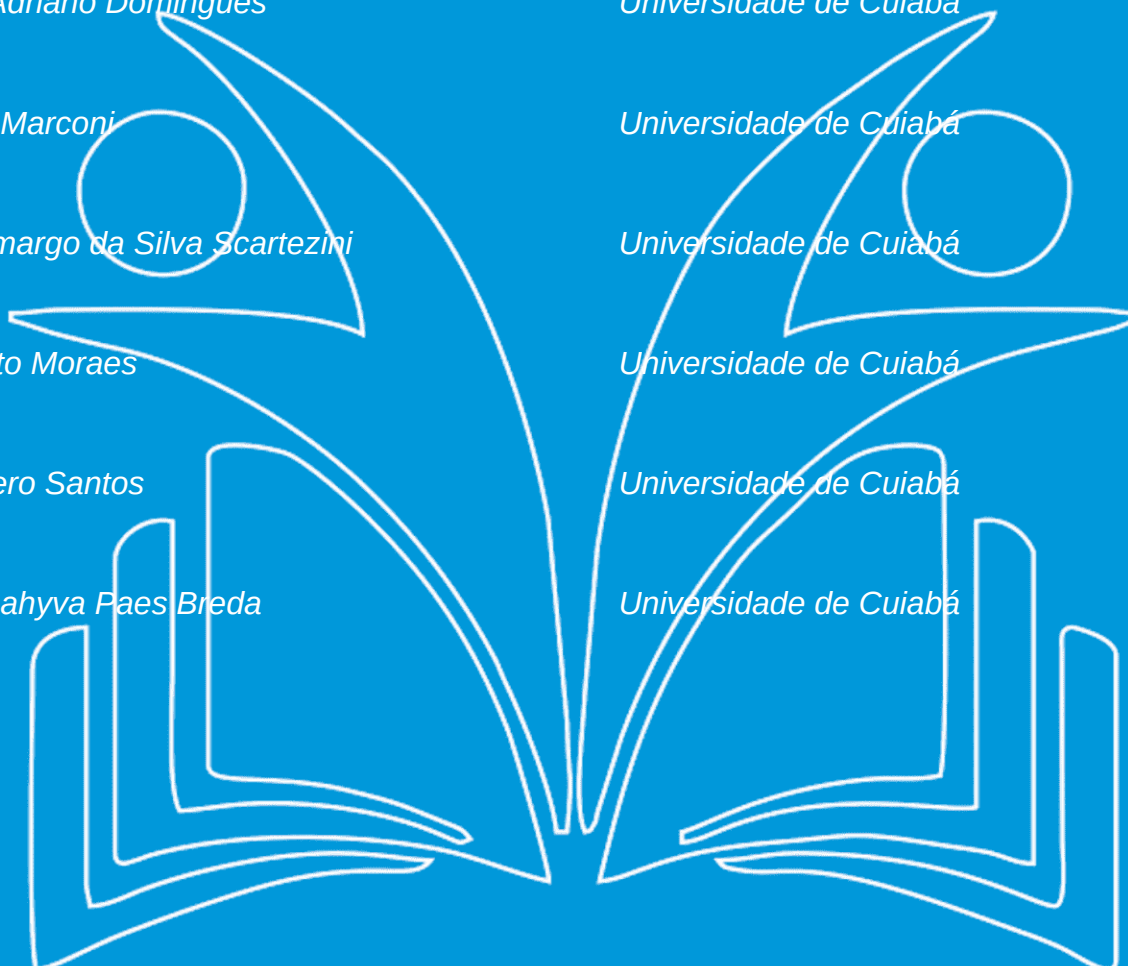
Universidade de Cuiabá

Karla Romero Santos

Universidade de Cuiabá

Gabriella Gahyva Paes Breda

Universidade de Cuiabá



Introdução: Nos últimos anos, os casos de doenças autoimunes durante a gestação têm gerado crescente preocupação entre mulheres que as possuem e desejam engravidar. Diante dessa complexa interseção entre saúde materna e fetal, o cenário científico tem testemunhado um aumento significativo no número de publicações dedicadas a essa temática. Tais estudos visam fornecer subsídios indispensáveis à equipe médica, possibilitando uma assistência qualificada e assertiva às gestantes afetadas por essas condições. **Objetivo:** Levantar os trabalhos publicados relacionadas as doenças autoimunes durante a gestação entre os anos de 1945 e 2024. **Metodologia:** Levantamento de trabalhos publicados no PubMed, que cumpram com os descritores: “autoimmune diseases during pregnancy”; com critérios para inclusão: artigos no idioma inglês, desde 1945 até 2024. **Resultados:** A primeira publicação a citar as doenças autoimunes durante a gestação consta de um livro que abordou o tema de miastenia gravis e gravidez, no ano de 1945, sendo única ao citar o termo neste ano. De 1980 a 1990 foram publicados 1701 artigos, destacando-se 1984, com 212 publicações. De 1990 a 2000, ocorre um gradual, porém discreto, aumento no número de publicações. Também entre 1990 e 2000 foram publicados mais artigos do que nos 25 anos anteriores somados, totalizando 2791 publicações, contra 2383 publicações no período de 1965 a 1990. Entre 2000 e 2010 a tendência de crescimento no número de publicações evolui anualmente, saindo de 309 publicações em 2000 para 534 publicações em 2010, com um total de 4171 publicações no período. De 2007 a 2017 foram 5885 publicações, ultrapassando em 2018 a marca de 600 publicações anuais. O período entre 2013 e 2018 constitui um novo marco no número de publicações, atingindo 3676 publicações em 5 anos, seguindo a tendência de aumento escalonado com o passar do tempo. 2020 e 2021 concentram o maior número de publicações do quinquênio, com 773 e 769, respectivamente.

Em 2023, foram 707 publicações, 53 a menos que o ano anterior. 2024 conta, até o mês de Fevereiro, com um total de 110 publicações. **Conclusão:** De acordo com o levantamento de trabalhos publicados, houve uma tendencia crescente no número de pesquisas acerca das doenças autoimunes durante a gestação que se deu conforme o passar dos anos seguindo a tendência de aumento anual.

Palavras-Chave: saúde materna, mulher, medicina

Capítulo 2



10.37423/240508990

AS MODALIDADES VIDEOLAPAROSCÓPICA E ABERTA DE COLECISTECTOMIA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA, UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

PEDRO SIMÕES DAHER

Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba

JULIANA RAMOS BERTOLOTTI

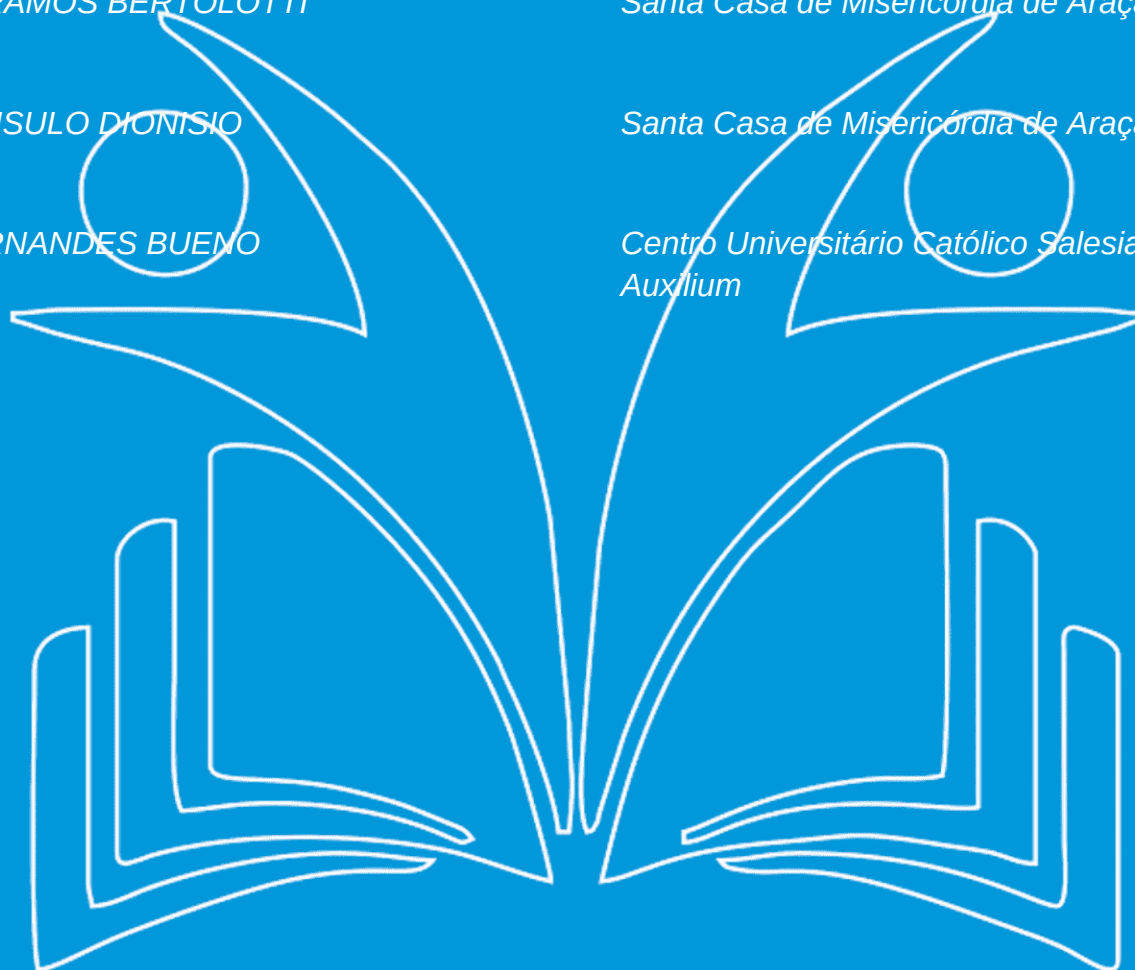
Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba

IGOR CONSULO DIONISIO

Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba

LUIZA FERNANDES BUENO

*Centro Universitário Católico Salesiano
Auxilium*



OBJETIVO:

O presente estudo visa comparar as colecistectomias videolaparoscópica e aberta quanto ao custo da internação, tempo de permanência nosocomial e mortalidade pós operatória por meio da análise retrospectiva da base de dados do sistema DataSUS.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo no qual foram analisados dados públicos compilados no sistema Tabnet, do DataSUS em uma janela de 2 anos definida entre janeiro de 2021 a dezembro de 2022. A amostra consiste de todas as colecistectomias realizadas durante o período, divididas em duas modalidades: aberta e videolaparoscópica. Os grupos amostrais independentes foram comparados quanto ao número total de internações, custo médio da internação, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade. Os dados foram compilados em uma planilha de Excel e analisados com o auxílio do programa estatístico Jamovi, versão 2.3.21. A variável categórica “mortalidade” foi submetida ao teste estatístico Qui-Quadrado. As variáveis quantitativas “tempo médio de permanência” e “custo médio por internação”, foram submetidas ao teste T de student para variáveis independentes. Foi considerado significativo $p < 0,001$ para todas as variáveis analisadas.

