

Médica

REVISTA

Hospital São Vicente de Paulo — Passo Fundo — RS



HOSPITAL**SÃO VICENTE DE PAULO****Presidente**

Felice Sana

Vice-Presidente

Plínio Grazziotin

1º Secretário

Adão Hugo Medina

2º Secretário

Cláudio Chiaradia

1º Tesoureiro

Dionísio Tedesco

2º Tesoureiro

Paulo Dalla Nora

Diretor Médico

Dr. Rudah Jorge

Chefe de Enfermagem

Ir. Carmelina Pelegrini

Administrador

Bel. Ilário Jandir de David

**Editores Associados***Dr. Claudio Albano Seibert*

CREMERS 6192

Dr. Diógenes Luiz Basegio

CREMERS 11.695

Conselho Editorial:*Dr. Cesar Pires*

CREMERS 14.929

Dr. Glênio Spinato

CREMERS 15.627

Osvandré Luis Lech

CREMERS 10.113

Dr. Sérgio R. Fuentesfria

CRF-RS 2060

Jornalista Responsável*Bel. Paulo Cesar Rigon*

Reg. MTB/RS 6071

Tradução*Prof. Juan Pedro Ottenstein***Endereço:***Rua Teixeira Soares, nº 808**Cx. P. 33 - Passo Fundo - RS.***Composição e Impressão:**

Gráfica e Editora Berthier

Tiragem: 1.300 exemplares, com circulação dirigida e distribuição gratuita.

Editorial

O início da década nos mostra desafios futuros.

Existe déficit de saúde. Existe déficit de abastecimento. Existe déficit de moralidade.

A hora é de remodelação dos padrões deficitários. Pequenas labaredas almejam se transformar em tochas ardentes.

Nesse ímpeto de chegar, nessa nova esperança procuramos criar nosso novo espaço.

Em todos os cantos do planeta surgem novas luzes. Não podemos ficar alheios a esses fatos. Precisamos ficar juntos para não estarmos sob a ameaça de nos afastar e cair nas trevas.

Os Editores

Índice

-
- 02** *Instruções aos Autores*
-
- 04** *Câncer de Mama – Experiência do IGOPAM*
-
- 07** *Atendimento ao Recém-nascido Meconiado na Sala de Parto*
-
- 09** *Leiomiomatose Múltipla: Relato de um caso*
-
- 12** *Mumificação e Plastificação da Estrutura Anatômica do Pé*
-
- 14** *Análise das Internações pós Gastroenterite na Unidade de Pediatria*
-
- 16** *Estado de Mal Epilético*
-

Instruções aos Autores

A Revista Médica do Hospital São Vicente de Paula publica artigos enviados espontaneamente ou por solicitação dos editores e aprovados pelo Conselho Editorial e que expressam prioritariamente a produção científica na área médica em nosso Hospital. Estruturam suas edições com conteúdos de aplicação prática da medicina e de utilidade na rotina diária da maioria dos que a recebem, além dos conteúdos de ciências básicas que sejam relevantes e relacionados à prática médica. As afirmações contidas nos trabalhos são da responsabilidade dos autores.

As instruções técnicas de preparo do artigo são baseadas nas recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Intern Med* 1988; 108:258-265).

Os trabalhos deverão ser datilografados em papel branco, tamanho ofício, espaço duplo, apenas um lado da folha, mantendo-se uma margem de 25mm em todos os lados. Deverão ser enviados o original e uma cópia xerográfica em um envelope grosso, sem dobras. Recomenda-se a proteção de papelão, sobretudo para fotografias. As páginas deverão ser numeradas no canto superior direito a começar pela página título, arrumadas na seguinte ordem: página título; página da sinopse e do "abstract" (incluindo os unitermos); texto; página de agradecimentos; referências bibliográficas; tabelas; figuras; legendas. Cada uma das seções deverá ser iniciada em página separada. Os trabalhos que não se ajustem a estas diretrizes não serão aceitos. Os autores devem manter cópias de todo o material enviado.

Página Título: deverá conter as seguintes informações: um título conciso e informativo; primeiro nome e sobrenome principal por extenso, com inicial do sobrenome secundário dos autores; instituição onde se realizou o trabalho; *não deve constar a titulação dos autores*; nome de um autor com endereço e telefone para correspondência e para pedido de separatas; título abreviado que não exceda 40 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras (repetir nas páginas subsequentes).

Sinopse e "Abstract": a sinopse deverá ser apresentada em único parágrafo de não menos que 100 e não mais que 150 palavras. A sinopse deverá ser informativa trazendo, nos artigos originais, o objetivo, a metodologia, os resultados e as conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes do estudo. Afirmações como "os resultados são discutidos", "etc...", não devem ser utilizadas. Em artigos de revisão, os achados mais importantes da revisão devem ser apresentados, evitando frases como "os autores revisaram o tema". Deve ser

evitado o uso de abreviaturas na sinopse. O "abstract" deve ser uma tradução correta da sinopse para a língua inglesa, devendo trazer também o título do trabalho e os unitermos em inglês.

Unitermos: Forneça ao final da sinopse uma lista de 3 a 10 palavras ou frases curtas, que identifiquem os temas revisados com vistas à indexação. Procure utilizar termos listados pelo Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), editado anualmente pela BIREME/OPAS/OMS, São Paulo.

Texto do Artigo Original: a organização costumeira de um artigo original inclui Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão. Evite parágrafos muito curtos (2 ou 3 linhas) e procure reunir uma linha de pensamento em um único parágrafo. Não use notas de rodapé. A introdução deve apresentar os motivos que levaram o autor a realizar a pesquisa, dentro do contexto da situação atual do tema na literatura. No parágrafo final da Introdução o objetivo do trabalho deve ser claramente apresentado. A seção de Material e Métodos deve descrever precisamente a população ou amostra estudada e os métodos, de forma a que eles possam ser reproduzidos. Quando utilizando métodos já descritos na literatura, citar a referência original e descrever sumariamente o procedimento realizado. Os métodos estatísticos utilizados devem ser citados no último parágrafo da seção. Os Resultados devem ser apresentados com a utilização de Figuras e Tabelas, sem repetição de informação em formas diferentes de apresentação. A Discussão é a parte mais importante do texto, devendo apresentar a comparação dos resultados com os de outros autores, as limitações do estudo, os aspectos originais do trabalho, suas implicações clínicas e para o entendimento do tema. No último parágrafo da discussão as conclusões podem ser apresentadas, procurando sempre responder ao objetivo definido na Introdução.

Texto de Artigo de Revisão: a organização costumeira de um artigo de revisão inclui uma introdução, o desenvolvimento do tema e as conclusões. A introdução deverá conter a apresentação do tema e os objetivos do artigo. Se indicado, identifique o grupo de leitores para o qual o artigo foi preparado.

O desenvolvimento do tema deverá tratar dos diversos aspectos do assunto, buscando achados controversos na literatura. Evite a descrição pura e simples da literatura, tentando apresentar sua interpretação dos artigos experimentais estudados. Critique a metodologia dos trabalhos e procure posicionar-se quando for apropriado. Utilize subtítulos que identifiquem as diversas áreas ou assuntos revisados. Evite parágrafos muito curtos (2 ou 3 linhas) e procure reunir uma linha de

pensamento em um único parágrafo. Não use notas de rodapé. As conclusões deverão apresentar sinteticamente os achados mais importantes da revisão, ressaltando os aspectos de aplicação prática para o grupo de leitores para o qual o trabalho foi escrito. Áreas para desenvolvimento de estudos futuros devem ser identificadas.

Agradecimentos: indivíduos ou instituições que contribuíram significativamente ao preparo do trabalho são identificados nesta seção. Permissão para o uso do nome destes indivíduos deve ser obtida, pois os leitores podem inferir que a citação destes nomes implica concordância com as opiniões contidas no artigo. Verbas de suporte à pesquisa devem ser reconhecidas nesta seção.

Referências Bibliográficas: trabalhos publicados citados no texto deverão ser numerados entre parênteses, uma referência para cada número ordenados conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as referências listadas deverão ser citadas no artigo. Citações como "comunicação pessoal", "dados não publicados" deverão ser evitadas ao máximo e não serão incluídas na lista de referências. Também deve ser evitada a citação de resumos publicados, a menos que sejam muito recentes e constituam a única fonte de referência do assunto. Conferências e trabalhos apresentados em congressos mas não publicados não devem ser citados. Artigos aceitos para publicação mas ainda não publicados poderão ser citados colocando, entre parênteses, o termo "no prelo". Informações de artigos submetidos à publicação mas ainda não aceitos devem ser citados no corpo do texto como "observações não publicadas" (entre parênteses). Todas as informações objetivas incluídas no artigo deverão ser acompanhadas da referência original correspondente. Os seguintes modelos devem ser seguidos:

Referências de Revistas:

1. Camargo JJ, Moreira JS, Schneider A. Manifestações clínicas do carcinoma brônquico. Revista AMRIGS 1987; 31:173-6.

O nome do periódico deve ser abreviado segundo a edição do List of Journals do Index Medicus (publicada anualmente na edição de janeiro do Index Medicus), ou segundo o Index Medicus Latino-Americano, mas revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados. Liste todos os autores até 6; se forem 7 ou mais, liste os 3 primeiros e adicione et al. Se não é citado o autor, indique "anônimo".

Referências de Resumos:

1. Chua W, Roth H, Summers C, Zheutlin TA, Kehoe RF. Programmed stimulation versus ambulatory monitoring for therapy of malignant arrhythmias. Circulation 1983; 111:55, resumo.

Referências de Livros:

1. Barber JH, Boddy FA. Prática médica geral. Trad. Comissão de Avaliação do Programa de Avaliação

Médica da AMRIGS. Porto Alegre: Editora AMRIGS, 1980.

No caso de livros após a primeira edição esta é indicada antes do local de publicação.

Referências de Capítulos de Livros:

1. Howie JGR. Doenças respiratórias. In: Barber JH, Boddy FA, eds. Prática médica geral. Trad. Comissão de Avaliação do Programa de Avaliação Médica da AMRIGS, Porto Alegre: Editora AMRIGS, 1980:26-42.

