

# HB CIENTÍFICA

Revista Científica da Fundação Faculdade  
de Medicina de São José do Rio Preto

ANO I - VOL. I - N.º 4 - ABRIL / MAIO / JUNHO - 1993



CENTRO ACADÊMICO 27 DE OUTUBRO

---

## SUMÁRIO

---

Editorial .....	03
Ponto de Vista .....	04
Avaliação da Função Tirodiana durante Tratamento de Pacientes em Cetoacitose Diabética (Resumo) .....	05
Cafeína - Revisão dos Principais Efeitos Centrais .....	06
Relato de Um Caso de Intoxicação com Fosfina (Fosfeto de Alumínio) .....	09
Síndrome de Prune Belly (Descrição de um Caso/Resumo) .....	11
A Prevenção do Câncer Ginecológico em Locais com Recursos Financeiros Precários .....	14
Atendimento Interdisciplinar a Pacientes Portadores do Vírus HIV e AIDS: Uma Reflexão sobre a Relação Médico-Paciente .....	18
Tumores do Sistema Nervoso Central Estudo Retrospectivo de 142 casos .....	20
Normas de Publicação .....	25
Expediente .....	27

FACULDADE DE MEDICINA  
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
BIBLIOTECA

---

## EDITORIAL

---

*Hoje, mais do que nunca, sentimos que a HB Científica está criando um alicerce seguro para continuar crescendo. E isso é decorrente, principalmente, de uma conscientização científica crescente da instituição.*

*Nesse aspecto, gostaria de chamar a atenção, especialmente nesta edição, para a participação dos residentes e, principalmente, dos acadêmicos na elaboração de artigos. Fato que nos deixa muito felizes e estimulados a cada vez mais aprimorarmos este veículo.*

*Agradecemos aos colaboradores desta edição e pedimos para que continuem participando, enviando-nos suas produções científicas. A revista depende de você.*

*Fábio Luís Bongiovani*  
*Editor*

---

## **EXPEDIENTE**

---

**HB CIENTÍFICA - PUBLICAÇÃO DA FUNDAÇÃO FACULDADE  
REGIONAL DE MEDICINA / CENTRO ACADÊMICO 27 DE OUTUBRO**

---

**EDITORES RESPONSÁVEIS:**  
ac. Alexandre Caroni Bozola  
ac. Antonio Henrique O. Poletto  
ac. Fábio Luís Bongiovani

---

**CONSELHO EDITORIAL:**  
Prof. Antonio Roberto Bozola  
Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile  
Prof. Irineu Luiz Maia  
Prof. João Vicente Paiva Neto  
Prof. José Carlos Palchetti  
Prof. José Francisco Gandolfi

---

**CONSELHO CONSULTIVO:**  
Prof. Jacyr Macagnani - Chefe do Depto. Materno Infantil  
Prof. Irineu Luiz Maia - Chefe do Depto. de Medicina Integrada  
Prof. Cícero Meneguette - Chefe do Depto. de Ciências Básicas  
Prof. Gilberto Borges de Brito - Chefe do Depto. de Cirurgia

---

**COORDENADOR DA COORDENADORIA DE PESQUISA:**  
Prof. João Roberto Antonio

---

**JORNALISTA RESPONSÁVEL:**  
Elma Eneida Bassan Mendes - MTb: 16.782

---

**EDITORIAÇÃO GRÁFICA:**  
João Carlos Massuia

---

**IMPRESSÃO - COMPOSIÇÃO - FOTOLITOS:**  
Gráfica IELAR - Fone (0172) 33-2922 - S.J.Rio Preto - SP

---

**FUNFARME:**  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 4516 - Fone (0172) 27-5733  
CEP 15090-000 - São José do Rio Preto - SP

---

## Reflexões sobre o Ensino Médico

*Profa. Dra. Emirene Maria Trevisan Navarro da Cruz  
Coordenadora da Comissão Supra Curricular de Ensino Médico*

o tempo de crise na saúde, crise nas universidades, nas escolas médicas, tal como uma fase depressiva, e predispor para refletir, analisar nossa realidade, erros e acertos, e estabelecer estratégias possíveis para

no disse, e muito bem, o Prof. Willian Hossne, presidente da ABEM, por ocasião da aula inaugural deste unifarne, a Escola Médica de hoje está formando os médicos para o terceiro milênio e os deve, portanto, para os desafios que lhe serão impostos pelas conquistas tecnológicas.

sa era da informática, da medicina espacial, da tele medicina devem os médicos, porém, estar alertas inovações propostas para a prática médica, vigilantes para não se tornarem mero eixo entre produtos e ideos.

e aos docentes estarem aptos a garantir aos seus alunos familiaridade com as novas técnicas, adestrando o avanço da tecnologia, que deve ser recebido com humildade de quem sabe que tem que continuamente se para se adequar.

o esse pensamento, fica claro que se, em todos os tempos, o médico esteve sempre pressionado a uma te atualização, imaginem nesse tempo futuro (que já é presente, pois os médicos do ano 2000 estão hoje nação e residência) quão imprescindível vai ser essa reciclagem contínua. Por isso é mister que se treine ante a ser o agente ativo de seu aprendizado, ele que deverá carregar o compromisso de um oamento constante.

s imperiosa que a mudança da estrutura curricular parece ser a modificação da metodologia de ensino. pode mais tutelar ou paternalizar ou presunçosamente achar que é possível um aprendizado só passivo. estudante-médico deve conscientizar-se que é co-responsável pelo seu progresso que no indagar, buscar, resolver, é que se vão internalizando a crítica e, o discernimento, e plasmando-se a profissionalização. docente, fio condutor: o aluno, agente ativo. Cabe também ao docente ser modelo de identificação; ssário dizer que, cômscio da tremenda responsabilidade de instruir o futuro médico, necessita ele também ar (e conseguir!) seu aperfeiçoamento. A docência não pode ser imposta: é uma vocação trabalhada.

se pode esquecer, porém, que a docencia informal é naturalmente exercida por todo médico Bom: na leito, nos ambulatórios, na conduta adequada da emergência, vai o fio, cristaliza-se o molde: é o ensino, luto natural de uma assistência bem feita.

é preciso garantir, condição para que se exerça uma medicina digna - moralmente rui qualquer estrutura tente salvaguardar a qualidade. Não podemos formar técnicos que esqueçam do Homem; não podemos estudantes e médicos cujos doentes "não tem dono".

se que pensar alternativas para que a necessidade não sacrifique a qualidade do ato médico, ntível com uma solicitação desmedida. É bem verdade, no entanto, que o excesso de carga assistencial vezes de bode expiatório para encobrir outras falhas.

eciso parar para uma avaliação, tomada de consciência. Estamos tendo, com a CINAEM, uma avaliação é preciso que se proceda a uma avaliação interna.

ível é que, entre nós, esse termo tenha sempre conotação de castigo e nunca de um estágio preliminar io a qualquer progresso que se pretenda conseguir.

isamos definir explicitamente quais as qualidades que se desejam no nosso produto final e estabelecer s, metodologia e meios adequados para que se consigam esses objetivos. É preciso também, que mos o produto que estamos formando agora, para que se possa reformular e corrigir o inadequado e até insistir nas estratégias de ensino que se provem satisfatórias.

alidade precípua de uma escola médica é formar médicos, é formar um profissional capacitado para ser e instrumento de saúde, comprometido não só em ser aprovado mas com um desejo de Fernão Capelo aperfeiçoar com um profundo sentimento de responsabilidade para o outro.

ministradores, docentes e alunos tem que definitivamente, se comprometer a um esforço contínuo para ar um verdadeiro espírito universitário, com coragem para dismantelar os "faz de conta", sem medo de as falhas mas com vontade soberana de superá-las.

## AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO TIROIDIANA DURANTE O TRATAMENTO DE PACIENTES EM CETOACIDOSE DIABÉTICA

Dissertação apresentada pelo Dr. Antonio Carlos Pires para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Ciências Biológicas, Área de Concentração em Biologia Médica, da Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto - 1993

### RESUMO

O Diabetes Mellitus é conceituado como sendo uma moléstia metabólica crônica caracterizada pela deficiência absoluta ou relativa de insulina associada a um excesso absoluto ou relativo de glucagon. Sua etiopatogenia não está totalmente esclarecida mas sabe-se que fatores genéticos e ambientais têm influência marcante no seu desenvolvimento. Suas manifestações clínicas compreendem desde uma intolerância assintomática à glicose até complicações agudas com a cetoacidose e crônicas como alterações vasculares e neurológicas.

Recentemente, vários pesquisadores demonstraram a existência de alterações consideráveis nos níveis de hormônios tiroidianos em pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo I, sendo que a mais marcante e precoce é a diminuição de  $T_3$  sérico. Para a maioria dos investigadores essas alterações não se traduzem em hipotireoidismo.

No presente estudo foram pesquisados 12 pacientes com Diabetes Mellitus tipo I em estado de cetoacidose e 15 indivíduos controles normais, para comparação e padronização das dosagens de glicemia, pH,  $T_3$ ,  $RT_3$ ,  $T_4$  e TSH.

As médias de  $T_3$  e  $T_4$  na fase inicial de tratamento foram baixas e significantes em relação ao grupo controle. Com a melhora da acidose, mas ainda em condições de hiperglicemia, essas médias também foram significantes e baixas, porém com tendência à elevação quando comparadas com as médias do início do tratamento. Nos pacientes totalmente controlados em relação à hiperglicemia, as médias de  $T_3$  e  $T_4$  foram significantes e mais baixas do que no grupo controle, mas também mostraram tendência à elevação quando comparadas com as fases anteriores de tratamento. As médias da razão  $T_3/RT_3$  no início e durante a terapêutica foram baixas e significantes quando comparadas ao grupo controle, enquanto que no momento da alta hospitalar esse parâmetro mostrou tendência à normalização e não diferiu de forma significativa do grupo controle. As médias dos níveis basais de TSH durante todo o tratamento não apresentaram diferenças estatísticas significantes em relação ao grupo controle. Os níveis basais médios de  $RT_3$  também não diferiram de maneira signicante do grupo controle durante a terapêutica, mas nos pacientes equilibrados houve uma queda significativa desses valores.

## CAFEÍNA - Revisão dos principais efeitos centrais

Paiva, J. V.

Disciplina de Farmacologia - FARME

### INTRODUÇÃO

As denominadas bebidas xânticas data de tempos remotos fazendo crer que o homem do paleolítico já as conheciam utilizando as suas preparações para fins variados.

A grande popularidade do café, cuja planta a *Coffea arabica* é explorada na América do Sul e em grande escala, constitui na principal fonte de cafeína. Ao lado do café, o chá extraído da *Camellia sinensis*, é sem dúvida alguma, outra fonte de substâncias correlatadas a cafeína, como a teofilina e a teofilina. Poderíamos citar também o popular guaraná (*Paullinia cupana*) cuja semente contém a cafeína e o cacau (*Theobroma cacao*) que também é fonte da teobromina e cafeína em quantidade.

Segundo Rall, W. T., a popularidade das bebidas que contém cafeína baseia-se no fato de que tais bebidas elevam o estado de vigília, diminuem a fadiga e estimulam o humor. Isto considerado, as bebidas foram e ainda são consideradas como estimulantes.

Concentrando as nossas atenções sobre a cafeína e considerando os conhecimentos atuais sobre suas ações em seus vários aspectos farmacológicos, veremos nessa revisão, que os efeitos dessa cafeína é bastante interessante e sobretudo no que se refere ao sistema nervoso central. Como sabemos, a elevada ingestão crônica de cafeína pode acarretar paradoxalmente, ansiedade e pânico. (Clementz L. G. e col. 1988).

### Estrutura química

A cafeína do ponto de vista químico é uma xantina metilada o que justifica a sua inclusão no grupo das xantinas. Assim, a cafeína é uma 1,3,7 - metil-xantina.

### Efeitos elementares da farmacocinética

A absorção da cafeína por via oral (bebida) é quase que total, atingindo níveis plasmáticos elevados em uma hora. A meia vida plasmática é aproximadamente de 3 a 7 horas, podendo ser mais longa em mulheres no final da gravidez. O metabolismo hepático da cafeína pode ser acelerado pelo fumo, além das influências e variações genéticas que já estão bem estudadas.

O esquema (fig. 2) explica o metabolismo da cafeína segundo Britto Filho - 1986.

### Efeitos centrais da cafeína

É interessante o conhecimento de que as xantinas são pó estimulantes centrais. Para compreendermos os efeitos desses efeitos, vamos rever antes, as propriedades farmacodinâmicas dessas substâncias.

O mecanismo de ação das xantinas e portanto, da cafeína, reside na capacidade inibitória sobre a fosfodiesterase que por sua vez, é responsável pela transformação do AMPc (nucleotídeo cíclico) em 5-AMP. Como é sabido, os efeitos periféricos das xantinas sobre a musculatura lisa dos vasos, é o relaxamento, aliviando uma crise asmática. Esse mecanismo de ação periférico contudo

não explica as ações centrais das bebidas xânticas.

Recentes estudos de Clementz L. G. e Dailey W. J. - 1988, trazem vários aspectos interessantes relacionados com os efeitos farmacológicos centrais da cafeína. Segundo os autores, a substância atua a nível central interferindo em: a) Bloqueio dos receptores da adenosina, b) Inibição da fosfodiesterase, c) Translocação intracelular do cálcio, d) redução do "uptake" das catecolaminas aumentando os níveis séricos da adrenalina. Essas ações se somariam para resultarem na excitação neural central.

### Efeitos psicotrópicos da cafeína envolvendo o estado de vigília e a performance mental

A cafeína administrada nas doses de 50 a 300 mg em voluntários e procurando simular uma ingestão normal e elevada de café, revelou o seguinte resultado: Aumentou o estado de vigília e diminuiu o tempo para respostas motoras aos estímulos visuais e auditivos. Em indivíduos habituados ao café observou-se também uma diminuição da fadiga e prazer, enquanto que, no grupo não habituado, notou-se pronunciada excitação e agitação acompanhado de "nervosismo". Estudos com a cafeína e seus efeitos sobre as fases do sono, alguns aspectos interessantes foram anotados. De uma maneira geral a substância aumenta a fase 2 e diminui acentuadamente as fases 3 e 4. Esses efeitos sobre o sono são dose-dependentes e variam nos grupos habituados e não habituados. Atualmente sabe-se que o fenômeno da tolerância farmacológica à cafeína ocorre após a ingestão sistemática de café. Por outro lado, a antiga crença de que a cafeína melhora o estado depressivo provocado pelo álcool foi derrubado pelas pesquisas de Curatolo e Robertson - 1983. Nessa linha de pesquisas sobre o comportamento de bebedores de café, Kozlowski observou que a ingestão da bebida aumenta quando as preparações são dotadas de concentrações inferiores a 100 mg por dose, ou seja, uma pessoa habituada a beber café forte (100 mg de cafeína), terá a tendência a repetir a bebida várias vezes se esta contiver apenas 25 mg do princípio ativo.