RESULTADOS:

Entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022, foram contabilizadas 219.293 colecistectomias abertas e 189.046 videolaparoscópicas. A taxa de mortalidade da variedade aberta foi de 0,527% contra 0,152% da contra parte videolaparoscópica, representando um risco relativo de 2,78 a 4,29 ($p < 0,001$). A cirurgia videolaparoscópica também apresentou um tempo médio de internação de 2,46 dias, 7,1% menor do que sua contraparte aberta ($p < 0,001$), com 2,65 dias de internação em média. O custo médio de internação das colecistectomias abertas foi de R\$956,35, valor 0,7% menor do que a modalidade videolaparoscópica ($p < 0,001$), que custou em média R\$963,15.

CONCLUSÕES:

A colecistectomia videolaparoscópica apresentou, no período analisado, custo superior à modalidade aberta. Tal diferença média, apesar de estatisticamente significativa, foi de apenas R\$6,80 por internação. Em contrapartida, a diferença observada em relação ao tempo de internação e o risco de óbito foram muito mais expressivos. O presente estudo sugere, portanto, a adoção da técnica

videolaparoscópica sempre que houver recursos disponíveis para tal e o quadro clínico do paciente não for proibitivo. É importante ressaltar que o uso da base de dados do DataSUS para comparação de procedimentos apresenta limitações, não sendo possível a definição de critérios de exclusão para isolamento de variáveis.

Palavras chave: Colecistectomia, Videolaparoscopia, Aberta

Capítulo 3



10.37423/240508999

EVOLUÇÃO DE RARO CISTO ESPLÊNICO FETAL E PÓS-NATAL ACOMPANHADO POR EXAME DE IMAGEM

Vhirginea Helena de Oliveira Staut Federle

Universidade Municipal de São Caetano do Sul - Bela Vista

Eduardo de Oliveira Ambrosio

Hospital Municipal Mario Gatti

Marcelo Wilot Hettwer

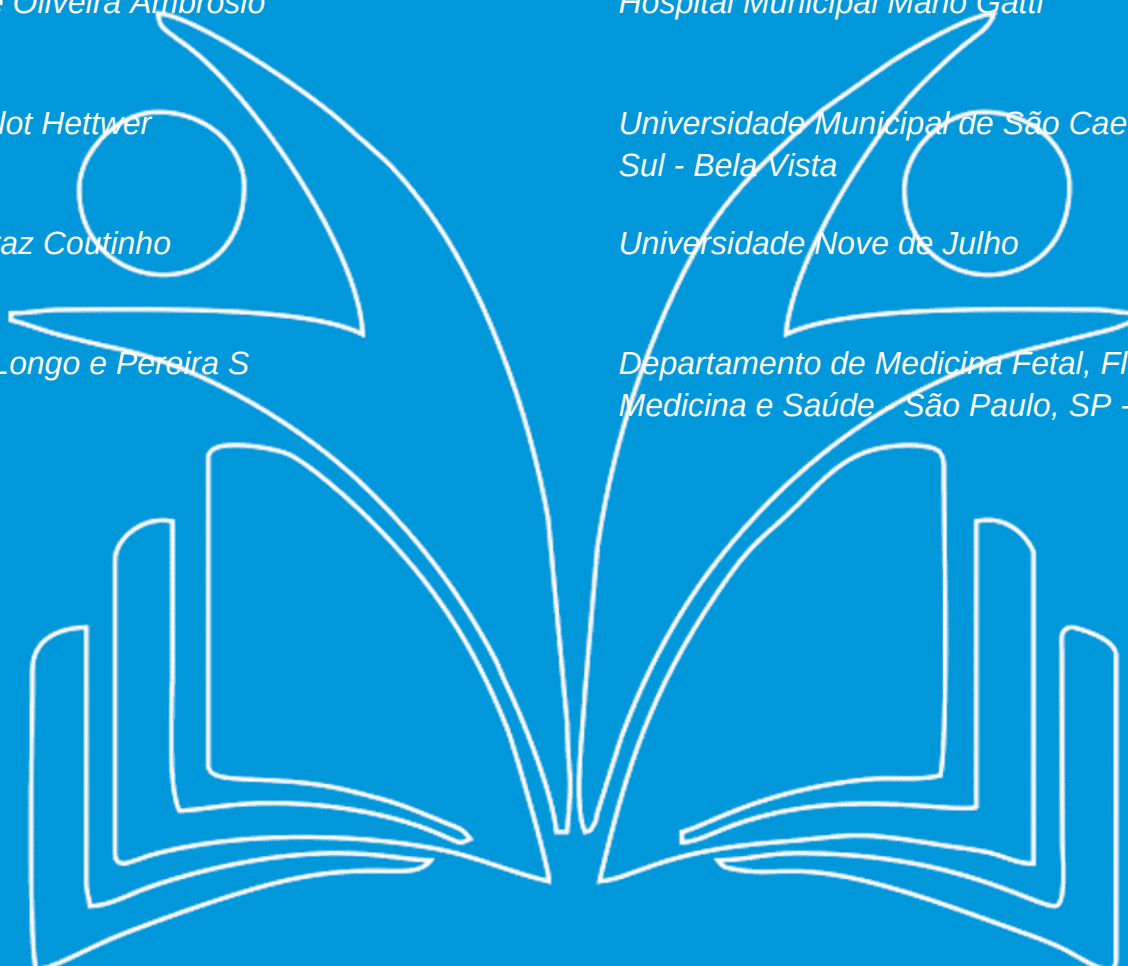
Universidade Municipal de São Caetano do Sul - Bela Vista

Mirella Ferraz Coutinho

Universidade Nove de Julho

Luciana C Longo e Pereira S

Departamento de Medicina Fetal, Fleury Medicina e Saúde - São Paulo, SP - Brasil.



Resumo: O trabalho aborda a raridade dos cistos esplênicos, apresentando uma revisão histórica desde sua descrição inicial por Andral em 1829 até estudos mais recentes. Define os cistos esplênicos como parasitários ou não parasitários, com estes últimos divididos em verdadeiros e pseudocistos. O objetivo desse estudo de caso é descrever um caso incomum de cisto esplênico verdadeiro, não-parasitário, acompanhando sua evolução por meio de exames de imagem intrauterinos e pós-natal. O caso foi acompanhado por ultrassonografia gestacional com dopplervelocimetria colorida desde a detecção do cisto com 22 semanas até o nascimento com 38 semanas e 2 dias. Durante o acompanhamento fetal, observou-se variação no tamanho do cisto, com hipótese diagnóstica confirmada no pós-nascimento por meio de ultrassonografia. Conclui-se que a ultrassonografia pré-natal é crucial para detectar anomalias, permitindo intervenções precoces quando necessário, e que o acompanhamento regular é essencial para avaliar complicações potenciais e determinar a necessidade de intervenção cirúrgica em casos sintomáticos ou de grande tamanho de cistos esplênicos.

Palavras-chave: Baço; Cisto; Feto; Ultrassonografia Doppler.

INTRODUÇÃO

Os cistos esplênicos são achados raros, presentes em aproximadamente 0,07% da população (Andral, 1829). Eles foram descritos pela primeira vez por Andral em 1829, e desde então, têm sido objeto de estudo devido à sua natureza incomum e potenciais implicações clínicas. Robbins et al. (1978) realizaram uma revisão abrangente de autópsias, encontrando apenas 32 casos positivos em 42327 autópsias realizadas ao longo de anos. Até 2014, apenas 800 casos foram relatados na literatura inglesa (Ingle et al., 2014).

Os cistos esplênicos podem ser classificados por sua origem como parasitários ou não parasitários. Os não parasitários, em particular, podem ser verdadeiros ou pseudocistos. Os verdadeiros são revestidos por epitélio e geralmente são congênitos, representando apenas 10% dos casos, enquanto os pseudocistos não são revestidos e estão associados a traumas (Morgenstern, 2002).

O objetivo desse relato de caso é descrever um caso incomum de cisto esplênico verdadeiro, não parasitário, acompanhando sua evolução por meio de exames de imagem intrauterinos e pós-natais.

METODOLOGIA DO ESTUDO DE CASO

1. Seleção dos Participantes:

- Para esse Estudo de Caso, foi selecionada uma gestante de 37 anos, secundigesta, sem fatores de risco ou comorbidades prévias, consentindo o registro de seus exames pré-natais. O acompanhamento observacional foi realizado para investigar a evolução de um feto do sexo masculino após a evidência de um cisto esplênico em uma ultrassonografia com dopplervelocimetria realizada com 22 semanas gestacionais.

- Foi feita a investigação dos exames gestacionais da primeira filha do casal, ambos sem comorbidades conhecidas e ela não apresentou nenhuma anormalidade.

2. Acompanhamento Pré-natal:

- A gestante foi submetida a exames de ultrassonografia com dopplervelocimetria gestacional em intervalos regulares durante o pré-natal, conforme recomendado pelas diretrizes clínicas.

3. Registro dos Exames de Ultrassonografia:

- Todos os exames de ultrassonografia gestacional foram registrados e documentados por um profissional qualificado. Foi dada atenção especial à identificação de quaisquer anormalidades, incluindo cistos esplênicos, a partir de 26 semanas e seis dias de gestação.

4. Identificação dos Cistos Esplênicos:

- Os cistos esplênicos foram identificados nos exames de ultrassonografia gestacional e documentados em momentos específicos durante a gestação:

- Primeira detecção com registro: Com 26 semanas e seis dias de gestação.

- Segundo registro: Com 31 semanas e três dias de gestação.

- Terceiro registro: Com 33 semanas e três dias de gestação.

- Quarto registro: Com 37 semanas e três dias de gestação.

5. Confirmação no Dia do Nascimento:

- Um exame de ultrassonografia foi realizado após o nascimento, com 38 semanas e dois dias para confirmar a presença dos cistos esplênicos no feto após o parto.

6. Consentimento e Ética:

- Todos os procedimentos foram realizados de acordo com os padrões éticos e legais, com consentimento informado obtido da gestante participante.

7. Análise e Interpretação:

- Os resultados dos exames de ultrassonografia foram analisados e interpretados por profissionais qualificados, levando em consideração as diretrizes clínicas e a literatura científica relevante.