Tabelas: algarismos arábicos deverão ser usados para a numeração das tabelas, na ordem de aparecimento no texto. Cada tabela deverá ter um cabeçalho breve. Coloque explicações em notas de rodapé. As tabelas não deverão duplicar o material do texto ou das ilustrações. Em artigos de revisão recomenda-se utilizar tabelas para resumir achados da literatura obtidos por diversos investigadores. Linhas horizontais deverão ser traçadas apenas acima das tabelas, logo abaixo dos títulos das colunas e abaixo da tabela. Não deverão ser utilizadas linhas verticais. Se necessário, espaços entre as colunas deverão ser usados ao invés de linhas verticais.

Ilustrações: deverão ser referidas como Figuras e, para a numeração de todas as Figuras, deverão ser usados algarismos arábicos na ordem de aparecimento no texto. As figuras deverão ser desenhadas ou fotografadas de modo profissional, como aparecerão na Revista. As legendas contendo títulos e explicações para as Figuras deverão ser datilografadas em uma folha separada. As Figuras deverão ser fornecidas em duplicatas, incluídas em envelope separado, tendo um papelão do mesmo tamanho para protegê-las. Não use clips ou grampeadores para uni-las, não escreva nas figuras, nem as amasse ou dobre. Cada figura deverá ser impressa em papel lustroso, em dimensões de 18 por 12cm, de forma que a imagem fique clara após a redução para publicação. Atrás das figuras deverá ser escrito a lápis ou em etiqueta adesiva o nome do primeiro autor, o título reduzido, uma seta indicando a posição correta da figura e o número da figura. Quando as fotos incluírem o rosto de um paciente sua identidade deverá ser mascarada apropriadamente, ou então uma carta com a permissão expressa do paciente deverá acompanhar as mesmas. A área ocupada pelas Figuras não deverá exceder um quarto da área total ocupada pelo artigo; acima desta proporção os custos adicionais deverão ser pagos pelos autores. Ilustrações coloridas terão seu custo coberto pelos autores e requerem combinação prévia com os editores.

Provas: os autores receberão as provas gráficas para revisão antes da publicação. Apenas modificações mínimas serão aceitas nesta fase, corrigindo erros de impressão (48 horas para revisar).

Câncer de Mama - Experiência do IGOPAM

Diogenes Luiz Basegio
Glênio Spinato
Ney Basegio

Os autores salientam sua conduta no tratamento do Carcinoma mamário, enfocando os aspectos epidemiológicos, o tipo tumoral, a conduta terapêutica e o follow-up das pacientes do IGOPAM (Instituto de Ginecologia-Obstetrícia e Patologia Mamária). Foram selecionadas 64 pacientes portadoras de carcinoma de mama. A maioria delas apresentou tumor superior a 5cm no seu diâmetro, com axila positiva. O tipo histológico mais encontrado foi o carcinoma ductal infiltrativo e 51 pacientes não tiveram recidiva, ainda, após o tratamento. A mastectomia radical foi o procedimento mais realizado e a quimioterapia predominou como tratamento complementar.

UNITERMOS: CÂNCER DE MAMA

Durante o período de abril de 1986 a junho de 1989, foram selecionadas 64 pacientes portadoras de Carcinoma Mamário do Instituto de Ginecologia Obstetrícia e Patologia Mamária (IGOPAM).

Todas elas obedeceram à um rigoroso estadiamento tumoral e em seguida, ao tratamento preconizado para cada caso em especial. Foram, em sua grande maioria, operadas, realizando posteriormente e quando necessário, a complementação terapêutica. O follow-up das pacientes apresentou um dado de significativa importância, ou seja, 51 pacientes não apresentaram recidiva do tumor original.

Somente em um caso foi necessário a realização de Mastectomia Radical Bilateral e em 2 ocasiões a palpação de nódulo supraclaviculares foi observada.

A tabela I mostra a distribuição das pacientes conforme a faixa etária.

O maior contingente de pacientes apresentava idade entre 40-60 anos, com predomínio da 5ª década.

Também nessa mesma época houve um ligeiro predomínio da idade em que ocorreu a menopausa. (Tabela II)

IDADE	PACIENTES	%
30 - 40	5	7,8
40 - 50	19	29,7
50 - 60	21	32,8
60 - 70	14	21,9
> - 70	5	7,8
TOTAL	64	100

TABELA I - IGOPAM

MENOPAUSA (ANOS)	PACIENTES	%
< - 40	4	6,3
40 - 45	5	7,8
45 - 50	21	32,8
> - 50	15	23,4
MENSTRUAM	19	29,7
TOTAL	64	100

TABELA II - IGOPAM

Observe que um terço das pacientes tratadas ainda menstruavam.

Com relação ao tamanho tumoral, 95,3% das pacientes apresentavam tumor ao exame clínico e semiológico (Tabela III)

Os tumores maiores que 5cm apareceram em 37,5%, e 3 pacientes não tinham evidência de tumor à palpação (1 delas apresentava microcalcificações).

No estadiamento clínico, observou-se que 35 pacientes apresentavam linfonodos axilares palpáveis e em apenas 2 casos confirmou-se a presença de linfonodos supraclaviculares. A distribuição das pacientes pelos diversos estádios clínicos é vista abaixo.

Nos 6,3% estão incluídos os casos de carcinoma "IN SITU" ou aquelas pacientes sem evidência tumoral.

A maior parte delas (45,3%) está enquadrada no estágio clínico II e em segundo lugar o estágio III (23,4%).

Levando-se em conta o tipo histológico tumoral, a distribuição é a que se segue (Tabela V).

O carcinoma ductal infiltrativo foi o mais encontrado no exame anátomo-patológico e, dentro de seus subtipos, o não-especificado foi o de maior percentual, com 41 casos.

Na escolha do procedimento cirúrgico mais adequado para cada caso, foram levados em conta o estadiamento clínico, as condições cirúrgicas e as patologias intercorrentes das pacientes. Conforme se observa no quadro adiante, as cirurgias radicais tiveram uma grande predominância sobre o tratamento conservador. Este fato também se deve à presença de tumores superiores a 5cm na sua maioria. Em uma paciente foi realizado a Mastectomia do tipo Halsted Bilateral e em 3 casos não houveram condições cirúrgicas para o tratamento (os tumores já eram inoperáveis).

Após o procedimento cirúrgico o tratamento complementar, nos casos em que este era indicado, era feito a Quimioterapia, Radioterapia, hormonioterapia.

Em 20 casos o tratamento complementar não foi necessário. (Tabela VIII)

Em relação à hormonioterapia, o fármaco mais usado foi o tamoxifeno. As pacientes foram reavaliadas sempre após 30 dias de cirurgia e nos meses subsequentes. Na vigência de secreção ou sangramento excessivo trans-opera-

TUMOR CM	PACIENTES	%
1 - 2	8	12,5
2 - 3	5	7,8
3 - 4	11	17,2
4 - 5	13	20,3
> - 5	24	37,5
SEM TUMOR	3	4,7
TOTAL	64	100

TABELA III - IGOPAM

ESTÁDIO	PACIENTES	%
I	7	10,9
II	29	45,3
III	15	23,4
IV	9	14,1
OUTROS	4	6,3
TOTAL	64	100

TABELA IV - IGOPAM

TUMOR	CASOS	%
Intraductal	2	3,1
Ductal Infiltrativo	56	87,5
Inflamatório	3	4,8
Paget	2	3,1
Outros	1	1,5
Total	64	100

TABELA V - IGOPAM

CARCINOMA DUCTAL INFILTRATIVO		
SUBTIPOS	CASOS	%
MEDULAR	5	8,9
TUBULAR	1	1,8
CIRROSO	8	14,2
NAO-ESPECIFICADO	41	73,3
OUTROS	1	1,8
TOTAL	56	100

TABELA VI - IGOPAM

tório, eram mantidos com drenagem contínua (Port-o-vac), por um período de 8 dias. Em apenas 2 casos foi observada a presença de infecção cirúrgica. Não houveram recidivas em 51 pacientes até o momento. As metástas-

ses ocorreram em 13 casos e a recidiva local em apenas 4 casos. Durante este período foram registrados 10 óbitos, todos eles devidos ao câncer. Destes, 3 pacientes foram consideradas com estágio IV e com tumores inoperáveis.

CONCLUSÃO

O carcinoma mamário é uma entidade que, em nosso levantamento, acometeu as pacientes com faixa etária entre 40-60 anos e as mulheres que apresentavam menopausa entre os 45-50 anos.

Em relação ao tamanho do tumor encontrado, os cânceres com dimensões superiores a 5cm foram os predominantes. A adenopatia axilar ipsilateral esteve presente na maior parte dos casos e em apenas 2 deles os linfonodos supraclaviculares foram palpados.

O estágio clínico II apareceu em quase metade das pacientes e a técnica de madden foi a mais empregada, juntamente com a técnica de Halsted, devido exatamente à grande dimensão dos tumores.

Do ponto de vista anátomo-patológico, pode-se evidenciar que o carcinoma ductal infiltrativo foi o mais comum. As pacientes que realizaram tratamento complementar procuraram a quimioterapia na maioria das vezes.

Durante este período, 10 pacientes tiveram óbito por/ou em consequência do carcinoma. Mas, 79,6% delas até o momento não apresentaram recidiva.

Ainda, o carcinoma inflamatório e a doença de Paget da mama foram observados em 3 e 2 casos respectivamente ●

CIRURGIAS	CASOS	
RADICAL	HALSTED	18
	PATEY	14
	MADDEN	18
QUADRANTECTOMIA	6	
TOTAL SIMPLES	3	
SETORECTOMIA	1	
TUMORECTOMIA	2	

TABELA VII - IGOPAM

TRATAMENTO	CASOS
Radioterapia	9
Quimioterapia	22
Radioterapia + Quimioterapia	9
Hormonioterapia	11
Não realizado	22

TABELA VIII - IGOPAM

SUMMARY

The authors describe their procedure in the treatment of breast cancer, given emphasis to epidemiologic aspects, tumour pattern, therapeutic behaviours and follow-up of these patients. It was chosen sixty-four patients with breast cancer. The majority exhibit tumour, higher than five centimeters, with positive axillary nodes. The majority of histologic type found was invasive ductal carcinoma and 51 patients are free of relapse, yet. The Radical Mastectomy was the more frequently procedure carried out and chemotherapy was used by adjuvant systemic therapy. The bilateral Radical Mastectomy was carried out only in one patient.