Na área psiquiátrica pode-se constatar que a cafeína pode antagonizar os efeitos ansiolíticos dos benzodiazepínicos, chegando-se a pensar na possibilidade de um efeito antagonista a nível de receptores neuronais do SNC. Pentel P. 1984. Sobre as manifestações depressivas causadas pela cafeína, muitas observações foram realizadas e as mais interessantes são aquelas feitas por Gilliland e Andress. Os autores observaram uma relação direta entre o aparecimento de depressão acompanhada de ansiedade em pacientes consumidores de elevadas doses de cafeína (café). Os valores considerados elevados e com possibilidades de desencadear tais manifestações, são da ordem de 500 mg por dia de cafeína. É interessante notar também, que a cafeína em determinadas situações, pode aliviar um estado depressivo, mas isto ocorre com maior frequência entre os habituados a tomar café em grande dosagens. Outros estudos no campo comportamental, revelaram que pessoas acometidas de um distúrbio denominado "doença do pânico", consomem menos cafeína do que as normais. Na presença desse distúrbio, os pacientes revelam que após a ingestão de doses consideráveis de cafeína, aparecem manifestações profundas de ansiedade. Boulenger - 1984 em seus trabalhos, relatou a ocorrência de pânico em indivíduos normais após doses elevadas de cafeína (superior a 500mg).

### O problema do cafeinismo

Clementz chama a atenção em seus trabalhos para o fato de que um quarto da população normal e metade dos pacientes com distúrbios psiquiátricos, consomem cerca de 500 mg de cafeína por dia, ou seja, o equivalente a 5 ou 6 xícaras de café. Para esse autor, doses superiores a 250 mg de cafeína por dia, podem ser consideradas acima do normal.

De acordo com Clementz, pode-se chegar a um diagnóstico de cafeinismo com base nos seguintes sinais:

ndição: Ingestão recente de doses superiores a 250 mg de cafeína.

Nervosismo  
Excitação  
Insonia  
Diurese  
Distúrbios gastrointestinais  
Tremores  
Eloquência exagerada  
Taquicardia (extrasístolia)  
Agitação psicomotora

#### Bibliografia

Clementz L.G. and Dailey W.J. - Pschotropic effects os cafeine. AFP / 167 - 172 - (37) - 1988  
Boulenger J.P., Uhde T.W., Wolfe A. 3d. Post RM. Increased sensitivity to caffeine in patients anic disorders. Preliminary evidence. Arch., Gen. Pschiatry - 1984 / 41:1067-1071.  
Stephenson PE. Physiologic and psychotropic effects of caffeine in man. A review. Amer. J. ssoc. - 1977 / 71 : 240-7.

## RELATO DE UM CASO DE INTOXICAÇÃO COM FOSFINA (FOSFETO DE ALUMÍNIO)

Autor: Atilio Maximínio Fernandes\*  
Orientador: Cicero Meneguette\*\*

### INTRODUÇÃO

Relatamos a ocorrência de um caso de ingestão de Fosfeto de Alumínio, e um homem, adulto jovem (N.R., 41 anos), que obteve êxito letal, em período de 8 horas. A fosfina é um gás de alta toxicidade que afeta a área gastrointestinal e o sistema nervoso central. É prontamente absorvida por inalação e pela área gastrointestinal.

### RELATO

Paciente deu entrada no serviço com história de ingestão, de quantidade ignorada de fosfeto de alumínio, há mais ou menos 2 hs. Apresentava-se com náuseas, vômitos e diarreia líquida. Ao exame físico apresentava sugestivo hálito alcoólico, cianótico, hipotérmico, eupneico, com PA = 60 x 40 mmHg e P = 100 btm R = 22ipm.

Foi realizada lavagem gástrica, administração de carvão ativado e de 150 ml de NaHCO<sub>3</sub> 10% em 2 horas. Concomitantemente foram solicitado ECG, RxTx e gasometria, sendo que os resultados foram:

E.C.G:	Taquicardia sinusal		
RxTx:	Infiltração em bases pulmonares		
Gasometria:	pH =	7,22	HCO <sub>3</sub> = 10,6
	pO <sub>2</sub> =	50,5	TCO <sub>2</sub> = 11,4
	pCO <sub>2</sub> =	26,6	Sat = 75,5
	BE =	- 15	

Posteriormente foi aplicado Lasix e Aminofilina EV, e novamente Lasix 1 ampola e SG 90% - 250 ml EV.

O paciente foi encaminhado à UTI, já apresentando-se torporoso, e apresentou hematuria macroscópica à sondagem vesical, sendo instalada sonda vesical de 3 vias em irrigação contínua.

Após 4 horas, da internação, apresentou-se agitado e desorientado, taquipneico, com P = 13 lbtm, T = 35°C, R = 52ipm, PA60x40, quando foi instalado 1 frasco de 500 ml de Hisocel.

Após 6 horas da internação, apresentou parada cardíaca, revertida com drogas e desfibrilador, posteriormente evoluiu com arritmia ventricular refratária à terapêutica, e conseqüentemente nova para cardíaca obtendo êxito letal.

### TOXICIDADE:

A fosfina (fosfeto de alumínio -PH<sub>3</sub>); é um gás que se liquefaz a 85°; sendo extremamente tóxico, na concentração de 200 ml/mm<sup>3</sup> (i.e. = 2.8mg/l) é rapidamente mortal, enquanto na concentração de 400 a 6001/mm<sup>3</sup> (i.e. = 0,56 a 0,8 mg/l) é mortal de 1/2 a 1 hora. Os achados clínicos traduzem ataque do SNC, mas são acompanhados de acidentes digestivos, pulmonar e cardíacos muitos perigosos,

astenia intensa, vertigem, cefaléia, opressão, dores torácicas, abdominais do tipo queimação, dispnéia, tosse, náuseas, frios e sede. Edema agudo de pulmão, náuseas, vômitos e diarreia, dores musculares intensa, tetanização, cãibras, tremor de extremidades, convulsão, cianose e morte por colapso cardíaco.

O tratamento visa sobretudo lutar contra o edema pulmonar. Oxigênio-terapia, repouso absoluto transfusão de sangue total se necessário, sintomático e de manutenção e broncodilatadores.

### DISCUSSÃO:

Correlacionando os citados anteriores, podemos verificar que o paciente obteve êxito letal devido a ingesta de fosfina.

Verificamos, que após mais ou menos 1 hora, o paciente já apresentava sinais graves de intoxicação a nível de TGI (náuseas, diarreia líquida e vômitos), além dos sintomas gerais como cianose e hipotermia, e verificando ao RxTx sinais de infiltração predominando em bases pulmonar devido ao início do edema pulmonar que é tratado como uma grave manifestação e de difícil controle terapêutico. Vemos que associado ao quadro, o paciente apresentou colapso cardíaco que é o responsável pela morte do paciente na maioria dos casos.

Devemos ressaltar que a toxicidade ao homem é extremamente grave, pois concentrações de 2,8mg/l são rapidamente mortal, e há um fator de agravamento, pois depois de absorvida, seja por via inalatória ou digestiva não há recursos acessíveis para eliminação da fosfina da circulação, sendo o tratamento restrito a O<sub>2</sub> terapia e terapêutica para diminuir o edema pulmonar conseqüente ao colapso cardíaco, sendo o demais tratar sintomaticamente.

Atualmente a única medida relativamente eficaz seria a emese ou lavagem gástrica, dentro dos primeiros minutos após a ingestão, porém nesse caso, onde foi uma ingesta intencional, não há colaboração do paciente ou seja não há procura por socorro no início da ingesta. A raridade deste tipo de intoxicação foi o objetivo maior que nos levou a fazer este relato.