8. Acompanhamento Pós-natal:

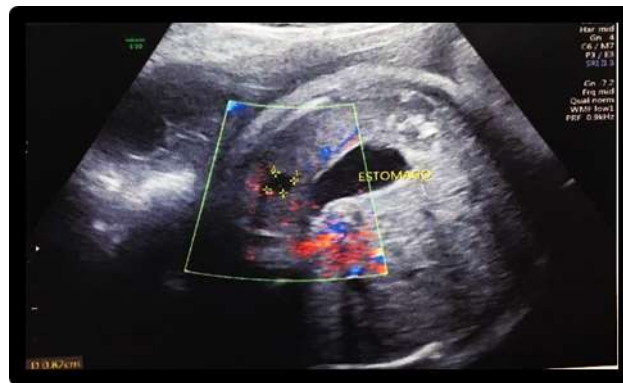
- Em caso de detecção de anormalidades, o paciente seria encaminhado para acompanhamento pós-natal adequado, conforme necessário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o acompanhamento fetal por ultrassonografia gestacional com dopplervelocimetria colorida, houve a hipótese diagnóstica da lesão se tratar de cisto esplênico devido sua topografia, sendo descrito como simples, de paredes finas e regulares, conteúdo anecoico, sem fluxo sanguíneo detectável ao mapeamento com Doppler, localizado posteriormente à bolha gástrica, apresentando

variações de diâmetro de 6 mm inicialmente com 22 semanas intrauterinas e chegando a medir 9 x 8 mm com 33 semanas intrauterinas.

Pós nascimento corroborou-se a hipótese diagnóstica após exame ultrassonográfico detectando uma imagem cística, ovalada, de conteúdo predominantemente anecoico com finos ecos em suspensão, produtora de reforço acústico posterior, de paredes regulares, sem vascularização ao estudo do Doppler medindo 7 x 4 x 6 mm, neste caso sendo indicado acompanhamento regular através de exames de imagem para verificar sua evolução.

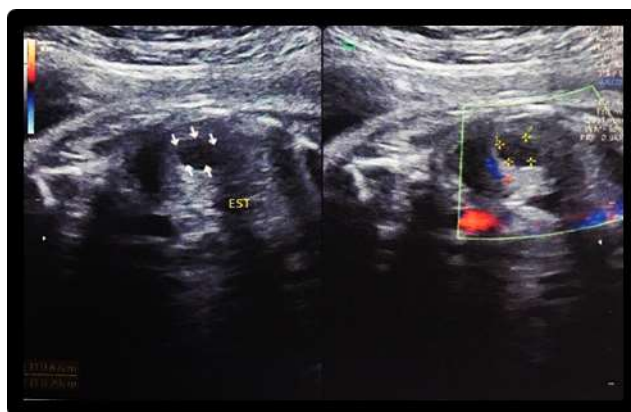


1. Figura 1 - USG intrauterina com Idade gestacional (IG) de 26 semanas e 6 dias.

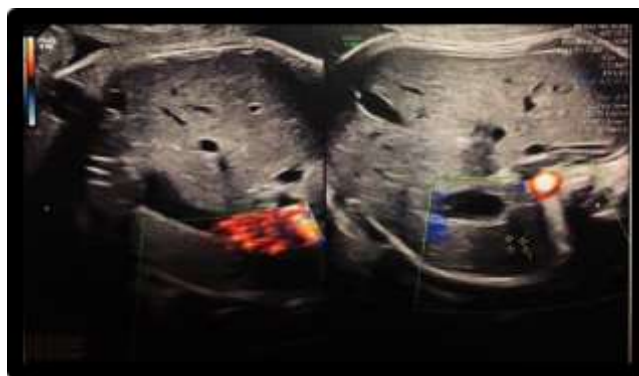
Circunferência Abdominal: 238 mm. Medida do Cisto: 8 x 7 mm.



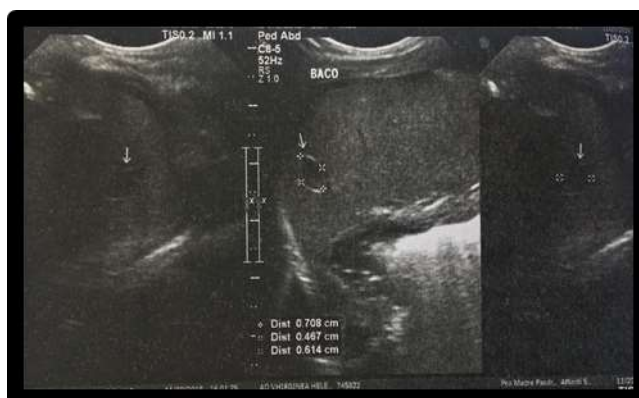
2. Figura 2 - I.G. 31 semanas e 3 dias. Circunferência Abdominal: 307 mm. Medida do Cisto: 8 x 7 mm.



3. Figura 3 - I.G. 33 semanas e 3 dias. Circunferência Abdominal: 327 mm. Medida do Cisto: 9 x 8 mm.



4. Figura 4 - I.G. 37 semanas e 3 dias. Circunferência Abdominal: 364 mm. Medida do Cisto: 7 x 5 mm.



5. Figura 5 - Dia do nascimento: 20/11/2018 com 38 semanas e 2 dias. Medidas do cisto 7x4x6 mm.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ultrassonografia pré-natal desempenha um papel crucial na detecção de anomalias como cistos esplênicos, permitindo intervenções precoces quando necessário. Embora muitos cistos sejam assintomáticos e tenham bom prognóstico, o acompanhamento regular é essencial para avaliar

possíveis complicações e determinar a necessidade de intervenção cirúrgica em casos sintomáticos ou quando maiores que 5 cm devido risco de rompimento.

REFERÊNCIAS

Andral, G. *Precis d'Anatomie Pathologique*. 1ª ed. Gabon, 1829.

Ingle, S. B.; Hinge, C. R.; Patrike, S. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *World Journal of Gastroenterology*, v. 20, n. 34, p. 11960-11969, 2014.

Morgenstern, L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification, and treatment. *Journal of the American College of Surgeons*, v. 194, n. 3, p. 306-314, 2002.

Robbins, F. G.; Yellin, A. E.; Lingua, R. W.; Craig, J. R.; Turrill, F. L.; Mikkelsen, W. P. Splenic epidermoid cysts. *Annals of Surgery*, v. 187, n. 2, p. 231-236, 1978.

Sarwal, A.; Sharma, A.; Khullar, R.; Soni, V.; Baijal, M.; Chowbey, P. Laparoscopic splenectomy for large splenic pseudocyst: A rare case report and review of literature. *Journal of Minimal Access Surgery*, v. 15, n. 2, p. 162-165, 2019.

Schlittler, L. A.; Dallagasperina, V. W. Cistos esplênicos não-parasitários. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 37, n. 3, p. 235-240, 2010.

Werle, T. V.; Montoya, J. A. M.; Ferreira, G. A. Cisto esplênico em criança com dor abdominal recorrente: Relato de caso e revisão de literatura. *Residência Pediátrica*, v. 7, n. 3, p. 43-46, 2017.

Capítulo 4



10.37423/240509019

SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM METÁSTASE PULMONAR: RELATO DE CASO

Samya Hamad Mehanna

Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

Emily Karoline Araujo Nonato Dos Santos

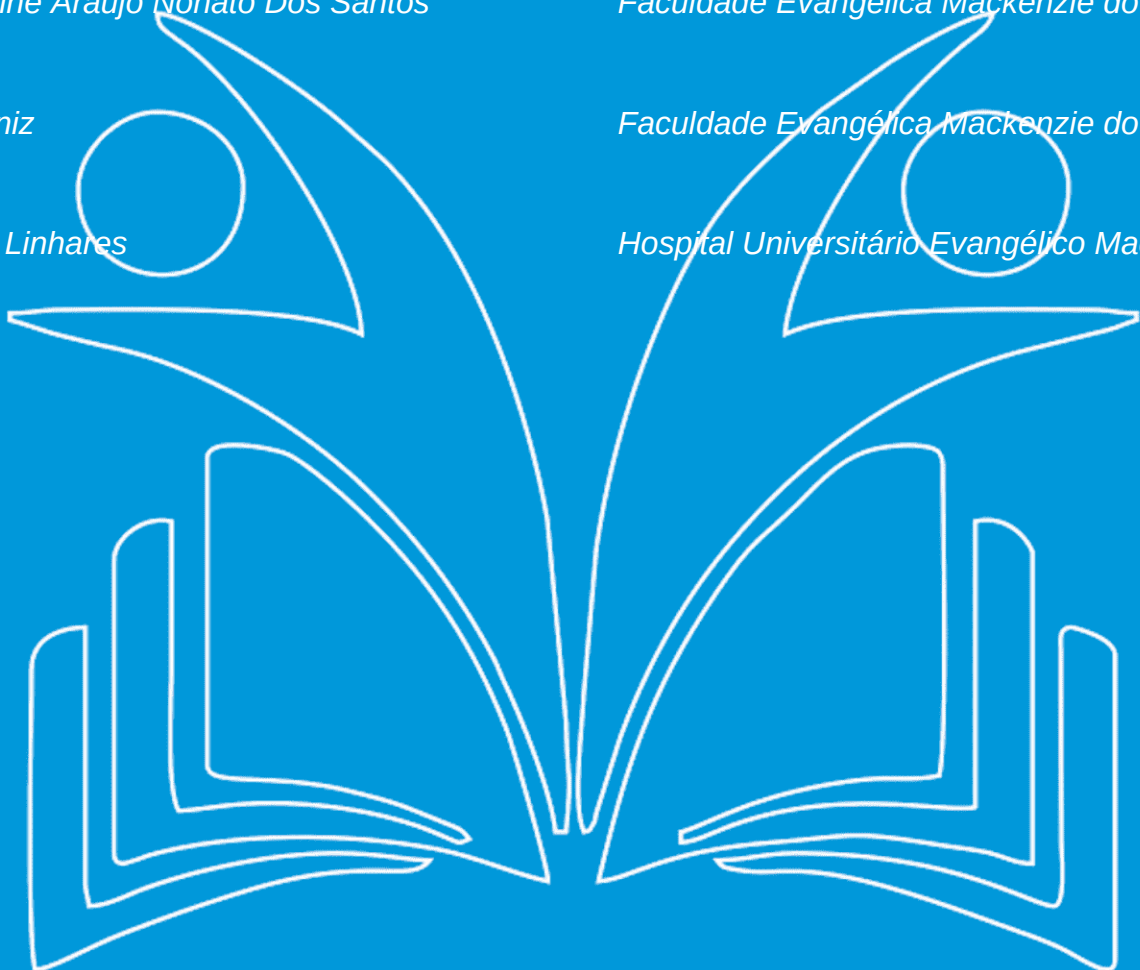
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

Marceli Muniz

Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

Julia Costa Linhares

Hospital Universitário Evangélico Mackenzie



Resumo: O Sarcoma Sinovial (SS) é uma neoplasia maligna mesenquimal, com grande poder metastático, e que corresponde de 5 a 10% dos sarcomas de partes moles. Afeta, principalmente, adultos jovens e é comum em extremidades. A presença isolada de massa na região afetada é o sintoma mais comum, com dor associada. Exames de imagem são necessários na investigação dos pacientes e melhor avaliação da lesão. Microscopicamente, o SS pode apresentar dois padrões principais: bifásico ou monofásico, com marcação imunoistoquímica de TLE1. Em análise molecular, há presença de translocação entre os cromossomos X e 18. A terapêutica depende do estágio ao diagnóstico, podendo ser apenas cirúrgico ou através da associação com radioterapia e, em casos avançados, ocorre a inclusão da quimioterapia. Ainda, aproximadamente 25% dos pacientes apresentam recidiva após 30 meses de tratamento. Dada a complexidade e o potencial de agressividade desta neoplasia, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de sarcoma sinovial acometendo membro inferior direito, em paciente do sexo feminino de 36 anos, com metástase pulmonar identificada.