BIBLIOGRAFIA

1. DONEGAN, W. L. & SPRATT, J. S. *Câncer de Mama 2ª Ed.*, Panamericana, Argentina, 1982.
2. HAAGENSEN, *Enfermidades de La Mama 3ª Ed.*, Panamericana, Argentina, 1987.
3. URIBURU, J. V y Cols. *La Mama - Patologia Mamária. V. 2, Ed.*, Lapez Libreros Editores, Argentina, 1983.

Atendimento ao Recém-Nascido Meconiado na Sala de Parto

Rudah Jorge
Luiz A. Ecker
Cleusa Rocha
Yane T. Mores
Lúcia P. Laimer
Sandra Laimer

Durante o período de 04 anos e meio (Janeiro/85 a Jun/89) foram atendidos 307 RN meconiados. Destes, 105 admitidos na CTI PED. do HSVP, provenientes da maternidade do mesmo (65 recém-natos), e 40 recém-natos de hospitais da região. No mesmo período foram atendidos 202 RN pelos autores, na sala de parto do HSVP, usando a técnica preconizada por Gregory et. all.

Faz-se um estudo comparativo entre esses dois grupos de pacientes, atendidas as complicações na CTI PED. e de forma preventiva na sala de parto respectivamente. Mostraremos comparativamente a morbidade, mortalidade e seqüelas entre esses dois grupos de Recém-natos.

UNITERMOS: RECÉM-NASCIDO
MECONIADO

MATERIAL E MÉTODOS

No período de 4 anos e seis meses foram atendidos na CTI PED. do HSVP, 105 recém-natos a termo (Capurro), sendo 65 procedentes da maternidade do Hospital, 40 recém-natos procedentes de Hospitais da região para tratamento das complicações da anóxia neonatal.

No mesmo período foram atendidos na sala de parto da maternidade do HSVP, pelos autores do presente estudo comparativo, 202 RN a termo meconiados. A técnica usada pelos autores foi a preconizada por Gregory et. all. (3)

a) Aspirar as vias aéreas superiores tão logo o RN for extraído do útero, antes que faça as 1^{as} incursões respiratórias.

b) Se tiver mecônio na traquéia aspirar o mecônio com sonda nº 10 sob visualização laringoscópica.

c) Se a criança já chorou e respirou, intubar imediatamente, aspirando o mecônio presente na traquéia, fazendo lavado brônquico e fisioterapia respiratória.

d) Extubar o RN quando assumir os movimentos respiratórios, rosado, com ausculta pulmonar adequada, necessitando baixa FiO₂ (< 40%).

* Equipe da CTI Pediátrica do Hospital São Vicente de Paulo, Teixeira Soares, 808 - Passo Fundo - RS.

RESULTADOS

Nos 105 recém-natos a termo meconiados atendidos na CTI PED tratamos as complicações decorrentes da aspiração meconial e conseqüências secundárias, observando-se:

a) **Broncopneumonia Aspirativa** - Observada em 83 recém-natos, conforme laudo radiológico, classificada em moderada - 10 casos, grave ou maciça em 73 casos. A ventilação mecânica foi necessária em 28 casos (33,7% das pneumonias) com mortalidade em 14 casos (17%).

b) **Hipertensão Pulmonar secundária** - Geralmente associada à aspiração maciça de mecônio, observada em 40 casos, com mortalidade em 20 casos (50%).

c) **Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica Grave** - Ocorreu em 57 pacientes (54,2% dos casos), com mortalidade relacionada ao quadro neurológico em 23 casos (40%), com seqüelas graves em 15 RN sobreviventes, 19 RN com seqüelas leves ou moderadas.

d) **Insuficiência Renal Aguda** - Transitória em 30 pacientes, grave em 07 pacientes (destes - 04 foram dialisados - com mortalidade).

e) **Pneumotórax** - Ocorreu em 15 casos, sendo espontâneo em 5 casos e após ventilação mecânica em 10 Recém-natos.

f) **Mortalidade** - Dos 105 RN atendidos na CTI PED por Sofrimento Fetal agudo-meconiados, observamos mortalidade em 25 pacientes, devido a lesão cerebral, Aspiração maciça de

meconio ou Hipertensão Pulmonar.

Dos 202 RN a termo, meconiados, atendidos pelos autores no mesmo período, usando a técnica descrita acima obtivemos os seguintes resultados:

a) **Pneumonia de Aspiração** - Observamos pneumonia leve a moderada em 04 casos (1,9%), nenhuma aspiração maciça;

b) **Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica** - moderada em 05 casos; (2,4%).

c) **Insuficiência Renal Aguda** - nenhum caso;

d) **Pneumotórax** - nenhum caso;

e) **Mortalidade** - Zero;

DISCUSSÃO

O líquido amniótico meconial é encontrado em 8 a 29% dos partos a termo. (1, 3, 5, 6). A liberação do mecônio intra-útero pelo feto em SFA ou SFC é secundária a hipóxia da mucosa e musculatura intestinal, aumentando a peristalse - eliminação do mecônio.

Em 55% dos partos com LA meconial se encontra mecônio na traquéia (1,3), e 1/3 destes (18%) desenvolvem pneumonia aspirativa. A pneumonia aspirativa pelo mecônio se desenvolve sempre que o feto ou RN aspirar mais de 1 ml de LA com mecônio espesso (1, 3, 5, 6), desde que não seja adotada a conduta preconizada por Gregory et. all. (1, 3, 4, 6).

Segundo Vidyasagar, 53% dos RN com aspiração maciça de mecônio necessitam tratamento com ventilação mecânica (5). Em nosso estudo, 33,7% das pneumonias aspirativas por mecônio foram tratadas com ventilação mecânica. (7)

A pneumonia de aspiração meconial é encontrada em menos de 1% dos RN meconiados atendidos por Gregory et. all. (1,3): Em nosso estudo, obtivemos resultados semelhantes (1,9%).

Nos partos com LA meconial atendidos em maternidades dos EUA, onde não é utilizada a conduta preconizada por Gregory, a incidência de pneumonia aspirativa chega a 40%. (3), já nos pacientes encaminhados à CTI Ped. do HSVP a incidência de pneumonia aspirativa pelo mecônio foi de 83%. (7). Em nosso meio a incidência

foi duas vezes superior a encontrada em hospitais americanos, provavelmente pela falta de assistência ao RN meconiado na sala de parto, principalmente aos inampliários.

Em consequência do elevado nº de Pneumonias aspirativas maciças, anóxia severa, acidose, tivemos alto índice de Hipertensão pulmonar 2ª, necessitando ventilação mecânica, com mortalidade em 50% dos casos.

Em relação ao comprometimento do S. N. Central nos 202 casos atendidos pelos autores, observamos 2,4% de Encefalopatia Hipóxico-isquêmica, enquanto que nos 105 casos atendidos na CTI Ped. a incidência foi 55%, com mortalidade em 23 pacientes, seqüelas graves em 15 pacientes.

Dos 105 RN atendidos na CTI Ped. a mortalidade foi 25%. - (26 pacientes) sendo 15 devido a lesão

cerebral, 04 pacientes ao dano Renal, Cerebral e pulmonar, 07 pacientes ao dano cerebral, pulmonar com Hipertensão Pulmonar secundária.

Através desse estudo comparativo entre esses dois grupos de pacientes atendidos preventivamente (202 casos), no tratamento das complicações (105) pacientes, preconizamos a conduta de Gregory et. all, por nós adotada, com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade desse grupo de recém-natos. Embora pareça agressivo intubar os recém-natos meconiados, deve-se levar em conta a estatística que comprova o achado de mecônio na traquéia de 55% dos RN com LA meconial (1, 3, 5 e 6), sendo que em 18% destes desenvolve-se pneumonia aspirativa, se não for usada essa conduta. ●

ABSTRACT

307 meconized new-born infants were give treatment during a four-and-a-half-year period, from January 1985 to June 1989. 105 infants were admitted to pediatric intensive-treatment ward at the São Vicente de Paulo Hospital, while forty new-borns were delivered in regional hospitals. During the same period 202 new-borns were managed by the authors in the hospital delivery room, adopting the technique commended by Gregory et al. The article carries out a comparative study of these two groups of patients. Complications in the Pediatric Intensive Care Ward as well as preventions in the delivery room also receive treatment. Morbidity, death rate and derivation between these two groups of new-born children will be shown comparatively.

BIBLIOGRAFIA

1. Bacsik, D. R. Syndrome aspiration meconium. PCNA, Vol 3, pag. 463 a 479 - 177.
2. Klaus-Fanarrof - Em O RN de Alto Risco - 3ª Edição - 182/83 - 1986.
3. Gregory, G. - Gooding, L. - Meconium aspiration in Infants. J. Ped 85, 848 - 1974.
4. Gooding, L. - Gregory, G - An Experimental model for the study of meconium aspiration of the new-born - Radiology 100, 137 - 1971.
5. Vidyasagar et all - Assisted ventilation in infants with meconium aspiration syndrome - Pediatrics 56, 208, 1975.
6. Ting, P, et all. - Traqueal succion in meconium aspiration - Am. J. Obstetr. Gynecol. 122, 767, 1975.
7. Arquivos da CTI Pediátrica - HSVP, 1985 a 1989.

Leiomiomatose Múltipla: Relato de um Caso

Errol Garcia
Paulo Moacir Mesquita
Jorge Antônio Winckler
Waldecir Canzi

Os autores fazem uma breve revisão sobre os leiomiomas múltiplos. A seguir, apresentam um caso desta rara afecção, que foi observada em paciente do sexo masculino, em que o diagnóstico clínico foi confirmado pelos achados histopatológicos.

O primeiro relato desta entidade clínica foi feito por Virchow, em 1854, consoante Macotela - Ruiz e, posteriormente, por Foerster, em 1858. Foi Beanier, contudo, quem primeiro procurou associar as diferentes formas de doença e estabelecer uma classificação com bases clínicas e histológicas.

A partir de então, numerosos trabalhos foram publicados, trazendo novas contribuições para compreensão da etiopatogenia, clínica, patologia e tratamento dos leiomiomas.

No Brasil, entre outros autores que se ocuparam do assunto, podemos destacar: Mindelo et al, Sittart e Manzolli, Fonseca et al e Egito e Albarelli.

UNITERMOS: LEIOMIOMATOSE

RELATO DO CASO:

PGD, masculino, branco, 71 anos, casado, maquinista aposentado, natural de Bagé (RS) e procedente de Passo Fundo (RS).

ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS:

Pais não consanguíneos, 4 irmãos homens, todos hígidos. Paciente fez apendicectomia há 30 anos.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente apresentava constipação há aproximadamente 5 meses, acompanhada de anorexia e adinamia importante e episódios de febre esporádica. Fez exames laboratoriais que mostraram GLICEMIA: 132 mg, VSG

97, HEMOGRAMA COM LEUCOCITOSE E DESVIO A ESQUERDA. Neste período, teve episódios de "Ataque Isquêmico Transitório" com déficit de força e "formigamento" no hemilado D. Foi internado para avaliação neurológica tendo realizado CT craniana que se mostrou normal. Durante a internação apresentou hemorragia digestiva baixa sob a forma de enterorragia maciça, sendo transfundido aproximadamente 2.000 ml de sangue total. Após controle do sangramento, foi realizado RxEED, Trânsito intestinal e Enema Opaco, que não mostraram alteração. O paciente teve alta, tendo sido controlado ambulatorialmente. Evoluiu com constipação, queixas dispépticas e dor de leve intensidade no abdômen inferior, que era controlado com antiespasmódicos. Após aproximadamente 30 dias da internação foram realizados exames, sendo apenas a glicemia alterada (264 mg) quando foi indicado uso de dieta e hipoglicemiantes orais. Aproximadamente 30 dias após, retornou com dor abdominal em região periumbilical e hipogástrio e queimação retroesternal, tendo sido indicado Ultra-Som abdominal e endoscopia digestiva alta. A endoscopia mostrou ANTRITE SU-

PERFICIAL e o Ultra-Som mostrou "tumoração em região de íleo terminal. Foi realizada Tomografia Computadorizada de abdômen que mostrou a tumoração restrita à parede do íleo, não invadindo a luz intestinal.

O paciente foi levado à cirurgia, e através de laparotomia, foi encontrada volumosa tumoração na região do íleo terminal com englobamento de alças, aderindo à parede posterior, tendo sido difícil a dissecação por falta de um plano anatômico definido. Foi ressecado um segmento de íleo e anastomose término-terminal, tendo sido deixada uma jejunostomia proximal para descompressão.

O paciente evoluiu com fistula no local da anastomose que cicatrizou com tratamento clínico com aspiração intermitente e cuidados locais.

Na revisão após 40 dias da cirurgia o paciente estava bem, alimentando-se, sem sinais de complicação e os orifícios fistulosos já cicatrizados.

HISTOPATOLOGIA EXAME MICROSCÓPICO

Segmento de intestino pesando 106,0 g e medindo 12,5 x 3,5cm,

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia do Hospital São Vicente de Paulo. Rua Teixeira Soares, 808 - Passo Fundo - RS.

revestido por serosa pardo-acinzentada, rugosa e congesta, sobre a qual em áreas, se deposita substância fibrino-purulenta. Na peça, laceração, medindo 3,5 cm de diâmetro, apresentando, junto a esta estrutura, contornos irregulares, pardo-acastanhadas e na superfície de corte, brancacentas e friáveis. Ao corte, a mucosa é róseo-pardacenta e pregueada transversalmente.

Acompanham segmentos teciduais de contornos irregulares, semelhantes às estruturas descritas na superfície. Observa-se ainda, estruturas nodulares, capsuladas, róseo-acinzentadas e elásticas. Ao corte são brancacentos com áreas hemorrágicas e friáveis, medindo a maior 2,5 cm de diâmetro.

EXAME MICROSCÓPICO:

Intestino delgado e peritônio apresentando nódulos neoplásicos mesenquimais. Estão constituídos por células musculares lisas que se distribuem em todas as direções. Há nódulos que comprimem e determinam ulceração da mucosa, e nestas áreas há necrose e neutrófilos parcialmente ou totalmente degenerados.

COMENTÁRIOS:

O tumor benigno, que se origina da musculatura lisa, o leiomioma, pode surgir em qualquer parte do corpo, em estruturas como a musculatura do intestino e a média dos vasos sanguíneos, mas sua localização mais comum é o útero.

Na maior parte dos casos a leiomiomatose é descoberta acidentalmente numa cirurgia por outras condições médicas ou obstétricas, embora uma

dor abdominal vaga seja frequentemente um sintoma acompanhante. As superfícies peritoneais, incluindo as superfícies do intestino, da bexiga e do útero, são salpicadas com firmes nódulos branco-acinzentados de variados tamanhos. (Fig. 1)

DESCOBERTAS MICROSCÓPICAS

Embora o termo leiomiomatose obviamente indique a similaridade desse processo ao músculo homogêneo e ao leiomioma benigno, relatados em literatura, junto aos casos revisados na AFIP(10) sugerem que existe uma taxa de mudanças histológicas, talvez não completamente apreciadas quando o termo foi cunhado (1).

As células são dispostas em fascículos compactos fechados dispostos de forma perpendicular em relação uns aos outros, então esses fascículos transversais e longitudinais devem ser vistos lado a lado. As células devem mostrar um mínimo grau de pleomorfismo nuclear, que se aproxima de um leiomiossarcoma. Figuras mitóticas devem ser vistas mas não são frequentes. Feixes de miofibrilas longitudinais dispostas podem ser identificadas dentro das células através de manchas convencionais. (5, 6).

Em um significativo número de casos, no entanto, a aparência histológica desses nódulos subperitoneais deve aparecer mais fibroblástica ou "miofibroblástica" (8). Casos desse tipo foram descritos por Parmey et al e Pieslor et al. (9) A proliferação da célula é normalmente grande, tem um largo citoplasma eosinofílico, e não é disposta em fascículos definidos. Células transitórias que têm um citoplasma

eosinofílico ou espumoso são normalmente disseminadas entre as células espigadas, e, às vezes, pode ser possível distinguir claramente essas células das células espigadas pela luz microscópica. Nesses casos, o espaço das células distingue estriamentos longitudinais como são vistos no tipo anterior. (3).

DESCOBERTAS ULTRA-ESTRUTURAIS

Em vista à variação de mudanças observadas à luz do microscópio, não é surpreendente que o microscópio eletrônico tantos relatórios conflitantes em relação à histogênese desta condição. Nos estudos de Nogales et al, (7) Kuo et al e Goldberger et al, (4) a maioria das células musculares maduras homogêneas possuíam uma investigadora de lâmina basal, vesículas pinocíticas dispostas na superfície, e miofilamentos dispostos longitudinalmente abundantes.

Por outro lado, Pormley et al (11) acreditaram que as células predominantes eram fibroblásticas, e, baseados na estreita relação com as células transitórias, sugeriram que a leiomiomatose era uma fibrose reparativa que ocorre dentro de uma reação transitória preexistente.

PROGNÓSTICO E TRATAMENTO:

O tumor benigno que se origina da musculatura lisa, o leiomioma, pode surgir em qualquer parte do corpo, em estruturas como a musculatura do intestino e a média dos vasos sanguíneos, mas sua localização mais comum é o útero. (9)

Freqüentemente afirmação a de que esses tumores raramente se tornem malignos (aproximadamente 1%) pode até mesmo exagerar o perigo. Os leiomiossarcomas são muito raros em comparação com os leiomiomas e é verossímil que se formem independentemente e não de um leiomioma preexistente. (2)

O prognóstico para o leiomioma é bom se a lesão puder ser totalmente removida por ressecção cirúrgica.

Tendo em vista a natureza benigna desta condição, nenhuma terapia em particular é justificada, uma vez que o diagnóstico foi firmemente assegurado. De fato, parece haver algumas evidências de que após a gravidez ou remoção da fonte de estrógeno, ocorra a regressão das lesões, mas com uma gravidez subsequente a progressão ocorre. ●



ABSTRACT

A short review of multiple ileus myoma is made by the authors, accompanying a case of this rare disease, which was observed in a male patient whose clinical diagnosis was then confirmed by histopathological findings. The first report was made by Virchow in 1854, according to Macotela Ruiz, and later by Foerster in 1858. It was Beanier, however, who first tried to associate the different forms of the disease and carry out a classification on clinical and histological bases. Subsequently, many papers were published, hence giving new contributions towards the understanding of etyopathology and clinical treatment of ileal myoma. In Brazil, among several authors who devoted themselves to this subject, Mindelo et al., Sittart and Manzolli, Fonseca et a. as well as Egitto and Albarelli are noteworthy.

BIBLIOGRAFIA

1. Bloom W, Fawcett DW: *Textbook of Histology*, ed. 10, Philadelphia, WB Saunders Co, 1975.
2. Atermann K, Fraser GM, Lea RH: *Disseminated peritoneal leiomyomatosis*. *Virchows Arch (Pathol Anat)* 374: 13, 1977.
3. Crosland DB: *Leiomyomatosis peritonialis disseminata: A case report*. *Am J Obstet Gynecol* 117:179, 1973.
4. Goldberg MF, Hurt WG, Frable WJ: *Leiomyomatosis peritonialis disseminata. Report of case and review of the literature*. *Obstet Gynecol* 49:46, 1977.
5. Kaplan C, Benirschke K, Johnson KC: *Leiomyomatosis peritonialis disseminata with endometrium*. *Obstet Gynecol* 55:119, 1980.
6. Kuo T-t, London SN, Dinh TV: *Endometriosis occurring in leiomyomatosis peritonialis disseminata: Ultrastructural study and histogenetic consideration*. *Am J Surg Pathol* 4: 197, 1980.
7. Nogales FF, Matilla A, Carrascal E: *Leiomyomatosis peritonialis disseminata: An ultrastructural study*. *Am J Clin Pathol* 69:452, 1978.
8. Parmley TH, Woodruff JD, Winn K, et al: *Histogenesis of leiomyomatosis peritonealis disseminata (disseminated fibrosing deciduosis)*. *Obstet Gynecol* 46:511, 1975.
9. Pieslor PC, Orenstein JM, Hogan DL, et al: *Ultrastructure of myofibroblasts and decidualized cells in leiomyomatosis peritonialis disseminata*. *Am J Clin Pathol* 72:875, 1979.
10. Tavassoli T, Norris HJ: *Leiomyomatosis peritonealis disseminata, in preparation*.
11. Winn KJ, Woodruff JD, Parmley TH: *Electron microscopic studies of leiomyomatosis peritonealis disseminata*. *Obstet Gynecol* 48: 225, 1976.

Mumificação e Plastificação da Estrutura Anatômica do Pé

Vera Lidia Ferreira Mendes*
Oneia Teresa Michel

O estudo das estruturas anatômicas do corpo humano, constitui disciplina básica para os envolvidos com a área da saúde.