A necrópsia do paciente revelou:

A morte se evidenciava pelos clássicos sinais tenatológicos, Exame Externo: verificamos tratar-se de cadáver de sexo masculino, branco, eutrófico, adulto jovem, Exame interno: iniciamos o estudo interno pelo segmento do tronco com incisão xifo-pubiano, pela linha mediana abdominal relativo aos retalhos cutâneos e retirado o plastrão condro esternal constatamos: órgão congestos e escuros; aos cortes fluia grande quantidade de líquido serossanguinolento dos pulmões (edema agudo de pulmão) coração de consistência amolecida estômago e intestinos de coloridos enegrecidos. Ante ao exposto e ao que acima foi descrito concluímos que a morte foi em conseqüência de intoxicação exogena aguda por fosfina.

### Bibliografia:

Manual Técnico Gastoxim; fosfato de alumínio 1.992.

Acute phosphine poisoning aboard a grain freighter.

R. Wilson et al, J. Am. med Ass. 1980, 244, 148.

Índice de Microfichas do Centro de Assistência Toxicológica da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto.

\* Doutorando da XX Turma da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto.

\*\* Prof. Dr. Cicero Meneghetti, Responsável pelo Departamento de Ciências Básicas da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto.



# CIRURGIA

## SÍNDROME DE PRUNE BELLY Descrição de um caso (resumo)

Autor: José Antonio da Silveira Jr.  
Co-autores (orientadores): Dr. Antonio Roberto Bozola  
Profa. Agnes Fett Conte e Profa. Eny M. Goloni Bertollo

O termo Síndrome de Prune Belly é designado à uma entidade caracterizada por uma tríade: deficiência da musculatura da parede abdominal, malformações do trato urinário e criptorquidismo.

### MUSCULATURA ABDOMINAL

Caracteristicamente, os músculos abdominais estão ausentes nas partes inferior e medial da parede abdominal. Todavia, os músculos reto superior e oblíquo externo superior são desenvolvidos. Alguns autores alegam que os músculos estão presentes, porém hipoplásicos. A parede abdominal é plenamente flexível, e as vísceras podem facilmente ser palpáveis. O umbigo é tracionado para cima pelo músculo reto abdominal funcionante. O suporte frágil para a parede do tórax inferior interfere no mecanismo efetivo da tosse e contribui para uma grande vulnerabilidade para infecções respiratórias. Um ferimento que ofereça condições de cura progride satisfatoriamente em contraposição à ausência das camadas musculares para suturar.

### CRIPTORQUIDISMO

O criptorquidismo bilateral é característico da Síndrome e, em muitos pacientes, ambos os testículos situam-se intra-abdominalmente. Usualmente os ureteres ocupam a margem pélvica perto do nível sacro ilíaco. Tem-se sugerido que estas deficiências seriam resultado da ausência de músculos abdominais, ausência de gubernáculo ou uma anormalidade intrínseca dos próprios testículos.

Os pequenos vasos espermáticos tornam a Orquiopexia uma operação de difícil realização.

### RINS

Embora os rins possam ser normais, a displasia renal e hidronefrose são as duas anormalidades renais tipicamente associadas com a Síndrome. Frequentemente o prognóstico é atualmente determinado pelo grau de displasia que parece ser mais severo naqueles pacientes com estenos uretral, megauretra ou ânus imperfurado.

### URETERES

São caracterizados por graus variados de tortuosidade e dilatação, que são segmentares na distribuição. O final inferior do ureter tende a ser mais severamente afetado. Alguns têm múltiplas válvulas pregas na parte distal. No Megaureter o refluxo é usual mas não invariavelmente presente. Há uma anormalidade difusa da musculatura ureteral consistindo em marcada distribuição nas bandas musculares, e pode ter áreas desiguais em que tecidos fibrosos têm substituído músculos.

## URETRA

Existe caracteristicamente uma dilatação pontiaguda da próstata abaixo da membrana uretral. A parede anterior da uretra prostática é menor do que a parede posterior, que toma a forma de bolsa, particularmente ao nível do ducto ejaculatório.

Há que se salientar que o desenvolvimento alterado da musculatura do abdômen, bem como a flrouxidão abdominal, são fenômenos secundários, sendo o evento primário uma acentuada distensão do abdômen durante o período fetal, devido à obstrução do trato urinário.

Esta entidade não apresenta um padrão de Herança bem definido, embora pareça tratar-se de Herança Autossômica Dominante, possivelmente ligada ao sexo masculino, o que implica em um risco de 50% de portadores e de 25% de afetados (homens) para a prole dos indivíduos afetados.

## BEXIGA URINÁRIA

É tipicamente muito grande e irregular no contorno, com paredes espessas e sem hipertrofia. Não há trabeculações.

### HISTÓRICO - Caso clínico e exames complementares

Paciente: L. G., 16 anos, branco, estudante, solteiro.

O paciente do caso que estamos relatando apresenta as características compatíveis com uma anomalia caracterizada por criptorquidia, agenesia da musculatura abdominal, distensão abdominal e uma obstrução do trato urinário. Tal síndrome denomina-se síndrome de Prune Belly.

O paciente veio até o hospital com queixa de abaulamento do abdômen que acentua-se ao ficar de pé e aos episódios de aumento da pressão abdominal.

O caso foi encaminhado pelo departamento de cirurgia plástica até o departamento de genética, onde a consulente veio obter informações sobre a entidade apresentada por seu filho de quinze anos (paciente nasceu à termo, de parto normal, sem intercorrências). Segundo a consulente, aos sete anos de idade, o paciente fez correção cirúrgica de criptorquidia bilateral, com extirpação do testículo esquerdo, e aos doze anos sofreu outra cirurgia para correção de uma anomalia do trato urinário, a qual a consulente não soube especificar. O paciente apresentava peso de 42,800 kg. e glicemia na taxa de 63mg%.

O paciente passou pelo departamento de endocrinologia onde verificou-se que o mesmo apresentava hipogonadismo primário, nota-se a presença de testículo atrófico à direita e ausente à esquerda.

Ao ser submetido a uma bateria de exames, estes foram os resultados:

Hormônio luteinizante (LH): valor muito além do normal. Resultado é compatível ao valor normal de uma mulher que esteja na fase ovular ou na menopausa.

Hormônio folículo estimulante (FSH): valor bem superior ao normal, coincidente com uma mulher na menopausa e pré-menopausa.

Prolactina: valor inferior ou igual ao normal encontrado em indivíduo do sexo masculino.

Espermograma: não foi verificada a presença de espermatozoides.

Pelos exames acima descritos nota-se duas características que marcam muito o quadro clínico do paciente: o hipogonadismo primário e a Esterelidade.

O paciente está entre a minoria dos afetados por esta condição que apresentam ereção peniana considerada normal, com ejaculação compatível à idade do paciente.

Apresenta também as características agenesiais da musculatura abdominal citadas, com vísceras palpáveis, cicatriz umbilical levemente desviada da superiormente, flancos protuberantes e uma visível cifose devido à falta de tração da musculatura abdominal sobre o tórax do paciente.

Na época da finalização do presente trabalho científico o paciente constava de 16 anos de idade

e sem ter sido submetido à terapêutica alguma que visasse reparar a deficiência da musculatura abdominal. Notava-se a evidente e traumatizante forma (dita "barrigudo") assumida.

A bexiga urinária apresenta-se com volume e contornos normais, não presença de refluxo vesico-ureteral e também não há resíduo pós-miccional. A Uretrocistografia também relata aspecto preservado da uretra. Estes resultados nos permitem enquadrar nosso paciente nos casos raros desta ainda mais rara síndrome, visto que não há refluxo (dados da literatura citam que apenas 25% dos pacientes com a síndrome estão nesta situação), e conserva a bexiga urinária com dimensões e volume preservados, assim como a uretra, que está com aspecto íntegro.