Palavras-chave: Neoplasia Mesenquimal, Sarcoma Sinovial, Imunohistoquímica.

INTRODUÇÃO

O Sarcoma Sinovial (SS) é uma neoplasia maligna de origem mesenquimal e que corresponde apenas de 5 a 10% dos casos de sarcomas de partes moles¹.

Afeta, principalmente, pacientes jovens adultos, podendo ocorrer em qualquer sítio anatômico, sendo mais comuns em regiões de extremidades². É um câncer com alto poder metastático característico, atingindo tanto os linfonodos regionais, bem como órgãos à distância como pulmão e medula óssea. A maioria das recorrências tumorais à distância ocorre dentro de alguns anos após o diagnóstico inicial, mas recorrências tardias também podem ocorrer, mesmo após 10 anos³.

A presença isolada de massa sólida local é o sintoma mais comum, seguida da dor associada e eventual parestesia. A investigação baseia-se em exames de imagem e na análise microscópica da lesão, sendo esta capaz de identificar dois padrões histológicos principais: bifásico ou monofásico⁴. O diagnóstico definitivo é possível a partir da análise imunohistoquímica, que busca marcadores específicos e eventual pesquisa genética da presença de translocação entre os cromossomos X e 18⁵. A terapêutica depende do estadiamento e a taxa de sobrevida em cinco anos varia entre 30 e 74%⁶.

Posto estas noções, este trabalho traz como principal benefício agregar à literatura sobre a temática ao apresentar um caso de SS metastático em paciente feminina de 36 anos, descrevendo aspectos clínicos, radiológicos e microscópicos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher, 36 anos, procura atendimento médico devido ao crescimento de massa em coxa direita com início há 1 ano. A principal queixa da paciente era relacionada à questão estética, negando dor ou perda ponderal. Ao exame físico, palpação de massa em terço lateral distal da coxa direita, sem alterações à extensão semiológica. Na sequência, realizou-se ressonância magnética, a qual visualizou lesão expansiva e multilobulada localizada em região sinovial do terço distal do fêmur direito, medindo 125 x 104 mm nos maiores eixos, com aspecto heterogêneo (Figura 1). Para complementação da investigação, foi solicitada tomografia computadorizada de tórax, identificando nódulos pulmonares sólidos bilaterais (Figura 2).

Figura 1: Imagem da Ressonância da massa em membro inferior demonstrando, em sequência T1 pós-contraste, lesão heterogênea, multilobulada, com bordos expansivos localizada em região sinovial do terço distal do fêmur direito. Fonte: Os autores, 2023.

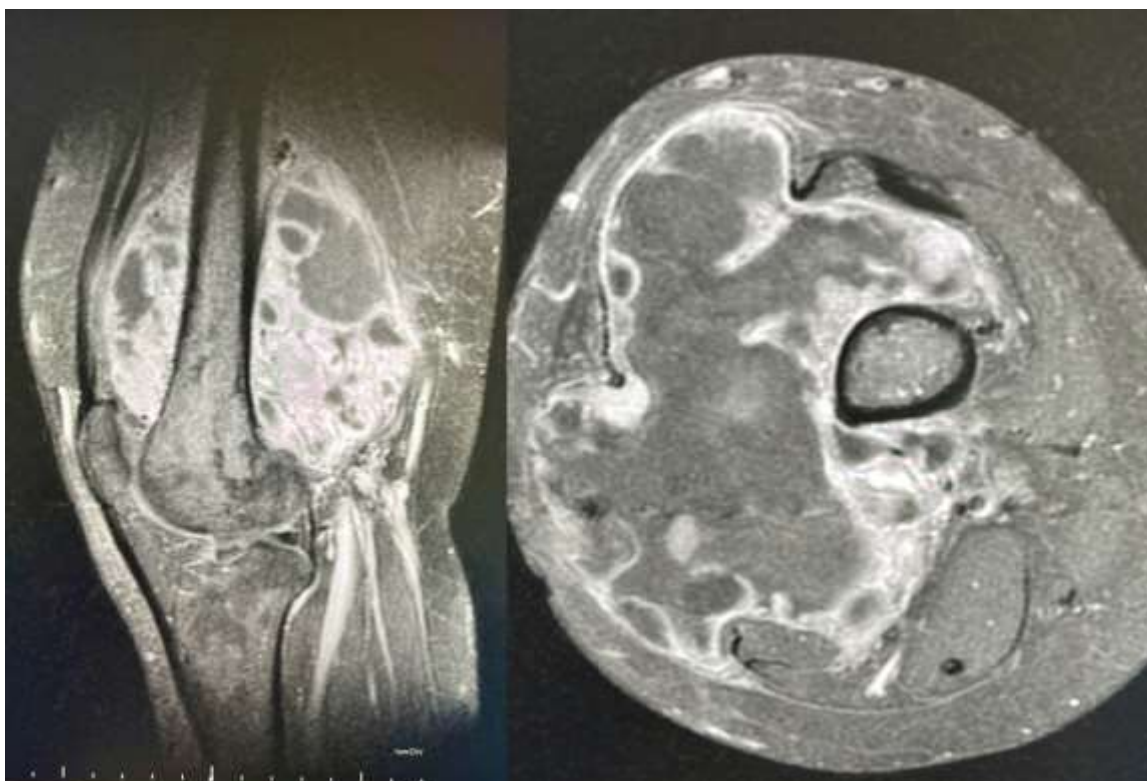


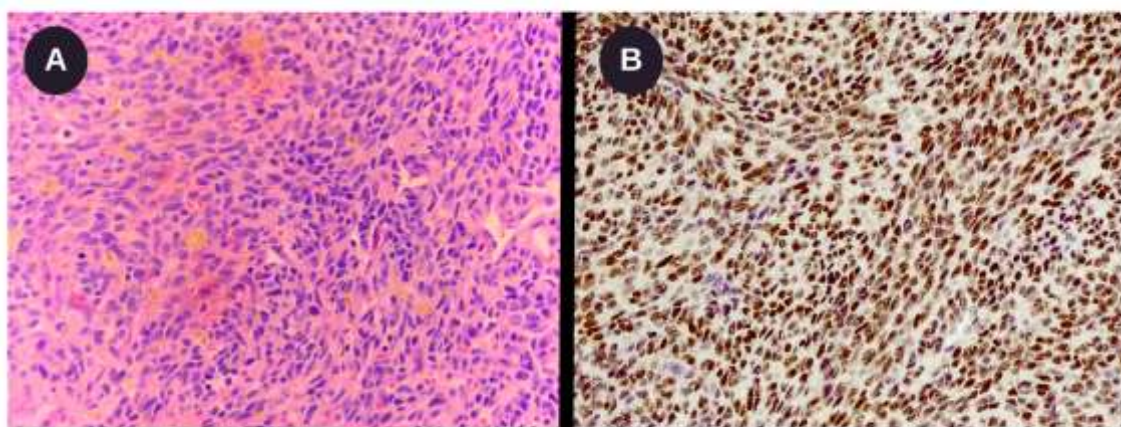
Figura 2: Imagem da tomografia de tórax dos nódulos pulmonares bilaterais suspeitos para acometimento neoplásico secundário. Fonte: Os autores, 2023.



A conduta escolhida pela equipe foi a realização de biópsia de ambas as lesões no joelho direito e pulmonar. O laudo anatomopatológico das duas demonstrou tratar-se de neoplasia fusocelular

maligna (Figura 3A), sendo recomendado o estudo imuno-histoquímico complementar para melhor caracterização das células cancerígenas. Na análise, houve positividade para marcadores de antígeno epitelial de membrana, CD99 e TLE-1 (Figura 3B), sendo este último, muitas vezes, específico para o SS. Ademais, a neoplasia foi negativa para actina de músculo liso, CD34, desmina, S-100 e CKAE1/AE3, o que afastou outras possibilidades histológicas. Por fim, confirmou-se o diagnóstico de SS, sendo o padrão monofásico composto por componente único de arquitetura fascicular formado por células monótonas.

Figura 3: Biópsia de lesão tumoral em região de coxa direita. A- Neoplasia fusocelular maligna constituída por padrão monofásico de células uniformes. Essas células fusiformes tem aparência delicada e são relativamente uniformes e pequenas, com citoplasma escasso e núcleos ovóides hipercromáticos com cromatina granular regular e nucléolos discretos (Microscopia óptica, Hematoxilina-eosina, 200x); B- Marcação positiva para TLE-1 (Microscopia óptica, Imunoistoquímica, 200x). Fonte: Os autores, 2023.



A paciente foi encaminhada para acompanhamento e tratamento com o serviço de oncologia clínica do hospital, sendo submetida à quimioterapia composta por doxorrubicina e ifosfamida, porém sem sucesso, evoluindo para óbito ao final do quarto ciclo de tratamento.

DISCUSSÃO

O sarcoma sinovial (SS) é um sarcoma de células fusiformes monomórficas que exhibe diferenciação epitelial variável, podendo ocorrer em qualquer idade e é igualmente distribuído entre os sexos⁷. Mais

da metade dos pacientes são adolescentes ou adultos jovens, e 77% dos casos ocorrem antes dos 50 anos de idade⁷.

Geralmente manifesta-se como massa de crescimento expansivo na região afetada que pode ser dolorosa e apresentar eventual parestesia. O crescimento inicial geralmente é lento, e um tumor circunscrito pequeno pode dar a impressão errada de uma lesão benigna durante o exame clínico e exames de imagem⁸. O SS pode apresentar formas radiologicamente detectáveis de calcificações em pontilhado ou espiculadas. Em casos de crescimento agressivo do SS, ele pode erodir ou invadir o osso adjacente⁹.