Sendo portanto importante, que os profissionais e estudantes desta área tenham à disposição amostras de peças, que conservem as estruturas originais.

Com a finalidade de reforçar aspectos didáticos nessa área de estudo, desenvolveu-se um trabalho experimentando técnicas e métodos de conservação de peças anatômicas. O trabalho propôs-se a testar na estrutura do pé, técnicas de plastificação e mumificação, obtendo como resultados uma peça anatômica duradoura, de consistência plástica, sem odor ou alteração de cor, conservando o aspecto natural do corpo humano "in vivo".

UNITERMOS: MUMIFICAÇÃO E PLASTIFICAÇÃO ESTRUTURAS ANATÔMICAS

Revisando técnicas usadas em morfologia, observou-se o reduzido número de publicações referentes à conservação de estruturas anatômicas. Um estudo pioneiro realizado em 1985 na UPF cita uma relação de métodos utilizados para conservação em meios líquidos e sólidos, que não foram testados neste trabalho. A presente pesquisa propôs-se utilizar novos materiais de custo menor e mais disponíveis no mercado.

Nesta pesquisa buscou-se conservar a estrutura anatômica do pé de cadáveres, evitando que microorganismos decompositores tivessem acesso às substâncias orgânicas, substituindo suas propriedades químicas.

Toda a fase experimental desenvolveu-se no Laboratório de Anatomia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo e a execução do projeto totalizou 480 horas.

OBJETIVOS

Este trabalho quis testar a Cola Tenaz e o Bálsamo do Canadá como meio de mumificação e plastificação, em pés humanos.

* Bióloga do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital São Vicente de Paulo. Rua Teixeira Soares, 808 - Passo Fundo - RS.



(Fig. 1) - DISSECAÇÃO: Retirada do tecido cutâneo, subcutâneo e aponevrose plantar.



(Fig. 2) - DISSECAÇÃO: Retirada de vasos, veias e pâncreo adiposo.



(Fig. 3) - Fase final do trabalho com amostras e respectivos produtos utilizados para plastificação.

Através do método de mumificação e plastificação, pretendeu-se: obter uma peça anatômica duradoura, sem alterar a estrutura da mesma; evitar a putrefação e deteriorização dos tecidos; obter consistência plástica; apresentar uma peça de aspecto natural, com maior semelhança no corpo humano "in vivo".

METODOLOGIA

As amostras anatômicas usadas para a experimentação foram peças de pés humanos com estruturas musculares e tendinosas delineadas após a dissecação.

As duas amostras testadas, estavam conservadas em formol 20%, há aproximadamente um ano e oito meses da execução do trabalho. Em uma delas foi aplicada a técnica da Cola Tenaz e em outra a Técnica do Bálsamo do Canadá.

A experimentação constou de:

1. Dissecação da peça:

Retirada do tecido cutâneo e subcutâneo; retirada da aponevrose plantar; retirada de vasos e restos de pânículo adiposo; secagem por três dias.

2. Plastificação:

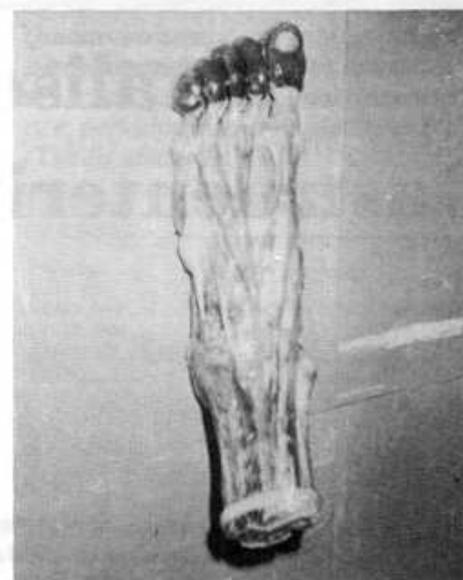
Amostra com Cola Tenaz, feita em aplicações sucessivas de camadas, consumindo a peça nos três primeiros dias, 70ml/dia; e nos três dias posteriores, 40ml/dia. Esta aplicação foi feita respeitando a secagem da camada anterior.

Amostra com Bálsamo do Canadá: pincelada duas vezes ao dia com aproximadamente 40ml do produto, por camada, durante cinco dias.

As maiores dificuldades encontradas foram a aquisição das amostras e o tempo limitado para desenvolver tal experimento. Apesar disso os resultados obtidos são considerados satisfatórios e então descritos abaixo.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

A avaliação foi realizada considerando quatro itens: aparência, odor, cor e consistência plástica das peças. Considerando estes tópicos verificou-se que a cola tenaz mostrou-se válida e satisfatória para os itens consistência e odor, e obteve resultados negativos quanto à coloração e aparência, porque foram observadas manchas escuras e bolhas na base da peça, alterando



(Fig. 4) - Amostra plastificada, que apresentou resultados plenamente satisfatórios.

então, toda a estrutura.

Na peça que foi usado o Bálsamo do Canadá não houve alteração, considerando todos os itens satisfatórios e positivos.

Através dos resultados obtidos concluiu-se que a técnica do Bálsamo do Canadá é plenamente viável para aplicação em todas as peças ósseas, da anatomia humana.

ABSTRACT

The study of anatomical structures of human body is a basic subject for those involved with the health area. It is considered important, therefore, that professionals and students in this field have at their disposal samples of pieces conserving the original structures.

With the aim of enhancing certain didactical aspects in this study area, experimental work, related to conservation techniques and methods was carried out. This activity intended to test the foot structure, plastifying and mummification which resulted in the obtention of a long-lasting anatomy of plastic consistency, without any smell or change of colour and also keeping the natural aspect of the human body "in vivo".

BIBLIOGRAFIA

- BRAGA, M. S. Estudo sobre os Diferentes Métodos de Preparação e Conservação de Peças Anatômicas. Pará, 1952 - Tese livre Docência, Anatomia, Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará.
- DI COLO, F. Inbalsagione Umana. Milano, apud Kliss, 1910.
- EDWARDS, J. J. and EDWARDS, M. J. Medical Museum Tecnology Longond, Oxford Univ. Press, 1959.
- FERNANDES, M. C. Métodos escolhidos de Técnica Macroscópica, 2 ed, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1949.
- GUIRAS, Gea M. Técnica Anatômica - Guia para Macrotécnica Orgânica, Barcelona, Editorial Científico - Médica, 1935.
- HILDEBRAND, M. Anatomical preparations, Berkeley and Los Angeles University of California Press.
- JUSTES, M. Sur une method d' inclusion des Pièces anatomiques, Archive d' Anatomie, Pathologique, 7(2): 179-180, 1957.
- KAYSERLING, Die Herstellung Anatomischer Sammbungspreparate Handbuck biol. Arbeitsmethoden, Abt. 8.1 Teil; Berlim, Wild, apud Kleiss, 1924.
- MONTEIRO, A. W. Novo método de montagem e conservação de Peças Anatômicas, Folia clin. et Biol, 19(1-3):95 - 7, 1953.
- SAADI, T. Inclusão em Plástico: técnica usada no Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Folia clin. et Biol, 27(1-12): 174-178, 1957.

Análise das Internações por Gastroenterite na Unidade de Pediatria

Barquete, Sônia R. B.
Di Domênico, Maria S. D. B.
Merlo, Celso V.
Merlo, César V.
Staudt, Cleuza M.
Mariano da Rocha F^o, Gaspar F.

Os autores apresentam uma análise retrospectiva de todos os casos de Gastroenterite internados na Unidade de Pediatria do Hospital São Vicente de Paulo nos meses de dezembro/88, janeiro e fevereiro de 89. Estes meses, por equivalerem à estação mais quente na região, são aqueles em que a prevalência da doença diarréica é maior em comparação com outro período do ano: um total de 206 prontuários foram revisados quanto a diversos aspectos referentes àquelas internações. Chama a atenção dos autores o baixo índice de mortalidade (apenas um óbito nas 206 internações por doença diarréica), fazendo-lhes refletir sobre o impacto de medidas simples como sais de reidratação oral na redução da morbi-mortalidade desta entidade em nosso meio.

UNITERMOS:

GASTROENTERITE, INFECÇÃO INTESTINAL

INTRODUÇÃO:

A gastroenterite é uma das doenças mais comuns no ser humano, especialmente na população pediátrica. Ela cresce muito de importância nos países em desenvolvimento, uma vez que é, ao lado das doenças respiratórias (naqueles países que apresentam estação fria), a causa mais comum de morbidade e mortalidade infantil. Segundo alguns autores 15% das crianças destes países "morrem de diarreia" até os três anos de idade. Na América Latina se estima que esta enfermidade produza mais de 500.000 mortes por ano, ou seja, 1.500 mortes de crianças por dia.

Só estes alarmantes dados já são suficientes para demonstrar a importância de tentarmos ter uma idéia de como esta entidade se apresenta em nossa região.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi procedida a análise retrospectiva de 206 prontuários de pacientes com diagnóstico de gastroenterite no momento da internação na Unidade de Pediatria do Hospital São Vicente de Paulo. Estes dados referem-se a

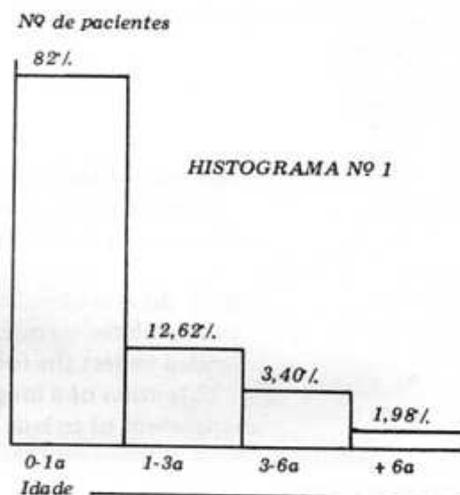
todos os pacientes internados nesta Unidade, com o referido diagnóstico, no período de 06/12/88 a 28/02/89.