À Urografia Excretora: Ausência de imagem típica de cálculo com densidade cálcica no trajeto das vias urinárias. Eliminação em tempo normal do meio de contraste pelos rins, que apresentam dimensões, contornos, situação, forma e volume normais. Má rotação do rim direito; aspecto normal dos sistemas pielo-caliculares; ectasia moderada para acentuada pelve renal esquerda e moderada da pelve renal à direita; trânsito do ureter esquerdo livre; ectasia discreta do ureter direito; bexiga parcialmente cheia.

O ecocardiograma, eletrocardiograma e o eletroencefalograma, juntamente com o estudo do cariótipo (46 XY) mostraram-se sem alterações.

Ao exame radiológico constatava-se uma moderada ectasia renal: Na anamnese coletada junto ao paciente esta nega oligúria, disúria, polaciúria, alterações no aspecto da urina, nictúria, dificuldade de iniciar ou terminar a micção, alterações do jato urinário ou polidipsia.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pediatric Surgery, The Urologic Clinics of America, The Journal of Urology, Journal of Pediatric Surgery, Indian Pediatrics.

Urologia Internationalis, The Australian and New Zealand Journal of Surgery.

## PATOLOGIA

# A PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO EM LOCAIS COM RECURSOS FINANCEIROS PRECÁRIOS

\* Jane Bonilha Sanches

Patologista e Citopatologista da Anatomia Patológica do HB

\*\* Cícero Meneguette

Responsável pela disciplina de Patologia da Funfarme

### RESUMO

Os autores mostram os resultados obtidos no ambulatório de Prevenção do Câncer Ginecológico da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto-SP, no período de dois anos de atividade. As pacientes examinadas são provenientes da área rural vizinha e da área urbana periférica de São José do Rio Preto e outras cidades da região. Os métodos de exame foram a colposcopia, a colpocitologia e a histopatologia. É feita uma análise crítica dos resultados, concluindo-se que a citologia mostra, tomando-se como referência o exame histológico, uma porcentagem de acerto, nos casos suspeitos e positivos, superior àquela obtida pela colposcopia. Os autores preconizam a realização tão somente do exame colpocitológico como método de eleição para a prevenção do câncer ginecológico em locais destituídos de recursos financeiros. As pacientes suspeitas deverão ser submetidas ao exame colposcópico para realização da biópsia.

- 1 - Patologista e Citopatologista da Anatomia Patológica do Hospital de Base - Funfarme
- 2 - Responsável pela disciplina de Anatomia Patológica - Funfarme.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer genital feminino continua sendo a causa de morte de muitas mulheres relativamente jovens. Isto representa um grande prejuízo sócio-econômico, já que estas mulheres são mães de famílias e ou trabalham fora do lar, ajudando na renda mensal, assim aumentando o poder aquisitivo da família.

Desde a criação do colposcópico por Hinselmann (1925), permitindo o conhecimento de elementos básicos para o diagnóstico do câncer do colo uterino, seguida em 1943 pelos estudos citológicos da vacina humana por Papanicolaou (1), a prevenção do câncer vem se aprimorando e sendo usada cada vez em maior escala na população mundial.

Levando estes aspectos em consideração, foi criado juntamente com a Faculdade Regional de Medicina, o Serviço de Prevenção do Câncer do Colo Uterino, do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

O presente levantamento compreendeu os resultados obtidos no período de 15 de julho de 1979 a 15 de julho de 1981, quando foram atendidas 2902 pacientes.

Nosso objetivo maior ao fazer este levantamento foi poder sugerido qual o médico mais visível economicamente de prevenção do câncer ginecológico em nossa região. Lembramos que esta região compreende o sul de Minas Gerais e do Mato Grosso do Sul e do Noroeste de São Paulo.

Com maior nitidez nos dias de hoje, quando por questões administrativas, o INAMPS restringe

bastante os exames subsidiários para esclarecimento diagnóstico, acreditamos que o presente trabalho será de alguma utilidade principalmente para o médico generalista que presta serviços numa comunidade pequena e carente de recursos humanos e tecnológicos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Todas as pacientes com mais de 15 anos que procuraram o Hospital de Base de São José do Rio Preto no período deste levantamento, foram encaminhadas ao Ambulatório de Ginecologia, para exame preventivo, conforme recomenda RIEPER (2). Estas pacientes situaram-se numa faixa etária entre 15 e 75 anos, com maior incidência dos 15 aos 35 anos. Pertenciam em grande parte à população do 4.º estrato (carente absoluto). Eram procedentes das áreas rurais das cidades vizinhas, onde trabalhavam fixas na terra ou volantes (proletárias rurais: assalariadas disfarçadas ou semi-assalariadas, conforme a sua remuneração era feita na medida do mínimo necessário à sua subsistência ou abaixo deste mínimo, condenadas a um padrão de vida miserável. Outras pacientes eram provenientes da periferia urbana de São José do Rio Preto e cidades da região. Estas pacientes pertenciam ao contingente emigratório campo-cidade, que liberadas da economia rural, passaram à condição de ofertantes no mercado de trabalho urbano, com irregularidade de trabalho, desempregadas ou trabalhando parcialmente, com condições precárias de vida, com salários que são o mínimo fisiológico e social necessário à existência ou até mesmo abaixo deste mínimo (3). Uma minoria era proveniente da área urbana central de São José do Rio Preto, tinha emprego fixo e era filiada ao INAMPS.

A rotina de atendimento obedece ao seguinte fluxograma:

- 1.º identificação da paciente (nome, idade, procedência, profissão, cor, estado civil);
- 2.º Anamnese sucinta, dirigida para os aspectos ginecológicos;
- 3.º exame físico ginecológico completo, incluindo colposcopia e colheita de material para exame cito-oncótico);
- 4.º nas pacientes com colposcopia e ou citologia suspeita ou positiva, foi realizada biópsia de colo uterino, sempre dirigida pelo colposcópico.

Os achados colposcópicos foram classificados de acordo com a Nomenclatura Brasileira dos Aspectos Colposcópicos, introduzida por Rieper e Maldonado em 1969 (4).

Os esfregaços foram corados pela técnica de Papanicolaou (5 e 6). Para os diagnósticos citológicos (7), seguimos a orientação clássica estabelecida por Papanicolaou, que divide os esfregaços em classe:

- I. esfregaço normal
- II. esfregaço atípico, sem sinais de malignidade
- III. esfregaço suspeito de malignidade
- IV. esfregaço fortemente suspeito de malignidade
- V. esfregaço positivo para células neoplásicas

Os cortes histológicos foram corados pelo método da hematoxilina-eosina. Os achados histopatológicos (8), foram classificados em:

- 1 - Cervicite crônica
- 2 - Cervicite crônica com hiperplasia da camada basal
- 3 - Displasia leve / moderada / grave
- 4 - Carcinoma epidermóide "in situ"
- 5 - Carcinoma epidermóide Invasivo.

## RESULTADOS

As pacientes que procuraram o Hospital de Base e foram submetidas a exame colposcópico durante o período estudado, somam um total de 2902. Em 2895 casos foi colhido material para exame cito-

oncótico, que apresentou a seguinte distribuição de diagnósticos, de acordo com a classificação de Papanicolaou:

Classe I -	736 (25,41%) pacientes
Classe II -	2908 (72,81%) pacientes
Classe III -	35 (1,21%) pacientes
Classe IV -	5 (0,16%) pacientes
Classe V -	11 (0,37%) pacientes

A frequência de tricomoníase, monilíase e infecção herpética está demonstrada na tabela n.º 1.