Não existem fatores predisponentes conhecidos. Excepcionalmente, está associado a histórico de radioterapia prévia. Ainda, sabe-se que este tumor apresenta translocação cromossômica única que resulta na formação de um gene de fusão oncogênico SS18-SSX1/2/4¹⁰.

As células do SS dependem da expressão de SS18-SSX para manter seu fenótipo transformado. Além disso, demonstrou-se que o SS18-SSX1 transforma linhagens de células primárias, perturbando o controle epigenético e bloqueia a diferenciação mesenquimal¹¹.

A maioria dos SS tem um diâmetro de 3 a 10 cm no momento do diagnóstico.

Na superfície de corte, a cor e a consistência do tumor estão relacionadas com a celularidade, a colagenização, as mudanças mixoides ou hemorragias. O SS frequentemente é multinodular e pode ser multicístico. Calcificações, ossificação metaplásica e necrose podem estar presentes¹².

Do ponto de vista histológico, os SSs são classificados como bifásicos ou monofásicos (maioria dos casos). O subtipo bifásico apresenta componentes epitelial e de células fusiformes, em proporções variáveis, enquanto monofásico apenas as últimas. Essas células fusiformes delicadas são relativamente uniformes e pequenas, com citoplasma escasso e núcleos ovóides hipercromáticos com cromatina granular regular e nucléolos discretos. A quantidade de colágeno é variável e geralmente escassa.. Em até um terço dos SSs, são encontradas áreas com calcificação e/ou ossificação, que às vezes são abundantes¹³.

Por meio da imuno-histoquímica, o antígeno epitelial de membrana (EMA) é expressa com mais frequência do que as citoqueratinas, especialmente nos subtipos monofásicos e pouco diferenciados. O TLE-1 é um produto proteico de gene transcrricional que afeta vias de sinalização relacionadas à embriogênese, hematopoiese e diferenciação celular. A marcação nuclear moderada ou forte do corepressor transcrricional TLE1 é encontrada na grande maioria dos SSs¹³.

Em relação as alterações moleculares, a presença da translocação entre os cromossomos X e 18, t(X;18) (p11.2;q11.2) é patognomônica e presente em 90% dos pacientes acometidos, sendo uma importante ferramenta diagnóstica¹⁴.

O SS é um tumor, por si só, associado a piores prognósticos. Tamanho do tumor, margem de ressecção cirúrgica e taxa de proliferação celular foram associados como fatores que afetam a sobrevivência. A invasão óssea ou de estruturas nervosas e vasculares, e tamanho tumoral maior que 5 cm são indicativos prognósticos independentes para capacidade metastática e mortalidade relacionada à neoplasia. Ambos aspectos associaram-se com 67% das metástases à distância e 71% das mortes relacionadas ao câncer¹⁵.

A terapêutica varia de acordo com o estágio e prognóstico. Em pacientes com tumores superficiais não metastáticos, em sítios anatômicos oportunos, podem ser tratados com excisão cirúrgica¹⁶. A terapia com radiação pode ser necessária em tumores maiores e profundos, de localização desfavorável. A associação entre cirurgia, radioterapia e quimioterapia é reservada para casos avançados¹.

A recidiva ocorreu em 52 dos 220 pacientes estudados em uma série de casos, após média de 30 meses. A recorrência foi local em 42% dos doentes, metastática em 46% e combinada no restante dos pacientes. A cada dez pacientes com metástases, nove às apresentavam nos pulmões¹⁷.

CONCLUSÃO

Os sarcomas sinoviais são extremamente raros e podem ser de difícil detecção, uma vez que necessitam de análise histológica e imunohistoquímica para a identificação precisa da neoplasia, sendo importante conscientizar a comunidade médica do assunto devido ao potencial de agressividade da doença em indivíduos jovens. Desse modo, o conhecimento deste câncer é crucial para o diagnóstico e tratamento precoce, melhorando o prognóstico dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1- THWAY, Khin; FISHER, Cirilo. Synovial sarcoma: defining features and diagnostic evolution. *Annals Of Diagnostic Pathology*, [SL], v. 18, n. 6, pág. 369-380, dez. 2014. Elsevier BV.
- 2- FRIEDMAN, Michael V.; KYRIAKOS, Michael; MATAVA, Matthew J.; MCDONALD, Douglas J.; JENNINGS, Jack W.; WESSELL, Daniel E. Intraarticular synovial sarcoma. *Skeletal Radiology*, [SL], v. 42, n. 6, pág. 859-867, 1 mar. 2013. Springer Science and Business Media LLC.
- 3- Krieg AH, Hefti F, Speth BM, Jundt G, Guillou L, Exner UG, von Hochstetter AR, Cserhati MD, Fuchs B, Mouhsine E, Kaelin A, Klenke FM, Siebenrock KA. Synovial sarcomas usually metastasize after >5 years: a multicenter retrospective analysis with minimum follow-up of 10 years for survivors. *Ann Oncol*. 2011 Feb;22(2):458-67. doi: 10.1093/annonc/mdq394. Epub 2010 Aug 17. PMID: 20716627.
- 4- Donohoe E, Martin D, Faul P, O'Sullivan MJ, Barry T. Molecular confirmation of primary monophasic synovial sarcoma of the mandible: diagnosis and management. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2022 Sep;60(7):994-996. doi: 10.1016/j.bjoms.2022.02.004. Epub 2022 Feb 23. PMID: 35440394.
- 5- Blay JY, von Mehren M, Jones RL, Martin-Broto J, Stacchiotti S, Bauer S, Gelderblom H, Orbach D, Hindi N, Dei Tos A, Nathenson M. Synovial sarcoma: characteristics, challenges, and evolving therapeutic strategies. *ESMO Open*. 2023 Oct;8(5):101618. doi: 10.1016/j.esmoop.2023.101618. Epub 2023 Aug 23. PMID: 37625194; PMCID: PMC10470271.
- 6- BAPTISTA, André Mathias et al. Synovial sarcoma of the extremities: prognostic factors for 20 nonmetastatic cases and a new histologic grading system with prognostic significance. *Clinics*, v. 61, p. 381-386, 2006.
- 7- Sultan I, Rodriguez-Galindo C, Saab R, Yasir S, Casanova M, Ferrari A. Comparing children and adults with synovial sarcoma in the Surveillance, Epidemiology, and End Results program, 1983 to 2005: an analysis of 1268 patients. *Cancer*. 2009 Aug 1;115(15):3537-47. doi: 10.1002/cncr.24424. PMID: 19514087.
- 8- Bixby SD, Hettmer S, Taylor GA, Voss SD. Synovial sarcoma in children: imaging features and common benign mimics. *AJR Am J Roentgenol*. 2010 Oct;195(4):1026-32. doi: 10.2214/AJR.10.4348. PMID: 20858835.
- 9- Wilkerson BW, Crim JR, Hung M, Layfield LJ. Characterization of synovial sarcoma calcification. *AJR Am J Roentgenol*. 2012 Dec;199(6):W730-4. doi: 10.2214/AJR.11.7342. PMID: 23169746.
- 10- Herrera-Goepfert R. Postradiation Synovial Sarcoma of the Common Bile Duct: A Previously Unreported Anatomic Site. *Int J Surg Pathol*. 2018 Aug;26(5):469-474. doi: 10.1177/1066896917752863. Epub 2018 Jan 16. PMID: 29336183.
- 11- Jones KB, Barrott JJ, Xie M, Haldar M, Jin H, Zhu JF, Monument MJ, Mosbrugger TL, Langer EM, Randall RL, Wilson RK, Cairns BR, Ding L, Capecchi MR. The impact of chromosomal translocation locus and fusion oncogene coding sequence in synovial sarcomagenesis. *Oncogene*. 2016 Sep 22;35(38):5021-32. doi: 10.1038/onc.2016.38. Epub 2016 Mar 7. PMID: 26947017; PMCID: PMC5014712.

- 12- Evans HL. Synovial sarcoma. A study of 23 biphasic and 17 probable monophasic examples. *Pathol Annu.* 1980;15(Pt 2):309-31. PMID: 6256705.
- 13- WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Soft tissue and bone tumours*. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020. (WHO classification of tumours series, 5th ed. Vol. 3.).
- 14- STACCHIOTTI, Silvia; VON TINE, Brian Andrew. Synovial Sarcoma: Current Concepts and Future Perspectives. *Journal Of Clinical Oncology*. Alexandria, pág. 180-188. 10 de jan 2018.
- 15- Lewis JJ, Antonescu CR, Leung DH, Blumberg D, Healey JH, Woodruff JM, Brennan MF. Synovial sarcoma: a multivariate analysis of prognostic factors in 112 patients with primary localized tumors of the extremity. *J Clin Oncol.* 2000 May;18(10):2087-94. doi: 10.1200/JCO.2000.18.10.2087. PMID: 10811674.
- 16- El Beaino, M., Araujo, D.M., Lazar, A.J. *et al.* Synovial Sarcoma: Advances in Diagnosis and Treatment Identification of New Biologic Targets to Improve Multimodal Therapy. *Ann Surg Oncol* 24, 2145–2154 (2017). <https://doi.org/10.1245/s10434-017-5855-x>
- 17- Scheer M, Dantonello T, Hallmen E, Vokuhl C, Leuschner I, Sparber-Sauer M, Kazanowska B, Niggli F, Ladenstein R, Bielack SS, Klingebiel T, Koscielniak E. Primary Metastatic Synovial Sarcoma: Experience of the CWS Study Group. *Pediatr Blood Cancer.* 2016 Jul;63(7):1198-206. doi: 10.1002/pbc.25973. Epub 2016 Mar 22. PMID: 27003095.

Capítulo 5



10.37423/240509039

LIPOMA GIGANTE LOCALIZADO EM REGIÃO PERIAXILAR: RELATO DE CASO LIPOMA GIGANTE

CIRENIO DE ALMEIDA BARBOSA

Universidade Federal de Ouro Preto

Cibele Ennes Ferreira

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Ronald Soares dos Santos

Universidade Federal de Ouro Preto

Lucas Martins dos Santos Tannús

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Artur Leonel Carneiro

Universidade Federal de Ouro Preto

Matheus Henriques Soares de Faria

Universidade Federal de Ouro Preto

Maria Cristina Serafim Costa

Universidade Federal de Ouro Preto

Cláudio Luiz Vieira Tannús

Universidade Federal de Ouro Preto

Deborah Campos Oliveira

Universidade Federal de Ouro Preto

Marcelo Nascimento

Universidade Federal de Ouro Preto

Resumo: O artigo discute lipomas, que são tumores de partes moles comuns. Eles podem ocorrer em qualquer órgão e são classificados com base na localização. Lipomas gigantes, que atingem pelo menos 10 cm ou pesam 1.000 g, são uma preocupação, pois podem se transformar em sarcomas. O tratamento envolve a completa excisão dessas lesões, preferencialmente por via aberta.