Todos os dados de anamnese e exame físico constantes nos prontuários foram realizados pelo doutorando (sexto-anista da Faculdade de Medicina da U.P.F.) responsável pela internação pediátrica, naquele dia, seguindo orientações de seus preceptores. Para tanto, foi utilizado um protocolo que constava dos seguintes dados:

- 1 - Identificação
- 2 - Manifestações clínicas
- 3 - Grau de desidratação
- 4 - Coprocultura
- 5 - Duração da internação

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

I - Idade: Nos casos revisados encontrou-se uma idade média de 11,97 meses, com um mínimo de 16 dias e um máximo de 7 anos. Nesta avaliação pode-se observar um claro predomínio de lactentes, o que vai ao encontro das informações de literatura que relatam ser esta faixa da infância aquela em que a gastroenterite se mostra mais freqüente e grave. (Histograma nº 1)



II Sexo: Não houve predomínio de sexo, com 54,30% sendo do sexo masculino e 45,70% do feminino.

III - Manifestações clínicas: As manifestações clínicas tabuladas no presente trabalho foram: hipertermia (temperatura axilar maior ou igual a 37,8°C), diarreia e vômitos. É evidente que alguns casos apresentavam duas ou mesmo as três manifestações ao mesmo tempo. Os resultados foram os seguintes:

Diarreia 96,11% dos casos
Hipertermia 82,17% dos casos
Vômitos 79,17% dos casos

Quanto à duração da diarreia, ela foi subdividida em aguda (até 7 dias de duração), prolongada (de 8 a 30 dias) e crônica acima de 30 dias). A partir desta classificação encontramos os seguintes resultados nos 198 pacientes com diarreia (96,11% do total):

Diarreia	Nº de casos	Porcentagem
Aguda	139	70,20%
Prolongada	52	26,26%
Crônica	7	3,54%
Total	198	100,00%

A análise destes dados mostra que as clássicas manifestações de diarreia, febre e vômitos, continuam permitindo um diagnóstico fácil desta entidade. Por outro lado, a avaliação da duração do quadro demonstra que em 30% deles a evolução é arrastada (prolongada ou crônica), certamente necessitando de atendimento especializado, uma vez que o manejo destas situações não requer apenas a hidratação, mas também obriga a mudanças dietéticas e a investigações extensas não só do sistema gastrointestinal, mas também de outros sistemas.

IV - Grau de desidratação: O presente estudo avaliou o grau de desidratação dos pacientes no momento da admissão, observando os seguintes critérios:

a) Desidratação de Iº grau: mucosas secas, choro sem lágrimas, turgor cutâneo preservado, fontanela normotensa (ou pouco deprimida), sensório preservado e perda de até 5% do peso.

b) Desidratação de IIº grau: os mesmos itens do Iº grau mais a diminuição do turgor cutâneo, fontanela deprimida, olhos encovados, sensório diminuído e perda de até 10% de peso.

c) Desidratação de IIIº grau: todos os achados descritos para as de Iº e IIº graus mais uma acentuada redução do sensório (exceto nos hipernatrêmicos), pulso filiforme e redução

da perfusão periférica até o choque.

Baseado nestes critérios, registrou-se 166 casos de desidratação (80,58%) distribuídos conforme a tabela abaixo:

Desidratação	Nº de casos	Porcentagem
Hidratado	40	19,42%
Iº Grau	103	50,00%
IIº Grau	57	27,67%
IIIº Grau	6	2,91%
Total	206	100,00%

Estes dados nos fazem refletir sobre dois aspectos:

a) nem todos os casos de gastroenterite apresentavam desidratação, o que sugere uma incapacidade no manejo de casos que poderiam ser tratados ambulatorialmente, dificultada esta que provavelmente se deva às baixas condições sócio-econômicas da população;

b) apenas 3% das internações apresentaram quadros de desidratação grave (IIIº grau) o que reflete a efetividade das campanhas de reidratação oral sobre a população pediátrica, permitindo que a admissão seja feita em melhores condições clínicas que no passado.

V - Coproculturas: Foram solicitadas coproculturas em 135 pacientes (64,53%). Estas culturas foram consideradas positivas quando apresentavam como resultado *Escherichia coli* com teste de patogenicidade positivo, *Shigella* ou *Salmonella* pois, em nosso serviço, não se faz de rotina pesquisa para *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni* ou *Rotavirus*. Das culturas solicitadas obtivemos positividade em 39,26%, com a seguinte distribuição:

Coproculturas	Nº de casos	Porcentagem
Negativas	82	60,74%
<i>E. coli</i> (pagot. +)	48	35,56%
<i>Shigella</i>	03	2,22%
<i>Salmonella</i>	02	1,48%
Total	135	100,00%

SUMMARY

The authors made a retrospective study of 206 cases of gastroenteritis treated at the Paediatric Unit, Hospital São Vicente de Paulo. Several aspects were analysed throughout the study. The authors call attention to the very low mortality rate (only 1 out of 206 children has died) when a simple therapeutic procedure was used: oral rehydration. This procedure can greatly reduce the morbidity and mortality of this entity in our community.

BIBLIOGRAFIA:

- BISHOP, W. B. & ULSHEN, M. H. Gastroenterite Bacteriana - Gastroenterologia Pediátrica In: Clínicas Pediátricas da América do Norte. Editora Interlivros. Rio de Janeiro, 1988.
- FIORI, R. M. et al. Práticas Pediátricas de Urgência, 3ª ed., Editora

Médica e Científica. Rio de Janeiro, 1986.

- HAMILTON, R. J. Enterite Viral - Gastroenterologia Pediátrica In: Clínicas Pediátricas da América do Norte. Volume 1. Editora Interlivros. Rio de Janeiro, 1988.
- KEMPE, Henry C. et al. Pediatria Diagnóstico e Tratamento. 8ª ed., Editora Guanabara Koogan S. A. Rio de Janeiro, 1986.

VI - Duração da internação: Quanto ao tempo em que os pacientes permaneceram internados constatou-se um claro predomínio das internações por períodos menores do que 7 dias (Tabela abaixo).

Tempo de Internação	Nº de casos	Porcentagem
1-7 dias	148	71,84%
8-14 dias	45	21,84%
15-21 dias	9	4,37%
21-28 dias	1	0,49%
Acima de 28 dias	3	1,46%
Total	206	100,00%

Isto vem ao encontro do resultado obtido na avaliação das diarreias quanto à sua duração, que demonstrava (ver item III) 70% dos casos serem classificados como diarreias agudas.

VII - Óbitos: Dos 206 prontuários revisados tivemos a ocorrência de apenas 1 óbito, perfazendo um percentual inferior a 0,5% das internações por gastroenterite.

CONCLUSÃO:

Os dados acima objetivaram mostrar o perfil da doença diarreica em nosso meio nos meses mais quentes do ano (dezembro, janeiro e fevereiro). Os resultados obtidos não têm a pretensão de serem conclusivos em todos os seus aspectos, mas sim têm a expectativa de serem motivadores de novos levantamentos nesta área tão importante da saúde.

Para concluir, parece-nos relevante o baixo índice de mortalidade por diarreia em nossa Unidade. Isto permite-nos presumir que uma técnica simples, de baixo custo e de fácil compreensão pela população em geral como a administração de sais de reidratação oral está alcançando os seus objetivos, levando a uma redução significativa da morbi-mortalidade determinada pela diarreia. ●

- KRUGMAN, Saul et al. Infectious Diseases of Children, 8ª ed., 1985.
- MARCONDES, Eduardo. Pediatria Básica, 7ª ed., Editora Sauvier. São Paulo, 1986.
- MORENO, Elsa M. "la Salud del niño en las Americas". Boletim Informativo da Associação Latino-Americana de Pediatria. Outubro, 1988.

Estado de Mal Epiléptico

César Augusto L. Pires
Paulo Sérgio Crusius
Cláudio Albano Seibert
Adroaldo B. Mallmann

O tratamento do Estado de Mal Epiléptico tem evoluído consideravelmente na última década. A mortalidade é mínima quando o tratamento efetivo é instituído rapidamente. Atualmente o risco de complicações pelo tratamento é infinitamente menor que o risco de lesões produzidas pelo estado convulsivo. O uso racional dos medicamentos é fundamental.

**UNITERMOS: STATUS
EPILEPTICUS
EPILEPSIA
MEDICAMENTOS
ANTI-EPILEPTICOS**

INTRODUÇÃO

O Estado de mal epiléptico ou Status Epilepticus (SE) representa uma emergência médica na qual o pronto e adequado atendimento é essencial na prevenção de lesões encefálicas ou a morte. Quando nos referimos ao SE a lembrança imediata é para o estado convulsivo generalizado tônico-clônico, manifestação clínica mais grave e com mortalidade de 10 a 12% (2,6)

Habitualmente discutido em separado, há uma tendência a considerá-lo uma entidade clínica distinta de outras modalidades de Epilepsia. No entanto, o estado epiléptico representa o extremo final de crises epilépticas que se repetem com frequência, suprimindo o espaço inter-crítico normal. (5)

Os relatos anteriores a 1960 indicam mortalidade, por SE generalizado tônico-clônico, de até 50% ou mais. A partir do advento das novas técnicas de medicina de emergência e terapia intensiva essas cifras elevadas diminuíram dramaticamente. (3,6)

* Trabalho realizado no Serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital de Ensino São Vicente de Paulo. Rua Teixeira Soares, 808 - Passo Fundo - RS.

DISCUSSÃO

O Status Epilepticus convulsivo é uma condição na qual o paciente tem convulsões com tanta frequência que uma crise ocorre antes que o mesmo recupere a consciência normal no estado pós-ictal da crise anterior. O quadro 1 exibe a classificação do SE. (4)

O tipo mais comum é o SE generalizado tônico-clônico e o único que representa risco de vida imediato. Incide com maior frequência em adultos, primariamente generalizado ou com generalização secundária a partir de crises parciais. Bem menos comum é o SE tônico, visto usualmente em crianças com Síndrome de Lennox-Gastaut. O SE clônico é tipicamente limitado a crianças pequenas. (1, 6, 8)

O SE generalizado não-convulsivo consiste em crises de ausências freqüentes ou contínuas. O eletroencefalograma (EEG) exige tipicamente complexos ponta-onda de 3 Hz em descargas. (8)

O SE parcial (4,6) apresenta-se, caracteristicamente, sobre três modalidades:

a) Estado epiléptico parcial simples somatomotor

Consiste em crises convulsivas freqüentes, envolvendo uma extremidade ou musculatura facial, com preservação da consciência e sem generalização. Quando surgem mioclônias segmentares localizadas persistentes no intervalo das crises somatomotoras, a expressão mais adequada é Epilepsia Parcial contínua ou Síndrome de Kozhevnikoff.

b) Estado Epiléptico Afásico

É uma síndrome recentemente descrita e caracterizada por episódio de afasia que dura poucas horas ou até alguns dias. Deve ser considerada em pacientes com disfasia ou afasia sem outros sinais de doença cérebro-vascular. O EEG auxilia no diagnóstico e o tratamento com anti-epilépticos reverte os sintomas, corroborando o diagnóstico.

c) Estado Epiléptico Parcial Complexo

Apresenta-se clinicamente com alterações do comportamento, cíclicamente ou contínuo. Pode haver responsividade parcial ou completa irresponsividade, acompanhado ou não de automatismos estereotipados.