Dos 2895 casos com colposcopia e exame citológico, 144 mostraram-se suspeitos à colposcopia (4,97%) e 49 também à citologia (1,69%). A biópsia foi realizada em 126 destes casos, pois 18 pacientes não voltaram ao Hospital, tendo sido perdido o seguimento. Das 126 pacientes em que foi feita a biópsia do colo uterino, 39 foram diagnosticadas como sendo portadoras de displasia ou Carcinoma. Isto nos leva a um "acerto" da suspeição levantada pela colposcopia ao índice de 31,6%, ou seja, **de cada 100 colposcopias suspeitas, o exame histológico, revela a presença de alteração pré - ou cancerosa em 31,6.**

Dos 49 casos suspeitos à citologia, 18 não retornaram, não tendo sido realizada a biópsia. Sobraram 31 casos com biópsia, dos quais 24 mostraram lesão displásica ou cancerosa no colo uterino. Isto confere um índice de 77,4% de acerto na suspeição, ou seja, **de cada 100 exames citológicos suspeitos, 77,4 têm exame histológico confirmando a suspeição.**

Infeção / Classe	Trico- moníase	Moni- líase	Virótica (herpes)
Mat. Insuf.	1	-	-
I	-	-	-
II	348	82	3
III	2	-	-
IV	1	1	-
V	-	-	-

Frequência de tricomoníase, monilíase e infecção pelo vírus herpes-simples distribuída nas diferentes classes citológicas. Um caso de infecção pelo trichomonas hominis não foi classificado citologicamente porque o material presente no esfregaço era escasso. Em seis casos houve coexistência de tricomoníase e monilíase.

## CONCLUSÕES

Após a análise crítica dos dados referidos neste levantamento, concluímos que para efeito de detecção precoce do câncer do Colo Uterino, em nossa região, toda a mulher, independente de sua idade, raça, profissão, etc., deve ser inicialmente submetida ao exame citológico de Papanicolaou. A colheita deve ser a mais completa possível, pois desta depende o diagnóstico.

Somente aquelas cujo diagnóstico citológico for suspeito, fortemente suspeito e ou positivo deverão ser submetidas a exame colposcópico, cuja finalidade indiscutível é a localização da lesão suspeita. Esta área deverá ser biopsiada convenientemente para diagnóstico histológico definitivo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - PERREIRA, C.A. - Colpocitologia e demais citodiagnósticos em ginecologia. 2.<sup>a</sup> ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, Iguassu, 1962. 324p.
- 2 - RIEPER, J. P. - Progressos em patologia cervical: progressos em colposcopia. Partes I e II. J. BRAS. GINEC.1, 89 (3-4): 151 - 166, 223-242, 1980.
- 3 - MELLO, M.C.D. - O "Bóia Fria"; acumulação e miséria. 4.<sup>a</sup> ed. Petrópolis, Vozes, 1976 154 p.
- 4 - SALGADO, Clóvia & RIEPER, J. P - Colposcopia. 3.<sup>a</sup> ed. rev. Rio de Janeiro, FENAME, 1978. 138p.
- 5 - PAPANICOLAOU, G. N. Some improved methods for straining vaginal smears. J. LAB. CLIN. MED., 26:1200, 1941.
- 6 - PANICOLAOU, GN. - A new procedure for staining vaginal smears. SCIENCE, 95: 438, 1942.
- 7 - FONSECA, N.M. - Progressos em patologia cervical, progressos em Citopatologia. J. BRAS. GINEC, 90 (3):119-134, 1980.
- 8 - FONSECA, N.M. - Progressos em patologia cervical; progressos em histopatologia. J. BRAS. GINEC., 89 (5): 275-294, 1980.

## ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR A PACIENTES PORTADORES DO VÍRUS HIV E AIDS: UMA REFLEXÃO SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Denise Maria Pitelli \*

Residente do Serviço de Patologia da Funfarme

Este artigo tem como objetivo descrever alguns aspectos da relação médico-paciente no trato de portadores do vírus HIV e de pacientes com Aids, que foram observados a partir de experiências de um grupo de discussão com internos e residentes de um Hospital-escola. Para isso, faz-se necessário abordar aspectos da doença e da formação médica.

A Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é reconhecida desde 1.979. Desde então, a mesma tem mobilizado esforços da comunidade médica e científica, pois trata-se de uma doença nova, infecciosa, transmissível e letal que foi identificada primariamente em certos grupos de risco e hoje em situações de risco.

Esta tem início pela contaminação do vírus HIV por certas formas de transmissão como pelo contato sexual, por sangue contaminado (transfusões de sangue, uso de seringas contaminadas e, mais raramente, por exposição direta ao sangue infectado) e pela transmissão perinatal, ou seja, transmissão de mães infectadas para seus bebês. Com a contaminação a mesma vai sendo exacerbada por infecções subseqüentes, até evoluir para um quadro de imunodepressão irreversível. Sendo assim, o aparecimento da síndrome é o estágio final de um longo processo (Costa, 1988).

A complexa problemática desta síndrome, ou seja, as repercussões sociais, psicológicas, econômicas e políticas que a mesma traz, bem como as proporções alarmantes com que vem se expandindo, fazem da mesma um dos mais graves e urgentes problemas da saúde pública da atualidade (Moura, 1991). Para o paciente aprender a lidar com a situação da doença, ou seja, saber o que fazer nas próximas vezes, ou o que fazer para evitá-la, é necessário que tenha informações sobre a mesma, sobre os procedimentos médicos utilizados e as formas de prevenção. Porém, o que se observa na relação médico-paciente é que estas informações não se dão de forma eficaz, que tem como uma das causas as discrepâncias de ordem sócio-econômica e cultural entre o médico e sua clientela, pois sabe-se que a população atendida em hospitais-escola é predominantemente de baixa renda sócio-econômica.

Tais questões, somadas à formação médica norteadas por uma prática organicista, onde as patologias dos pacientes muitas vezes são reduzidas ao processo biológico, não levando em conta sua estrutura social e psicológica, trazem certas dificuldades na relação médico-paciente, principalmente com pacientes portadores do vírus HIV e com Aids que trazem juntamente com sua doença, implicações sociais, psicológicas e econômicas.

Porém, tem se observado que a prática médica vem caminhando para uma abordagem interdisciplinar, pensada e realizada com o auxílio de outros profissionais, acrescentando, assim, às causalidades biológicas na análise das etiologias, as de origem psicológica, sociológica e antropológica.

Trabalhar com pacientes com Aids e portadores do vírus HIV significa lidar com o sentimento de desconhecimento que as implicações da doença traz e sentimento de impotência frente a uma doença fatal, contagiosa e, principalmente, sem possibilidade de cura até o momento, fazendo disso uma experiência geradora de angústias que parecem refletir na relação com o paciente, dificultando um contato mais próximo e continente.



Devido a isso, a equipe médica de um Hospital-escola, avaliou a necessidade de uma intervenção junto à equipe de internos e residentes no sentido de propiciar um espaço para a expressão e elaboração de sentimentos inerentes à tarefa de lidar com estes pacientes, o que aconteceu através de grupos de discussão com os mesmos, com a participação de uma psicóloga residente e três assistentes sociais, membros da equipe interdisciplinar da DIP (Doenças Infecto Parasitárias).

Foram observados nestes encontros, fantasias de contágio, preconceitos, sentimentos de raiva e impotência diante das várias reinternações de alguns pacientes e medos que entram em conflito com um forte dever e obrigação que permeia a própria identidade profissional do médico. São tomados por sentimentos ambivalentes que vão desde a empatia com os sofrimentos do paciente e desejo de ajudá-lo, até a ansiedade, ao deparar-se com a questão da morte e limites da ação médica. Foram observados também um desafio e interesse intelectual que o desconhecimento que as implicações da doença propõe.

Os resultados deste trabalho ainda não puderam ser avaliados, visto que o mesmo teve início a pouco tempo.

Vale lembrar que a relação médico-paciente, estabelecida na maioria das vezes, não inclui um contato interpessoal mais próximo com o paciente. Assim, faz-se necessário que a formação do médico inclua um "treino" para lidar com os sentimentos mobilizados neste tipo de relação.