Além disso, o relato de caso descreve um paciente de 59 anos com um lipoma volumoso na região axilar esquerda, causando desconforto estético e funcional. O paciente tinha hipertensão, diabetes e obesidade grau III.

Palavras chave: Lipoma Gigante, Região Periaxilar, Lipoma.

INTRODUÇÃO

Lipomas são considerados tumores de partes moles mais comumente encontrados na prática clínica e podem ser detectado em qualquer órgão.¹ Os mesmos, são classificados conforme a sua localização, normalmente como subcutâneos ou subfasciais (intra ou intermusculares), mas podem ser diagnosticados inclusive no trato gastrointestinal, levando a quadros como obstrução por intussuscepção.^{2,3} Sua incidência na população geral é de 10%, podendo ou não apresentar sintomas e queixas dependendo de sua posição e tamanho.^{4,5} A maioria das lesões costumam ser pequenas e têm maior frequência de aparecimento no tronco e extremidades.⁶

Quando encontrados na região axilar, costumam crescer chegando a grandes volumes.⁷ Lipomas são considerados gigantes quando alcançam pelo menos 10 cm em uma dimensão ou tem peso de 1.000 g, sendo que na literatura já foram reportados casos alcançando 25 Kg.^{8,9} A principal preocupação no momento do diagnóstico é a exclusão de associação com malignidade. Principalmente lipomas gigantes demonstraram transformação sarcomatosa, sendo o tratamento indicado, mesmo para as lesões benignas, sua completa excisão.¹⁰ Há relatos do uso de lipoaspiração desses tumores, mas normalmente prefere-se a via aberta para melhor dissecação e retirada da nodulação por completo, o que é mais fácil quando tais neoplasmas possuem pseudocápsula bem definidas.¹¹

RELATO DE CASO

Um paciente 59 anos de idade, compareceu a consulta eletiva no ambulatório de Cirurgia Geral, com queixa de nodulação em região axilar esquerda com aumento progressivo da tumefação durante cinco anos, referindo principalmente incômodo estético e de posicionamento funcional do braço esquerdo, tendo em vista o enorme volume da lesão (Fig. 1). É hipertenso, diabético e tem obesidade grau III.

Ao exame apresentava-se em bom estado geral, com presença de volumosa nodulação em região infra-axilar esquerda, mole, distorcendo a anatomia do paciente, medindo aproximadamente 20 cm x 10 cm x 8 cm, totalizando 1.600 cm³ de volume. A nodulação é indolor à palpação, não aderente aos planos profundos, pele suprajacente com bom aspecto. O paciente foi submetido a exérese da lesão em região axilar esquerda sob anestesia geral. Ato operatório sem intercorrências, peça cirúrgica encaminhada para exame anatomopatológico. Optou-se por posicionar o dreno de Penrose sentinela em subcutâneo, coletando em bolsa de Karaya, devido ao grande descolamento realizado para exérese do tecido celular subcutâneo com aspecto lipomatoso. Paciente evoluiu bem no pós-operatório (PO) com boa tolerância à dieta oral e discreta queixa algica peri incisional que aliviava com

uso de analgésicos comuns. Houve drenagem de 100 ml de secreção sero hemática no primeiro dia . Recebeu alta no primeiro dia PO, orientações a respeito de cuidados gerais com o dreno (anotação do aspecto e volume drenado) e ferida operatória. Retornou após 17º dia de pós-operatório relatando contentamento com ausência de volume infra-axilar e drenagem de serosidade menor que 20 ml/24 horas. Retirada do dreno de penrose e dos pontos de pele.



Fig. 1 - Lipoma gigante na região lateral do tronco à esquerda (foto autoral)

DISCUSSÃO

Lipomas são tumores adiposos localizados principalmente em tecido subcutâneo.¹²

As razões para que tais lesões alcancem proporções consideradas gigantes ainda não está completamente esclarecida, mas a fisiopatologia comumente aceita para seu aparecimento considera o trauma contuso na sua gênese.¹³ Evidentemente, ao darmos a denominação de gigante a um tumor, a associação com uma massa volumosa é automático, para ser classificado como gigante, o lipoma deve ter pelo menos 10 cm de diâmetro ou um peso mínimo de 1.000g. O mecanismo de crescimento descontrolado desses tumores é desconhecido, Com a ocorrência de grandes lipomas em regiões que sofreram traumas fechados importantes surgiu a chamada teoria traumática. Essa teoria, que permanece controvertida, procura explicar a formação de grande lipoma a partir de hematoma pós-traumático em área de tecido mole ou da produção de tecido gorduroso normal através de infrações na fáscia de sustentação. Entretanto, como tais tumorações não possuem cápsula, se enquadram melhor na definição de falsos lipomas, o que não é o caso dos relatos que apresentam. O diagnóstico é inicialmente clínico, mas deve ser confirmado por exames de imagem. A ultrassonografia de partes

moles é um bom método de imagem porque fornece com mais nitidez a dimensão real do tumor, a área ocupada e sua relação com estruturas vizinhas. O valor da biópsia prévia nesses casos é muito discutível, se realizada com a finalidade de detectar doença maligna. Na verdade a consideramos contra-indicada e defendemos a exérese completa do tumor, por entender que só o exame da peça inteira permite que o patologista estabeleça o diagnóstico anatomopatológico correto.

CONCLUSÃO

Apesar de representar um problema de ordem cosmética na maioria das vezes, lipomas gigantes podem estar associados a limitações funcionais importantes, dependendo de sua localização, além de estarem associados a transformação maligna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Rydholm A, Berg NO. Size, Site and Clinical Incidence of Lipoma: Factors in the Differential Diagnosis of Lipoma and Sarcoma, *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 54:6, 929-934, 1983.
- 2 - Macedo JLS, TCBC-DF , Rosa SC, Canedo LR. Lipoma gigante de coxa. *Relatos Casos Cir.*2016;(2):1-2
- 3 - Kordzadeh A, Lorenzi B, Elias S, Jawad M, Khan K, Charalabopoulos A. Subtle presentation of jejunal lipomata with intussusception in a young adult. *Journal of Surgical Case Reports*, 2017;10, 1–2
- 4 - Meson H. Lipoma in clinical dermatology. *Clin Dermatol* 1991;4:1-2.
- 5 - Salvatore C, Antonio B, Del Vecchio W, Lanza A, Tartaro G, Giuseppe C. Giant infiltrating lipoma of the face: CT and MR imaging findings. *A.J.N.R: Am. J. Neuroradiol* 2003;24:283-286.
- 6 - Zografos GC, Kouerinis I, Kalliopi P, Karmen K, Evangelos M, Androulakis, G. Giant lipoma of the thigh in patient with morbid obesity. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109:1467-1468.
- 7 - Huang JC, Hsu KF, Hsu HM, Chan DC, Yu JC. Giant Axillary Lipoma. *J Med Sci* 2009; 29 (4): 213-215
- 8 - Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: Case report and review of the literature. *J. Am. Acad. Dermatol* 1993;28:266-268.
- 9 - Zografos GC, Kouerinis I, Kalliopi P, Karmen K, Evangelos M, Androulakis G. Giant lipoma of the thigh in a patient with morbid obesity. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109 : 1467.
- 10 - Borisa AD, Pawar NH, Bakhshi GD, Puri YS, Shaikh A, Nikam NN. Giant Axillary Lipoma. *Bombay Hospital Journal*, Vol. 51, No. 1, 2009
- 11 - Rubenstein R, Roenigk HH, Jr, Garden JM, Goldberg NS, Pinski JB. Liposuction for lipomas. *J Dermatol Surg Oncol* 1985; 11 : 1070.
- 12 - Maheshwari P, Gupta DK. A huge intramuscular lipoma of occipito cervical region: a case report. *Indian J Orthop.* 2006;40:125-7.
- 13 - Parihar D, Raikwar P, Batra APS, Kaur J. Giant lipoma back mimicking as lipomeningomyelocele: a case report. *Int J Recent Trends Sci Tech.* 2013;7(2):69-71.

Capítulo 6



10.37423/240509040

OBESIDADE MÓRBIDA: QUALIDADE DE VIDA E OPORTUNIDADES

CIRENIO DE ALMEIDA BARBOSA

Universidade Federal de Ouro Preto

Cibele Ennes Ferreira

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Ronald Soares dos Santos

Universidade Federal de Ouro Preto

Artur Leonel Carneiro

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Aragana Ferreira Bento Cardoso Leão