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO DE MAL EPILEPTICO

STATUS EPILEPTICUS GENERALIZADO

- CONVULSIVO: TÔNICO-CLÔNICO
TÔNICO
CLÔNICO
MIOCLÔNICO

- NÃO-CONVULSIVO: AUSÊNCIA

STATUS EPILEPTICUS PARCIAL

- SIMPLES: SOMATOMOTOR
(KOZHEVNIKOFF)
AFÁSICO

- COMPLEXO

QUADRO 1 - Adaptado de GASTAUT, H.: Clinical and electroencefalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 11:102-13, 1970.

Em muitos casos, o reconhecimento do tipo de SE não é difícil mas, em outras situações, pode ser problemático. A síndrome do SE não-convulsivo deve ser diferenciada de pseudo-convulsões, o que já é sugerido pelo EEG e irresponsividade às drogas anti-epiléticas. (8) O diagnóstico diferencial de estado confusional agudo inclui o SE de ausência e o parcial complexo. Felizmente, o EEG é diagnóstico nessas situações e o uso de benzodiazepínicos durante o EEG resulta em normalização do traçado e responsividade progressiva. (8,9)

As causas do SE variam em diversos estudos, mas o maior grupo é representado por pacientes epiléticos que apresentam uma exacerbação aguda de suas crises epiléticas. O uso irregular ou suspensão abrupta da medicação anti-epilética é a causa mais importante dessa ocorrência. Entretanto, cerca de 24% da população de epiléticos apresenta exacerbação aguda de suas crises epiléticas, mesmo sob uso regular e em dose adequada de sua medicação, sem que uma causa definida seja estabelecida. (3,6) O segundo grande grupo é composto por pacientes com SE sintomático, isto é, como resultado de doenças neurológicas ou sistêmicas. Os insultos encefálicos primários são representados pelo traumatismo crânio-encefálico, tumores cerebrais de crescimento rápido, encefalopatia hipóxico-ischêmica, infecções e infestações (em nosso meio a cisticercose é relevante). Em relação às causas sistêmicas assume grande importância o uso abusivo ou abstinência de drogas e/ou álcool, doenças como colagenoses (arterite cerebral), uremia, encefalopatias metabólicas (porto-sistêmica, hipoglicemia, hipocalcemia) e tóxicas. (3,5,6)

Detectar as causas de desencadeamento ou exacerbação de crises epiléticas deve ser feito rotineiramente. O prognóstico desses pacientes depende não somente do correto manejo terapêutico do SE, mas também da causa subjacente. A busca da etiologia do SE deve ser sistemática e criteriosa em pacientes adultos ou idosos que apresentem SE sem passado de epilepsia. (2,3)

Em uma série de 2.588 pacientes, Janz e colaboradores (1983) verificaram que apenas 1,6% de pacientes com epilepsia de causa desconhecida apresentaram SE, enquanto que 9% dos pacientes com epilepsia de causa conhecida evoluíram com SE. Nesse

segundo grupo as causas mais frequentes foram traumatismo crânio-encefálico, tumores cerebrais e abstinência de drogas ou álcool.

É essencial que o SE seja interrompido tão cedo quanto possível, pois os eventos moleculares que produzem a morte celular seletiva já estão atuando a partir das duas ou três primeiras convulsões. (3) Os efeitos sistêmicos do SE incluem falência respiratória, cardiovascular e renal. O sistema cardiovascular é particularmente sobrecarregado pela intensa atividade muscular. Arritmias cardíacas podem ser precipitadas por hiperpotassemia, hipóxia e acidemia. Drogas usadas no tratamento do SE podem complicar uma situação já crítica, pois os barbitúricos são depressores miocárdicos e a fenitoína contém, como diluente, o propileno-glicol, causador de arritmias cardíacas e hipotensão. A depressão respiratória pode ser desencadeada pelo uso de barbitúrico, especialmente se associado à benzodiazepínicos. (2,3,5)

O fluxo de linfa é alterado, induzindo edema pulmonar, o que agrava mais ainda as condições respiratórias. Rabdomiólise com mioglobinúria pode induzir insuficiência renal aguda. Complicações metabólicas-bioquímicas incluem acidose respiratória e metabólica, hipoxemia, hiperazotemia, hiperpotassemia, hipoglicemia e hiponatremia. Ativação maciça do sistema nervoso autônomo produz distúrbios com hiperpirexia, sudorese intensa, hipersecreção salivar e traqueobronquial. Foram recentemente descritas as anormalidades endócrinas, com marcada elevação da prolactina, glucagon, hormônio do crescimento, ACTH. Pleocitose líquórica é comum. (1,2,6)

Estudos têm demonstrado claramente que a atividade elétrica prolongada no sistema nervoso central causa lesões neuronais irreversíveis. Existem evidências de que as alterações celulares são reversíveis por um período de 30-60 minutos. Porém, após 60 minutos a morte celular neuronal passa a ocorrer. (6) Devido a esse fato, uma vez que o paciente em SE esteja no setor de emergência, devem ser instituídas imediatamente as medidas para o suporte básico de vida e a rotina exposta no quadro 2. Para fins práticos passemos a considerar um paciente em SE, instituindo as medidas terapêuticas necessárias em todo paciente que

apresente mais de três convulsões em 24 horas. (2,3,5,6)

PROTOCOLO DE CONDUTA NO ESTADO EPILEPTICO - ADULTOS

0-5 minutos Assistência respiratória - oxigenioterapia.

Obtenção da história, exame clínico e neurológico sumário (Escala de Glasgow, sinais focais ou meningorradiculares, fundoscopia)

Amostras de sangue para dosagem de glicose, uréia e creatinina, eletrólitos, exames toxicológicos, gasometria arterial.

6-9 minutos Acesso ao meio interno - via venosa - infusão de solução salina

Tiamina 100 mg IV + Glicose 25-50 g IV

10-30 minutos Administrar Fenitoína 15-20 mg/kg IV à velocidade de 50 mg/min, monitorizando ECG e pressão arterial.

Se o paciente estiver em crise convulsiva ou apresentá-la durante a infusão de Fenitoína:

Diazepam 10-20 mg IV ou Lorazepam 4-8mg IV†

31-60 minutos Caso persistam crises convulsivas usar Fenobarbital 10 mg/kg à razão de 100 mg/min IV†

+ 60 minutos Diante da manutenção do SE, proceder:

Indução barbitúrica

Tiopental 5 mg/kg em bolo I.V. - ataque

2-4 mg/kg/hora I.V. - contínuo

Curarização

Intubação - Succinil-colina

Manutenção - Pancurônio ou alcurônio

Prótese respiratória - Ventilação mecânica

Tratamento Neuro-intensivo com manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico, funções hemodinâmicas, respiratórias e metabólicas.

Tentativas de remoção do barbitúrico e respirador em 12-24 horas

QUADRO 2 - Modificado de LEPPIK, I.E. - Status Epilepticus.

Clin. Ther., 7:272-78, 1985.

+ No Brasil não dispomos de Fenobarbital ou Lorazepam para uso intra-venoso, em apresentação comercial.

O Status Epilepticus neo-natal representa importante situação de emergência neurológica que exige pronta intervenção, visando evitar os efeitos deletérios encefálicos. O cérebro em desenvolvimento é particularmente vulnerável à atividade convulsiva e lesões permanentes ocorrem em cérebros de neonatos produzidas sob condições que não afetariam um cérebro maduro. (6,10) Esta particularidade no neonato torna mais evidente a necessidade de intervenção terapêutica rápida e eficaz. O quadro 3 resume as causas mais freqüentes de convulsões neonatais.

O tratamento do SE na população infantil obedece os mesmos critérios básicos que são utilizados para os adultos. O uso de preparados via retal contendo ácido valpróico, paraldeído e até carbamazepina podem representar uma alternativa nesses casos. (1) No entanto, diante de um paciente infantil em SE tônico-clônico generalizado prolongado qualquer demora pode representar a morte ou seqüelas graves. Dessa maneira o uso de medicamento por via venosa é a maneira mais segura e eficaz nesses casos. (1,5)

No período neo-natal, devido à elevada incidência de distúrbios metabólicos, a rotina é alterada, conforme exposto no quadro 4. Deve ser lembrado que as convulsões neo-natais persistentes poderão cessar após a utilização de glicose, cálcio e os demais, não necessitando uso de anti-epilépticos.

O tratamento do SE tônico-clônico generalizado depende da intensidade ou da gravidade do quadro. O paciente pode apresentar atividade tônico-clônica persistente ou quase persistente bilateral e simétrica. O controle dessa atividade convulsiva exige esforços emergenciais de minuto a minuto. De forma mais comum, as crises são intercaladas por períodos prolongados de estupor, podendo ser este o quadro clínico predominante, quando as crises são separadas por intervalos de 20 a 30 minutos ou mais. Nos dois extremos as medidas preconizadas devem ser iniciadas. (2,3,6)

A fenitoína oferece vantagens, pois é eficaz no controle das convulsões, meia-vida relativamente longa e não produz sedação ou depressão respiratória. As desvantagens são representadas pela toxicidade cardiovascu-

lar na administração rápida, o tempo necessário para distribuição e a relativa inefetividade em atividade epiléptica focal. Os efeitos tóxicos cardiovasculares são conseqüentes ao diluente propileno-glicol. O uso de fenitoína diluída até 5mg/ml em solução salina diminui os riscos de efeitos tóxicos (a apresentação comercial tem 50mg/ml). (5)

ETIOLOGIAS MAIS FREQUENTES DE CONVULSÕES E ESTADO EPILEPTICO NEO-NATAL

Perinatais Anóxia neo-natal (encefalopatia hipóxico-isquêmica)

Trauma mecânico - hemorragia intracraniana e contusão encefálica.