Além disso, é de fundamental importância um trabalho multiprofissional, onde outros profissionais, como por exemplo psicólogos e assistente social, podem auxiliar os membros da equipe a lidar com as reações emocionais inerentes a este trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COSTA, E.A. - Uma experiência de atendimento a pacientes aidéticos a partir da inter-consulta médico psicológica. *Boletim de Psiquiatria*, 21 (1/2):11-15, 1.988.
- MOURA, L. JACQUEMIN. A. Aspectos Psicossociais da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, *Revista de Saúde Pública*, 25(2):159-162. 1.991.

## TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL ESTUDO RETROSPECTIVO DE 142 CASOS

Autor: Sidney Zampieri Junior +

Colaboradores: Alessandra Moreira ++

Fernando Drimel Molina +

Orientador: Dr. Eduardo Carlos Silva +++

### INTRODUÇÃO

A análise da incidência dos diversos tipos histológicos de tumores cerebrais é mais uma aliada no diagnóstico e *modus faciendi* do neurocirurgião, que conta, atualmente, com uma verdadeira avalanche de imagens diagnósticas, tais como a tomografia computadorizada de última geração, ressonâncias magnéticas e o ascendente ultra-som intra operatório.

A patogênese dos tumores cerebrais é em grande parte desconhecida, embora os fatores genéticos pareçam ser importantes em tumores como hemangioblastomas, neurofibromas e alguns gliomas. Os tumores intracranianos diferem dos sistêmicos em diversos aspectos, entre eles o de que os tumores neuroectodérmicos primários infiltram o cérebro, enquanto que os tumores metastáticos secundários são parcialmente encapsulados.

Quanto à proporções, temos que os tumores cerebrais constituem quase 10% de todos os tumores benignos e malignos que requerem hospitalização para remoção cirúrgica, e quase 1% de todas as mortes, são causadas por neoplasias intracranianas primárias. Cerca de 70% de todos os tumores de adultos são supratentoriais, isto é, na fossa média ou anterior, enquanto 75% dos tumores da infância ocorrem na fossa posterior; ainda, 15% das mortes por câncer sistêmico estão diretamente associadas a metástases para o sistema nervoso, principalmente a partir de tumores primários no pulmão, mama, rim e melanomas malignos, pela ordem.

O objetivo deste trabalho é realizar uma análise dos tipos histológicos de tumores cerebrais mais incidentes na região na região de São José do Rio Preto - SP.

### MATERIAL E MÉTODOS

Revisão do resultado histopatológico de material ouvido para análise, proveniente de 142 cirurgias de tumor cerebral realizadas pela equipe de neurocirurgia do Hospital Austa (entre 1989 e 1992) e Hospital de Base (1992), ambos de São José do Rio Preto-SP, abrangendo um grupo de indivíduos com idade mínima de 9 meses e máxima de 75 anos.

Analizamos os resultados de biópsias de congelação com confirmação pela análise de inclusão em parafina, do material tumoral proveniente de 142 cirurgias selecionadas. O estudo do material foi feito dividindo-se em 3 grupos: neoplasias primitivas, infiltrações e metástases tumorais. A respeito das infiltrações, consideramos os dois casos de osteossarcoma com invasão de massa cerebral e ainda, quanto às metástases, somente aquelas provenientes de tumor primário à distância, não sendo consideradas distinções entre as diferentes fontes primárias dos tumores metastáticos. A classificação dos tumores utilizada foi a de K.J. Zülch, perfilhada pela OMS, que satisfaz igualmente a neurologistas, cirurgiões, radiologistas, cancerólogos e até estatísticos, embora não esteja ao abrigo de críticas, pois tabula entre os neoplasmas as más-formações vasculares, além de não especificar com clareza o índice de malignidade, entretanto, foi a que pareceu moldar-se melhor ao nosso estudo.

## RESULTADOS

A incidência dos vários tipos de neoplasias analisadas (tabela 1) revela que 91,5% eram primitivos, variando entre 9 meses e 75 anos, estando a grande maioria dos casos compreendida após os 26 anos de idade. Os tumores metastáticos compreenderam 7% do total de casos analisados, sendo mais incidentes após os 50 anos de idade. A terceira subdivisão feita foi a relacionada à extensão local de tumores regionais, tendo os dois casos, analisados a idade média de 40,5 anos, conforme observado na tabela 2.

1) **Neoplasias Primitivas:** Encontramos uma incidência de 35,2% de tumores provenientes de tecido neuroepitelial, com expressivo predomínio do glioblastoma (19,7%) em pacientes com idade média de 45,2 anos e sem distinção considerável de incidência quanto ao sexo; quanto aos tumores provenientes de bainha de nervos (4,9%), foram analisados casos de neurinoma de acústico (6 casos) e neurofibroma (1 caso). Entre os tumores originários das meninges e tecidos afins, como era esperado, o meningioma foi o mais incidente, representando 22,5% do total de casos analisados neste trabalho, estando a idade média dos pacientes na faixa de 50,7 anos, e sem distinta inclinação quanto ao sexo. Entre os representantes dos tumores provenientes de má-formações e lesões pseudotumorais foi observada uma incidência de 12,6% ao passo que daqueles provenientes do lobo anterior da hipófise (tendo como único representante, em nosso estudo, o adenoma hipofisário) representou 9,1% dos nossos casos. Quando consideramos os tumores primitivos do Sistema Nervoso Central separadamente daqueles por infiltração tumoral, metastáticos e não classificados (tabela 2), encontramos-os em uma proporção de 87,1%.

2) **Infiltração Tumoral:** Dentre as lesões tumorais do Sistema Nervoso Central por extensão local de tumor regional, tivemos 2 casos de osteossarcoma (1,4%), sendo ambos do sexo masculino e com idade média de 40,5 anos.

3) **Tumores metastáticos:** Desconsideradas distinções entre os diferentes tipos de massas metastáticas, encontramos-os na proporção de 7% de todos os casos analisados e como esperado, em uma faixa etária relativamente elevada (55,7 anos).

4) **Neoplasias não Classificadas:** Estiveram presentes na proporção de 4,2% dos casos estudados.

## DISCUSSÃO

A amostragem selecionada para o presente estudo, permitiu evidenciar relativa semelhança entre os dados de literatura especializada e aqueles por nós obtidos. Observamos, entretanto, alguns dados adversos, como o adenoma hipofisário que, em nosso estudo apareceu com uma frequência de 9,1%, cerca do dobro do que traz a literatura, o meningioma, no entanto, esteve próximo das estatísticas gerais, que o trazem como correspondendo a 15% de todos os tumores cerebrais, sendo que encontramos a incidência de 22,5%. Também não encontramos distinção considerável na incidência entre os sexos, relativamente ao glioblastoma, quando o esperado seria o nítido predomínio no sexo masculino. Um outro dado importante é a relativa baixa frequência de tumores metastáticos encontradas (7%), quando, segundo W. Scheid, corresponderia a mais ou menos 24% de todos os tumores cerebrais diagnosticados, já que estima-se que cerca de 18% dos pacientes com câncer desenvolvem metástases intracranianas em algum estágio daquela doença.

A nosso ver, torna-se imperativo o relacionamento constante dos estudos referentes à incidências de neoplasias do Sistema Nervoso Central com os métodos e técnicas diagnósticas, bem como com as técnicas cirúrgicas adequadas a cada caso.