Universidade Federal de Ouro Preto

Marlúcia Marques Fernandes

Universidade Federal de Ouro Preto

Carlos Augusto Aglio

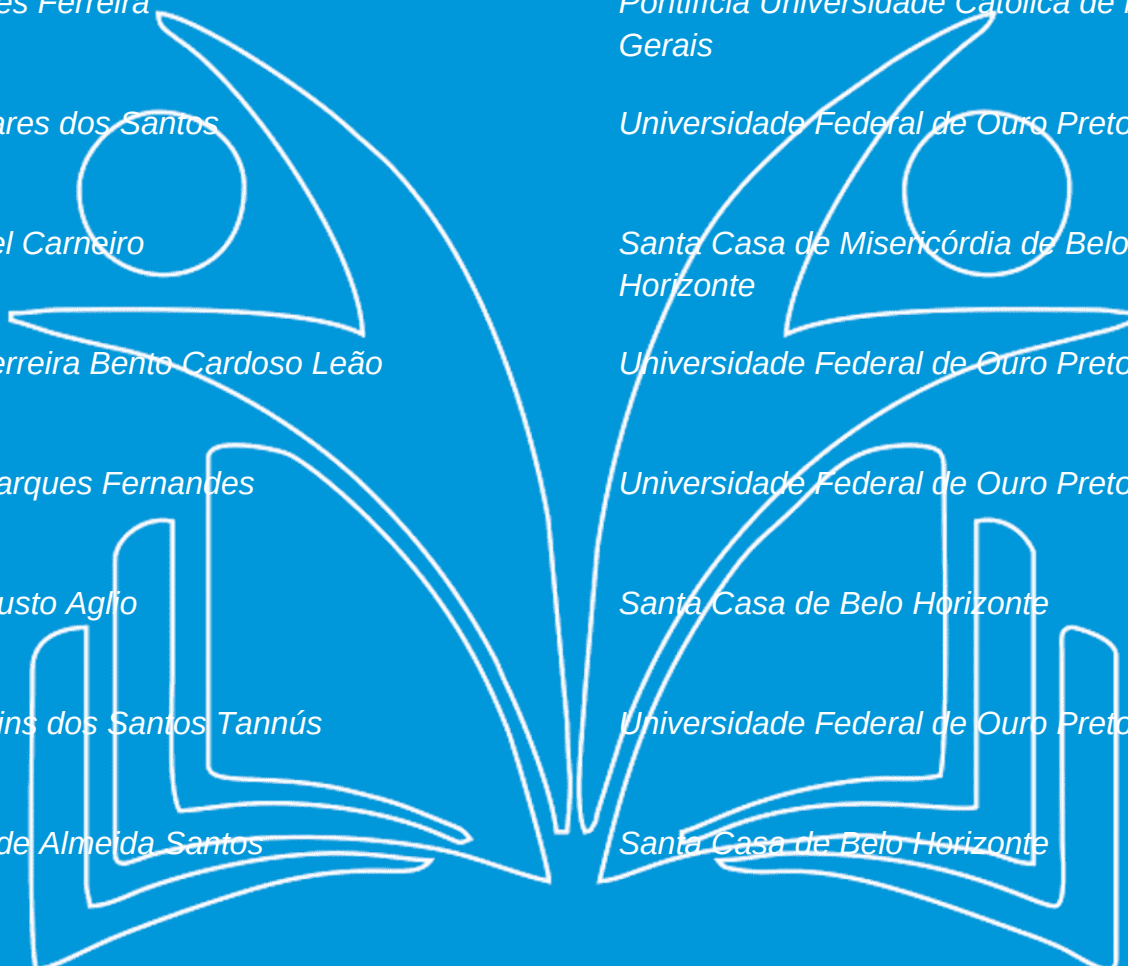
Santa Casa de Belo Horizonte

Lucas Martins dos Santos Tannús

Universidade Federal de Ouro Preto

Guilherme de Almeida Santos

Santa Casa de Belo Horizonte



Resumo: O artigo discute a obesidade mórbida e suas implicações. Os estudos de evidências científicas mostram que obesos mórbidos têm duas vezes mais chances de morrer prematuramente do que pessoas com peso normal. Além disso, eles enfrentam dificuldades diárias, como amarrar sapatos ou subir escadas. A pressão social e os comentários negativos também afetam a sua qualidade de vida. O tratamento envolve cirurgia, como a gastroplastia em Y-de-Roux ou a gastrectomia vertical.

Palavras chave: Obesidade, Tratamento, Sleeve, Y-de-Roux.

INTRODUÇÃO

Alguns estudos apontam que as chances de um obeso mórbido morrer de forma prematura são duas vezes maiores do que o de uma pessoa que está com o peso normal. Quando referimos à morte por diabetes e infartos, o número de pacientes obesos sobe para até 7 vezes mais.

Pessoas que estão com obesidade mórbida normalmente não se reconhecem mais em seus corpos. Além disso, precisam enfrentar dificuldades básicas diariamente, como amarrar um sapato, subir uma escada ou até mesmo levantar e abaixar. Isso sem falar em outras circunstâncias muito básicas.

A pressão social e também a ironia e comentários maldosos são constantes na vida deste obeso, além da dificuldade de conviver em sociedade por conta do tamanho dos assentos do avião, do teatro, na dificuldade de passar na roleta do ônibus ou mesmo adentrar na porta giratória do banco, entre outros. Com isso, a pessoa passa a se sentir desmotivada, triste e muitas vezes apresenta quadros depressivos preocupantes.

MÉTODO

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de análise de prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido.

DISCUSSÃO

Acima de 40 de IMC, é diagnosticado os obesos grau 3; pessoas que vão morrer logo, se não fizer alguma coisa para reverter o quadro. São pessoas que não conseguem fazer a higiene no bidê, nem tomar banho sozinhas, nem andar de carro ou de avião. Lastimavelmente, tratamentos conservadores como dieta, exercícios físicos e orientação psicológica atuam pouco sobre essa população que deve submeter-se a um procedimento cirúrgico. Hoje está bem definido em protocolo, ou far-se-a a Cirurgia de gastroplastia em Y-de- Roux ou a cirurgia de “Sleeve”(gastrectomia vertical).[4] É óbvio que cada caso deverá ser avaliado de forma ímpar, podendo propor inicialmente métodos mais conservadores como o uso do balão intragástrico ou mesmo os métodos cirúrgicos endoscópicos.

Acontece que a cirurgia ainda é a melhor opção de tratamento para os obesos grau 3 que, se nada fizerem, vão morrer num curto prazo. [1] O risco cirúrgico chega a 1% dos pacientes. Entretanto, estudos demonstram que 10% dessa população morrerão em um ano se continuar obesa. É um risco muito alto. Se é um recurso agressivo, como muitos o classificam, é importante lembrar que, no

momento, representa o único com suporte multiprofissional capaz de minimizar as consequências negativas da obesidade.[2,5]

Um outro ponto a ser referido é o controle da hipertensão arterial sistêmica(HAS) entre os idosos obesos mórbidos, mesmo com a prescrição de medicamentos anti-hipertensivos, é algo muito difícil. Estes resultados enfatizam a evidência que a HAS mais frequente nas pessoas com 65 anos ou mais é a hipertensão arterial sistólica isolada (PA sistólica >140 mmHg e PA diastólica <90 mmHg) que, segundo alguns trabalhos de evidência científica , aumenta 2 a 4 vezes o risco de infarto agudo do miocárdio, hipertrofia do ventrículo esquerdo e acidente vascular encefálico.

A evidência do papel dos adipócitos ao nível da cintura abdominal está na origem da síndrome metabólica. A sua definição baseia-se na presença de pelo menos três dos seguintes critérios: obesidade (IMC > 30 Kg/m²); perímetro da cintura abdominal (>102 cm nos homens e >88cm nas mulheres); hipertensão arterial (>130/85 mmHg); elevação dos triglicerídeos (>150mg/dl); colesterol HDL (<40 mg/dl no homem e <50 mg/dl na mulher); e valores de LDL normal ou pouco elevado e glicemia (>110 mg/dl).[5] A síndrome metabólica constitui um estado precursor da diabetes e das doenças cardiovasculares, sendo a obesidade e o perímetro da cintura abdominal fatores muito importantes.[3] Outros fatores de predisposição para o sobrepeso e a obesidade nos idosos são a diminuição das necessidades energéticas causadas por uma massa corporal magra reduzida e um estilo de vida sedentário. Incapacidades físicas crônicas, presentes nos idosos, podem também diminuir ainda mais a atividade e aumentar os valores do IMC.

Com o envelhecimento, ocorrem transformações que particularizam o uso da antropometria na análise da obesidade entre os idosos. Há uma perda progressiva da massa magra com aumento da proporção de gordura corpórea, além da diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal, cifose e alteração da elasticidade da pele.

CONCLUSÃO

É necessário que os profissionais da área de saúde continuem se esforçando para otimizar melhor qualidade de vida para os pacientes obesos e criar oportunidade de restauração de normalidade na sua vida cotidiana e de longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Masó Serra M, Del Barrio Martin MJ, Gordillo Chamizo S, Cartañá Pérez M, La Puerta Alcalde J, Martínez Sola M. Obesidad mórbida [Morbid obesity]. Rev Enferm. 2011 Oct;34(10):24-8. Spanish. PMID: 22135934.
2. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev Nutr. 2004;17(4):523-33.
3. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro Kátia SQS et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. Ciênc. saúde colet. 2012;17(7):1833-1840.
4. Melo ME, Mancini MC. Obesidade como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina. São Paulo: Moreira Jr; 2009.
5. Pucci GC, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. Rev Saúde Pública. 2012;46(1):166-79.

COMENTÁRIOS DO CIRURGIÃO GERAL

Alguns estudos apontam que as chances de um obeso mórbido morrer de forma prematura são duas vezes maiores do que o de uma pessoa que está com o peso normal. Quando referimos em morte por diabetes e infartos, o número de pacientes obesos sobe para até 7 vezes mais.

Pessoas que estão com obesidade mórbida normalmente não se reconhecem mais em seus corpos. Além disso, precisam enfrentar dificuldades básicas diariamente, como amarrar um sapato, subir uma escada ou até mesmo levantar e abaixar. Isso sem falar em outras circunstâncias muito básicas.

A pressão social e também a ironia e comentários maldosos são constantes na vida deste obeso, além da dificuldade de conviver em sociedade por conta do tamanho dos assentos do avião, do teatro, na dificuldade de passar na roleta do ônibus ou mesmo adentrar na porta giratória do banco, entre outros. Com isso, a pessoa passa a se sentir desmotivada, triste e muitas vezes apresenta quadros depressivos preocupantes.

Acima de 40 de IMC, é diagnosticado os obesos grau 3; pessoas que vão morrer logo, se não fizer alguma coisa para reverter o quadro. São pessoas que não conseguem fazer a higiene no bidê, nem tomar banho sozinhas, nem andar de carro ou de avião. Lastimavelmente, tratamentos conservadores como dieta, exercícios físicos e orientação psicológica atuam pouco sobre essa população que deve submeter-se a um procedimento cirúrgico. Hoje está bem definido em protocolo, ou far-se-a a Cirurgia de gastroplastia em Y-de- Roux ou a cirurgia de “Sleeve”(gastrectomia vertical). É óbvio que cada caso deverá ser avaliado de forma ímpar, podendo propor inicialmente métodos mais conservadores como o uso do balão intragástrico ou mesmo os métodos cirúrgicos endoscópicos.

Acontece que a cirurgia ainda é a melhor opção de tratamento para os obesos grau 3 que, se nada fizerem, vão morrer num curto prazo. O risco cirúrgico chega a 1% dos pacientes. Entretanto, estudos demonstram que 10% dessa população morrerão em um ano se continuar obesa. É um risco muito alto. Se é um recurso agressivo, como muitos o classificam, é importante lembrar que, no momento, representa o único com suporte multiprofissional capaz de minimizar as consequências negativas da obesidade.

Um outro ponto a ser referido é o controle da hipertensão arterial sistêmica(HAS) entre os idosos obesos mórbidos, mesmo com a prescrição de medicamentos anti-hipertensivos, é algo muito difícil. Estes resultados enfatizam a evidência que a HAS mais frequente nas pessoas com 65 anos ou mais é a hipertensão arterial sistólica isolada (PA sistólica >140 mmHg e PA diastólica <90 mmHg) que,

segundo alguns trabalhos de evidência científica , aumenta 2 a 4 vezes o risco de infarto agudo do miocárdio, hipertrofia do ventrículo esquerdo e acidente vascular encefálico.