Metabólicas Hipoglicemia - ocorre nas primeiras horas de vida

RN termo: menos de 30mg/.

RN prematuro: menos de 20mg/.

Hipocalcemia - é a mais comum menos de 7mg/dl

Hipomagnesemia menos de 1,2mg/dl

Hipernatremia acima de 150mEq/l

Hiponatremia abaixo 130mEq/l

Kernicterus - encefalopatia bilirrubínica

RN a termo: acima de 25mg/dl

RN prematuro: acima de 18mg/dl

Aminoacidúrias - fenil-cetonúria

Dependência Piridoxina - convulsões precoces e refratárias

Infecções Congênitas (grupo "TORSCH")

Agudas - meningites bacterianas, virais, encefalites

Anormalidades Polimicrogria, facomatoses Evolutivas

Medicamentos Abstinência a barbitúricos ou opiáceos (uso materno) Epilepsia neo-natal familiar benigna.

QUADRO 3 - Modificado de VOLPE, J.J. - Neurology of the Newborn. (Ed) W.B. Saunders, 1981.

PROTOCOLO DE CONDUTA EM CONVULSÕES E ESTADO EPILEPTICO NEO-NATAL

1-5 minutos Rápido exame clínico e neurológico

Assistência às vias aéreas - intubação e ventilação se necessário

6-9 minutos Acesso ao meio interno - rapidamente pelos vasos umbilicais

Coleta de sangue para "screening" metabólico, hemograma e outros

10-30 minutos Iniciar imediatamente

Sol. Glicose 50%, 2ml/kg IV

Gluconato de Cálcio 10%, 1-2 ml/kg IV

Piridoxina 50mg IV

Sulfato de Magnésio 10%, 0,4-0,5 ml/kg IV

31-60 minutos Caso as convulsões não tenham cedido, administrar

Diazepam sem diluição IV até 5mg

Fenobarbital 15-20 mg IV*

Fenitoína 15-20 mg IV

+ 60 minutos Com a persistência das convulsões, iniciar Tiopental 5mg/kg - ataque

2-4 mg/kg/h - manutenção

Curarização - habitualmente não é necessária

Prótese Respiratória - Ventilação Mecânica

Iniciar medidas de tratamento neuro-intensivo com manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico, funções hemodinâmicas respiratórias e metabólicas.

Tentativas de remoção do barbitúrico em 24hs e a seguir a ventilação mecânica.

QUADRO 4 - Modificado de VOLPE, J.J. - Neurology of the Newborn (Ed) W.B. Saunders, 1981.

Quando parece que os ataques cessaram temporariamente ou que o paciente está apresentando SE com períodos prolongados de estupor entre as crises, a administração venosa de fenitoína deve ser feita imediatamente. Nestes pacientes, com crises em série, o uso de benzodiazepínico pode ser evitado por completo. Por conseguinte, a consciência do paciente, já deprimida pelas crises, não o será ainda mais por medicação sedativa. (5)

O Diazepam vem sendo usado desde a década de 60 e suas principais vantagens são o rápido início de ação e distribuição tissular (cérebro). No entanto, deprime a consciência e a respiração, além de meia-vida curta, limitando seu efeito por 30 minutos ou pouco mais. Devido a esse fato, deverá ser administrado, sempre, seqüencialmente, outro medicamento com efeito anti-epiléptico prolongado. Outro benzodiazepínico, Lorazepam, tem sido utilizado nos Estados Unidos demonstrando um efeito mais prolongado que o diazepam e com menos depressão. O clonazepam tem sido utilizado na Europa, com vantagens similares ao lorazepam. Infelizmente, no Brasil, não dispomos de lorazepam injetável e o clonazepam foi retirado do mercado farmacêutico. (5,6)

O Fenobarbital (PB) apresenta a vantagem de uma meia-vida longa, pode ser administrado mais rapidamente que a fenitoína e é altamente eficaz com convulsões parciais ou generalizadas. A exemplo dos benzodiazepínicos, apresenta a desvantagem de deprimir a consciência e a respiração, especialmente em paciente que já tenha recebido benzodiazepínico. (6) O uso de barbitúricos contínuo intravenoso (Tiopental) tem apresentado bons resultados em casos de SE refratários a todas as outras medidas. Requer, no entanto, todo o aparato de terapia neuro-intensiva. (3,5,7) Em casos de SE neo-natal, temos utilizado preferencialmente o Fenobarbital, pois nessa faixa etária o uso de fenitoína é mais arriscado, pois os efeitos colaterais são de difícil detecção (sinais de toxicidade como nistagmo, ataxia). (1,3) Também, nessa faixa etária o uso de barbitúrico contínuo IV apresenta bons resultados. (1,7)

Outras drogas sugeridas são o paraldeído e a lidocaína que, em alguns estudos mostraram-se eficazes. Todavia, o paraldeído pode provocar acidose metabólica, hemorragia pul-

monar e depressão cardiovascular; quando armazenado se decompõe. A lidocaína, em altas doses produz exacerbação das convulsões. Não existem dados conclusivos para o uso seguro dessas drogas. (3,5) É consenso atual que, uma vez falha a tentativa preconizada no protocolo, o uso de anestesia geral (barbitúrico contínuo) deve ser utilizado sem delongas. (1,2,5,6,7)

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Em relação ao paciente em SE é importante uma observância de rotina de investigação clínica. Considerando o fato de que a causa mais importante de SE é a suspensão ou uso irregular de medicamentos anti-epilépticos, deve-se adotar critérios para a conduta de investigação mais apropriada. Isto é, aquele paciente já investigado e cuja etiologia de suas convulsões é desconhecida ou hereditária não requer exaustiva investigação complementar ao apresentar SE após suspender abruptamente a sua medicação. No entanto, os pacientes com epilepsia de causa conhecida, os que apresentam SE sem passado de epilepsia, ou ainda aqueles que evoluem com anormalidades ao exame neurológico deverão ser sistematicamente investigados.

Praticamente todos os pacientes em SE encontram-se febris em decorrência da atividade muscular intensa. A coleta de líquido deve ser feita assim que as condições gerais do paciente estejam estáveis e não existam contra-indicações (sinais focais ou de hipertensão intra-craniana). (6)

O uso de eletroencefalografia auxilia primordialmente no estado confusional agudo de causa epiléptica, distinguindo SE de ausência do SE parcial complexo. De maneira geral é útil na pesquisa de lateralização (EEG focal). (4,6)

A Tomografia Computadorizada é útil na busca da causa do SE, em especial nos casos de apresentação inicial, parciais e naqueles com anormalidades neurológicas clínicas, evolutivas ou não. A incidência de positividade da TC aumenta progressivamente a partir dos 20 anos de idade, especialmente se as crises forem parciais, secundariamente generalizadas ou não. Também, a reavaliação de pacientes epilépticos que apresentam exacerbação aguda de suas crises pode revelar anormalidades evolutivas (tumores de crescimento lento, granulomatoses, esclerose múltipla, etc.) (6,9) É importante lembrar que a TC no estado epiléptico pode exibir alterações com impregnação de contraste em edemas localizados, simulando lesões expansivas. (6)

Finalmente, a utilização racional do laboratório pode fornecer dados importantes e conclusivos acerca de doenças sistêmicas ou neurológicas. Assim, distúrbios hidro-eletrolíticos secundários (insuficiência supra-renal), hipoparatiroidismo, tireoidopatias, colagenoses, diabetes, porfiria intermitente aguda, insuficiência hepática ou renal, infecções (sepsis) ou infestações parasitárias poderão ser detectadas. (3,5)

CONCLUSÃO

A despeito dos avanços terapêuticos, o estado de mal convulsivo constitui desafio técnico no setor de emergência. Do pronto e eficaz atendimento do paciente depende a sobrevivência e, muito importante, a gravidade das seqüelas. Somente utilizando uma rotina padronizada de conduta atingiremos esse intento, pois a necessária rapidez deve ser acompanhada de fundamentos científicos muito claros e precisos.

SUMMARY

Treatment of Status Epilepticus has improved considerably during the last decade. Mortality from Status Epilepticus itself should be minimal if effective treatment is delivered rapidly. Currently, the risk of complications from appropriate treatment is less than the risk of injury from additional seizures. Loading with phenytoin, benzodiazepam and phenobarbital should be used. If convulsive Status Epilepticus continues for more than 1 hour, barbituric coma is necessary.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AICARDI, J. & J.J. - *Consequences of Status Epilepticus in infants and children.* *Advances in Neurology* - pg. 115-125; Raven Press, 1983.
- 2) AMINOFF, M. J. & SIMON, R. P. - *Status Epilepticus: causes, clinical features and consequences in 98 patients.* *Am. J. Med.* 69:657-666, 1980.
- 3) DELGADO-ESCUETA, A. V., WASTERLAIN, C. G., TREIMAN, D. M. & PORTER, R. J. - *Current concepts in neurology: Management of Status epilepticus.* *N. Engl. J. Med.* 306:1337-1340, 1982.
- 4) GASTAUT, H.: *Clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures.* *Epilepsia*, 11: 102-113, 1970.
- 5) LEPPIK, I. E. - *Status Epilepticus.* *Clin. Ther.*, 7:272-278, 1985.
- 6) LEPPIK, I. E. - *Status Epilepticus.* *Neurol Clin.*, Vol. 4, 3:633-643, 1986.
- 7) ORLOWSKI, J. P., ERENBERG, G., LUEDERS, H. et al. - *Hypothermia and barbiturate coma for refractory status epilepticus.* *Crit. Care Med.*, 12(4):367-372, 1984.
- 8) PORTER, R. J. & PENRY, J. K. - *Petit Mal Status.* *Adv. Neurol.*, 34:61-67, 1983.
- 9) TREIMAN, D. M. & DELGADO-ESCUETA, A. V. - *Complex Partial Status Epilepticus.* *Adv. Neurol.*, 34:69-81, 1983.
- 10) VOLPE, J. J. - *Neurology of the Newborn* (Ed) W. B. Saunders, 1981.



A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

É um avanço na tecnologia médico-hospitalar. É o melhor método radiológico para a realização de diagnóstico. Diagnóstico rápido e precoce, com vista tridimensional do local afetado. Mais uma conquista na área de diagnósticos, com grandes vantagens ao paciente. O tomógrafo do Hospital São Vicente de Paulo é de 3ª geração, e realiza exames de crânio, coluna, tórax e abdome.