**TABELA 1**

**CORRELAÇÃO DE TUMORES POR INFILTRAÇÃO REGIONAL, METASTÁTICOS E PRIMITIVOS DO S.N.C. COM RELAÇÃO À FAIXA ETÁRIA E SEXO**

TIPOS DE TUMOR	N.º CASOS	%	N.º DE CASOS PELA FAIXA ETÁRIA					SEXO	
			< 1	1-10	11-25	26-50	> 50	M	F
								N. Casos	N. Casos
PRIMITIVOS DO S. N. C.	130	9,15	1	16	21	47	73 = 51%	57 = 40%	
METASTÁTICOS	10	7					7 = 5%	3 = 2%	
INFILTRAÇÃO REGIONAL	2	1,4		1	2	7		2 = 1,4%	
TOTAL:	142								

**TABELA 2**

**INCIDÊNCIA DE NEOPLASIAS DO S.N.C. COM RELAÇÃO À FAIXA ETÁRIA E SEXO**

TIPOS DE TUMOR	N.º CASOS	%	IDADE EM ANOS (MÉDIA)	SEXO	
				M N. Casos	F N. Casos
<b>PRIMITIVOS</b>					
1) De Téc. Neuropiteliai	50	32,5			
astrocitoma	13	9,1	28	9	4
ependinoma	7	4,9	25,4	4	3
pinealoma	1	0,7	25	1	0
neuroblastoma	1	0,7	14	1	0
glioblastoma	28	19,7	45,2	15	13
2) De bainha de Nervos	7	4,9			
neurinoma de acústico	6	4,2	51,5	2	4
neufibroma	1	0,7	30	1	0
3) Das Meningues e Tecidos Afins	344	23,9			
meningeoma	32	22,5	50,7	17	15
sarcoma meníngeo	1	0,7	20	0	1
melanoma primitivo	1	0,7	9	0	1
4) De Vasos	2	1,4			
hemangioblastoma	2	1,4	34	2	0
5) De Malformações e Lesões Pseudotumorais	18	12,6			
cisto III ventrículo	5	3,5	22,8	3	2
cisto IV ventrículo	8	5,6	34,8	5	3
cisto dermóide	1	0,7	3	0	1
lipoma	4	2,8	12,7	3	1
6) Do Lobo Ant. da Hipófise	13	9,1			
adenoma hipofisário	13	9,1	44,8	6	7
<b>INFILTRAÇÃO TUMORAL</b>					
1) Extensões Locais de Tumores Regionais	2	1,4			
osteossarcoma	2	1,4	40,5	2	0
<b>METASTÁTICOS</b>					
1) De Tumores Primários Distantes	10	7			
	10	7	55,7	7	3
<b>NÃO CLASSIFICADOS</b>					
	6	4,2			
	6	4,2	21,5	5	1
TOTAL	142				

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANTUNES, A.C.M.; COUTINHO, L.M.B. & SIMÕES, M.S.: Hipófise Granulomatosa; Relato de Caso e Revisão de Literatura. *J Bras Neurocirurg* 3 (3):91-96. Jul/Set. 1992.
2. CAMBIER, J.: Manual de Neurologia. 2.<sup>a</sup> Ed. Masson, 1988. pp. 403-417
3. COSTA, A.L.: Colóquios Neurológicos. 1.<sup>a</sup> Ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991. vol. 2, pp 1542-1546.
4. EPELMAN, S.: Tratamento dos Tumores Primários do Sistema Nervoso Central. Estado Atual e Propostas. *Oncol Atual*. 3(4): 136. 1992.
5. FERNANDES, V.S.O.: BISI, H.; CAMARGO, R.Y.A.; FILHO, A.L.; FERNANDES, M.O. & ALVES, V.A.F.: Análise retrospectiva da incidência de neoplasias supratentoriais na linha mediana em crianças e jovens: craniogaringiomas, neoplasias da hipófise e pineal. *Rev. paul med.* 108 (2): 71-77. mar/abr., 1990.
6. KRUPP, M.A.: Diagnóstico e Tratamento, 2.<sup>a</sup> Ed. São Paulo, Atheneu, 1987, pp. 797-802.
7. PORTUGAL, J.R.; TEMPONI, G.; ALENCAR, A. & SWEET, E.W.S.: Calcified and ossified meningiomas. *Rev. bras neurol*, 26(6): 173-178, 1990.
8. ROBBINS, S.L.: Patologia Estrutural e Funcional: 4.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991, pp 1168-1169, 1176.
9. RODRIGUES, F.F.; ANDRAUS, C.F.; SILVA, M.R.; TEMPONI, G.M.: A exoftalmia unilateral nos processos expansivos orbitários e intracranianos. *Rev. bras neurol*, 27(5): 153-159, 1991.
10. SCHMIDEK, H.H.: Operative Neurosurgical Techniques, 2.<sup>a</sup> Ed. USA, W.B. Saunders Company, 1988, pp 451-462.
11. SCHWARTZ, S.I.: Princípios de Cirurgia, 5.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991, vol 2, pp. 1542-1546.
12. SOUZA, J.M. & ESPERANÇA, J.C.: Ultra-som intra operatório em neocirurgia. *Rev. bras neurol*, 28 (6) : 173 - 177, 1992.
13. ZULCH, K.J.: Tipos Histológicos de tumores del sistema nervioso central, 1.<sup>a</sup> Ed. Genebra, OMS, 1979. pp 1528, 47-71.

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

\* Os artigos devem ser enviados ou diretamente entregues na Secretaria do Centro Acadêmico 27 de Outubro - Avenida Faria Lima, 5464 e devem sujeitar-se a aprovação do Conselho Editorial segundo normas pré-estabelecidas.

\* Todos os artigos deverão ser escritos em português; a publicação em outros idiomas só será aceita em casos de autores estrangeiros, não residentes no país.

\* Os artigos que não apresentarem mérito ou valor científico, ou que tenham erros significativos de metodologia, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso.

\* O conselho se reserva o direito de realizar adaptações ao estilo da revista e corrigir eventuais erros gramaticais, de grafia, de datilografia e bibliográficos, bem como de língua portuguesa.

\* Os artigos deverão ser inéditos e acompanhados de uma declaração, assinada por todos os autores, de que o artigo não foi publicado na íntegra nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, assim como o endereço e o telefone do autor responsável para fins de correspondência e contatos.

\* Não serão aceitos artigos com fins comerciais.

\* A HB Científica aceita artigos originais de Pesquisa básica ou de investigação clínico-cirúrgica. Aceitam também, temas de Revisão e Atualização, apresentação de casos, novos métodos e cartas à Redação. Os artigos originais devem ser enviados em duplicata, datilografados em papel ofício.

### ORIENTAÇÃO E APRESENTAÇÃO

Os artigos deverão ser acompanhados, obrigatoriamente, da identificação completa da instituição onde o trabalho foi realizado e o nome e título dos autores. As legendas das ilustrações e das tabelas devem ser datilografadas em folhas separadas do texto. As ilustrações devem ser de boa qualidade, em preto e branco, e conter no seu verso o n.º correspondente e os nomes dos trabalhos e do autor. O n.º de ilustrações não deve ultrapassar o espaço correspondente a 1/4 do tamanho do artigo. O redator, de comum acordo com os autores, poderá reduzir o n.º de ilustrações e tabelas apresentadas.

As indicações bibliográficas deverão ser feitas no texto pelo sobrenome do autor, seguido da data de publicação entre parênteses e, no final do artigo, em listagem pela ordem alfabética de autor, conforme norma padrão.

As abreviaturas dos periódicos serão feitas de acordo com o Index Medicus ou, se o periódico não constar desse Index, de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABTN.

Os artigos serão aceitos com as seguintes recomendações: Não ultrapassar 3 folhas datilografadas e no máximo 4 autores, o n.º de referências bibliográficas não deve exceder a 7.

**Cartas à redação:** serão considerados os comentários e sugestões relacionados a matéria publicada anteriormente ou a algum tema médico de interesse, a critério do Conselho Editorial.