A evidência do papel dos adipócitos ao nível da cintura abdominal está na origem da síndrome metabólica. A sua definição baseia-se na presença de pelo menos três dos seguintes critérios: obesidade ($\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$); perímetro da cintura abdominal ($>102 \text{ cm}$ nos homens e $>88 \text{ cm}$ nas mulheres); hipertensão arterial ($>130/85 \text{ mmHg}$); elevação dos triglicerídeos ($>150 \text{ mg/dl}$); colesterol HDL ($<40 \text{ mg/dl}$ no homem e $<50 \text{ mg/dl}$ na mulher); e valores de LDL normal ou pouco elevado e glicemia ($>110 \text{ mg/dl}$).⁵ A síndrome metabólica constitui um estado precursor da diabetes e das doenças cardiovasculares, sendo a obesidade e o perímetro da cintura abdominal fatores muito importantes.^{5,15-16} Outros fatores de predisposição para o sobrepeso e a obesidade nos idosos são a diminuição das necessidades energéticas causadas por uma massa corporal magra reduzida e um estilo de vida sedentário. Incapacidades físicas crônicas, presentes nos idosos, podem também diminuir ainda mais a atividade e aumentar os valores do IMC.

Com o envelhecimento, ocorrem transformações que particularizam o uso da antropometria na análise da obesidade entre os idosos. Há uma perda progressiva da massa magra com aumento da proporção de gordura corpórea, além da diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal, cifose e alteração da elasticidade da pele.

É necessário que os profissionais da área de saúde continuem se esforçando para otimizar melhor qualidade de vida para os pacientes obesos e criar oportunidade de restauração de normalidade na sua vida cotidiana e de longo prazo.

Capítulo 7



10.37423/240509047

AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL BILATERAL EM PACIENTE JOVEM, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: RELATO DE CASO

Ana Rita Bizerra do Nascimento Ribeiro

Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ

Pedro Augusto de Lima Barroso

Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ

Danielle Moraes Rosolem

Universidade Federal da Paraíba- UFPB

Rachel Franca Falcão Dantas Veloso

Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ

Petrúcia Cirilo de Carvalho

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-
FCM

Layse Claudino Souza Gregório

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-
FCM

Beatriz Rolim cartaxo

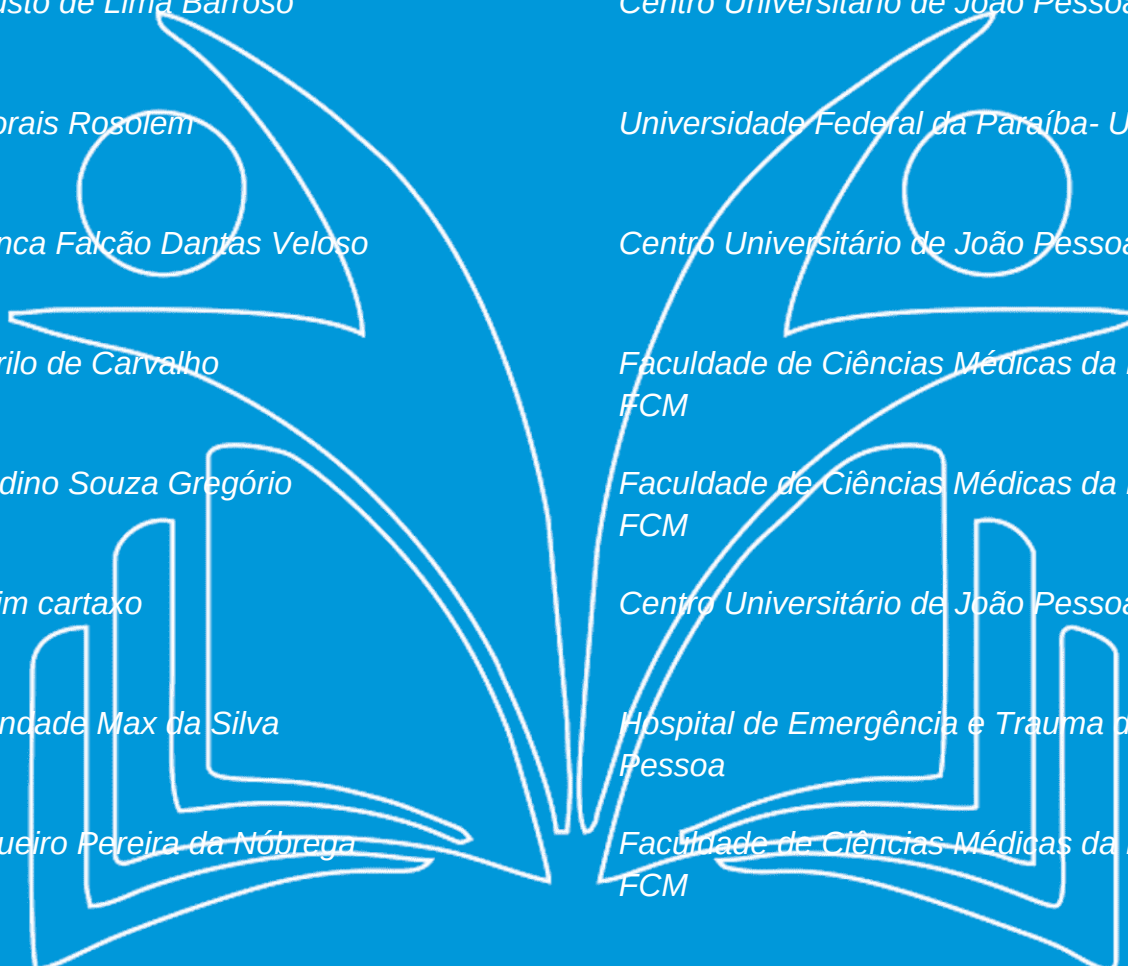
Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ

Franklin Trindade Max da Silva

Hospital de Emergência e Trauma de João
Pessoa

Milene Trigueiro Pereira da Nóbrega

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-
FCM



INTRODUÇÃO:

Amputação transfemural refere-se a toda amputação realizada entre a articulação do joelho e quadril. Esse tipo de retirada dos membros bilateralmente representa um desafio clínico significativo e importante condição de saúde crônica e incapacidade em longo prazo (XU; KOHLER; DICKSON, 2011) especialmente quando ocorrem em pacientes jovens devido a traumas graves, como acidentes automobilísticos.

As amputações de membros inferiores têm implicações físicas, psicológicas e sociais profundas para os pacientes (BRASIL, 2013), afetando não apenas sua mobilidade e independência, mas também sua qualidade de vida e bem-estar emocional (Pezzin et al., 2000; Hsu et al., 2018).

Decidiu-se abordar os aspectos clínicos, cirúrgicos e a evolução do quadro de uma paciente jovem vítima de um acidente automobilístico catastrófico, com manutenção da vida, porém com complicações significativas e impactos permanentes.

RELATO DE CASO:

Paciente feminina, 21 anos, vítima de trauma por colisão moto-carro admitida no hospital em estado gravíssimo, apresentando fraturas em MMII, palidez na extremidade do MIE esquerdo e cianose em MID, fratura exposta de mandíbula, escoriações em abdômen e laceração de períneo.

Quadro de saúde da vítima evoluiu com isquemia irreversível em MIE. No MID já amputado em nível de coxa, apresentando drenagem de grande quantidade de secreção hemática com odor fétido, pele e tecido subcutâneo desvitalizado, porém com musculatura bem perfundida. Como fator de piora desenvolveu choque hipovolêmico.

Diante da gravidade da situação a conduta adotada foi amputação transfemoral esquerda e elevação da amputação em MID. Como complicações graves, mas comuns a esmagamentos musculares e rotação traumática de partes moles desta natureza, o quadro de rabdomiólise e necrose tecidual se instalaram. Esta última em coto de amputação esquerda, sendo posteriormente, realizado o desbridamento da área necrosada. Ainda durante o período de internação, a paciente fez um hemotórax à direita.

Foi realizada drenagem torácica com débito 1200ml de conteúdo hemático. Evoluiu com quadro de colonização por MRSA, conforme resultado de cultura bacteriana. Nos cotos das amputações transfemorais bilaterais, foram usados curativos à vácuo visando melhorar área de epitelização e

diminuir exsudato. Objetivo alcançado, visto numa área de granulação exuberante e redução do débito de secreção.

DISCUSSÃO:

O relato de caso apresentado, corrobora com um estudo, que estima que as amputações de membros inferiores correspondem a 85% de todas as amputações de membros (SENEFONTE, 2011).

A amputação transfemoral bilateral sofrida pela paciente está entre as causas principais de indicações desse nível de amputação causada por traumas decorrentes de acidentes de trânsito, como mostrou o estudo de Lima et.al (2023), onde 55,1% das amputações de membros inferiores corresponde ao tipo transfemoral.

O resultado de um esmagamento grave como o visto nessa paciente é a rabdomiólise – destruição do sarcolema do miócito –, que causa liberação de mioglobina, fosfato, potássio, ácido úrico e aminoácidos na corrente sanguínea (HARTMANN et. al, 2011). Tal condição associada ao choque hipovolêmico causado pela perda sanguínea, comum no trauma como este, desencadeiam as complicações, potencialmente fatais, felizmente revertidas neste caso.

De modo geral, a literatura sobre essa temática mostra que podem ser observadas algumas complicações no pós operatório, como sangramentos, hematoma, infecções, ulcerações, necrose como mostrou este relato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A amputação transfemoral traz importantes deficiências de estrutura e função corporal nos membros amputados, como redução da força muscular, com impactante comprometimento funcional, limitações nas atividades de vida diária e na mobilidade. Conforme corroborado pela literatura, amputações desse nível tem estreita relação com acidentes automobilísticos e a população jovem.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa amputada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Hartmann FVG, Vasconcelos RGL, Oliveira SVS, Vieira VS. Síndrome do esmagamento associada à síndrome compartimental: relato de caso. *Brasília Med* 2011;48(3):314-318

SENEFONTE, F. R. DE A. et al.. Amputação primária no trauma: perfil de um hospital da região centro-oeste do Brasil. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 11, n. 4, p. 269–276, out. 2012.

Xu J, Kohler F, Dickson H. Systematic review of concepts measured in individuals with lower limb amputation using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *Prosthet Orthot Int*. 2011;35(3):262-8. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1177/0309364611412821](http://dx.doi.org/10.1177/0309364611412821)

LIMA, Vicente Júlio Barbosa de; GOMES, Ewertom Cordeiro; ROLIM FILHO, Eptácio Leite; MALHEIROS JÚNIOR, Henrique José Alves; ALMEIDA, Thiago Danilo Rodrigues de; BAHÉ, Ana Patrícia Montebello; ROCHA, Silvana Cristina de Melo. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados acompanhados em um grande centro referência em reabilitação de Pernambuco. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 87–96, 2023. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v30i2a193962. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/193962..> Acesso em: 28 maio. 2024.

Pezzin LE, Dillingham TR, MacKenzie EJ. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputations. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(3):292-300.

Hsu MJ, Wang WT, Lee WP, et al. Quality of life in elderly patients after major lower extremity amputation: a systematic review. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2018;28(4):623-635.

 conhecimentolivre.org/home
 contato@conhecimentolivre.org
 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)

MEDICINA: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME IX