

# Médica

REVISTA

Hospital São Vicente de Paulo — Passo Fundo — RS





## HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

### Presidente

Felice Sana

### Vice-Presidente

Plínio Graziotin

### 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



Editada pela Assessoria de Comunicação do Hospital São Vicente de Paulo.

### Editor

Jorn. Paulo Cesar Rigon

Reg. nº 6.071-RS

### Editoria Científica

Dr. Cláudio Albano Seibert

CREMERS 6192

Dr. Diógenes Luiz Bassegio

CREMERS 11.965

Dr. Osvaldo Luis Lech

CREMERS 10.113

### Composição e Impressão:

Gráfica e Editora Berthier

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

Os artigos desta revista podem ser transcritos livremente, agradecendo-se a citação da fonte.

### Endereço:

Rua Teixeira Soares, nº 808 Caixa Postal 33 - Passo Fundo - RS

## Editorial

Caro leitor,

Tendo lido com atenção a edição de lançamento da REVISTA MÉDICA do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo -, você poderá observar que neste segundo número estamos começando a seguir as instruções técnicas de preparo do artigo, baseadas nas recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Uniform requirements for manuscripts submitteal to biomedical journals. *Ann Intern Med* 1988; 108:258-265).

Por outro lado, quanto à circulação, a publicação está sendo enviada aos médicos e para-médicos do próprio São Vicente, aos hospitais do Rio Grande do Sul, escolas de Medicina e Enfermagem de todo o Brasil.

Gostaríamos de destacar que os trabalhos são publicados neste órgão de comunicação independentemente de qualquer ideologia científica, desde que seguidas as regras de publicação. As páginas da revista estão abertas para trabalhos de todas as especialidades da área de saúde.

Boa leitura.

Os Editores

## Índice

- 
- 02** Abscesso Subareolar Recidivante
- 
- 05** Relacionamento Paciente-Enfermagem na Interação Mãe-Filho
- 
- 08** Politraumatizado
- 
- 12** Síndrome de Peutz-Jeghers
- 
- 14** Aneurisma de Aorta Abdominal Relato de um Caso.
- 
- 16** Derrame Pleural em Pediatria - Relato de um Caso.
- 
- 18** Síndrome da Criança Maltratada (SCM).
-

# Abscesso Subareolar Recidivante

Diógenes L. Basegio  
Glênio Spinato  
Ney Basegio

The authors related a study about recurrent periareolar abscess and a personal experience about the pathology. The abscess is unfrequently day by day, and the authors remember the importance of this case, and a immediately diagnosis and treatment.

The surgery attended was a fistulectomy and the results were the best.

Comparing the dates with the world casuist and selecting the better form to resolve this case, our conclusion is that the fistulectomy is a better treatment.

After 42 months of follow-up the recidive is no one case, "at the moment".

Os autores apresentam um estudo pormenorizado sobre o Abscesso Subareolar Recidivante, bem como o relato de caso e experiência pessoal sobre a patologia. Apesar de ser uma entidade não tão freqüente na prática diária, salientam a importância da moléstia, bem como a necessidade de pronto diagnóstico e tratamento eficazes. O enfoque principal é dado a correção cirúrgica do abscesso, pois, pela fistulectomia, o índice de cura do processo infeccioso é maior.

Comparam-se também os dados obtidos com os da literatura, escolhendo-se o método mais adequado para o tratamento, que, em nossa estatística, nos foi proporcionado pela fistulectomia, pois o índice de recidivas, até o momento, foi zero.

## ABCESSO SUBAREOLAR RECIDIVANTE

Burkitt, em 1850, fez a primeira descrição envolvendo a patologia, relacionando-a com ductos mamários dilatados. Atkins mencionou sua relação com o mamilo invertido, mas encontrou o abscesso subareolar recidivante em mulheres com mamilos normais. Caswell e Maier tiveram 15 pacientes em observação e todas elas apresentavam inversão bilateral deles (4). Zuska (1951) relatou a observação feita de que o epitélio de revestimento do conduto ou condutos do mamilo que vão ao abscesso, sofre metaplasia pavimentosa. Logo adiante, em 1958, Patey e Thackray também descreveram sobre essa metaplasia relatando algumas considerações sobre a excisão e abordagem terapêutica do abscesso.

O próprio Atkins abordou esse assunto, ao orientar sobre a abertura do conduto enfermo, desde a superfície do mamilo até o sítio purulento e deixar que a ferida cicatrizasse por segunda intenção. Em épocas mais recentes, somente em 1970, três estu-

diosos fizeram descrições sobre o Abscesso Subareolar Recidivante (Habif, Perzin e Lattes). No serviço de Ekland (USA), Tex, a bilateralidade dos abscessos ocorreu em 8% de suas pacientes. O germe mais comumente encontrado foi o *Staphylococcus*, não sendo obtidas culturas com germes anaeróbios (6).

Os ductos, normalmente, são revestidos por uma dupla camada de células cubóides. A ampola ductal, que se abre no mamilo, é forrada por epitélio escamoso. Com a dilatação dos ductos e conseqüente ao processo de galactoforite e perigalactoforite, vai havendo uma retração do parênquima mamário com subseqüente inversão do mamilo.

A metaplasia que ocorre no epitélio de revestimento dessas estruturas vai obstruindo a luz desses ductos, que ficam tamponados com queratina. Esse processo pode ocorrer em um ou mais ductos, e evolui até a forma de abscesso, que pode ou não apresentar uma fístula.

Geralmente a fístula é insuficiente para drenar todo o processo infeccioso e ela se abre e fecha à

medida que ocorre a exacerbação do abscesso, levando à cronicidade do mesmo.

Por outro lado, há evidências anátomo-histológicas, que o abscesso não se origina de infecção intra-ductal ou de estruturas intra-mamárias, e sim, de infecção da epiderme da aréola e dos tecidos subareolares (4).

Do ponto de vista anátomo-patológico, os ductos apresentam tecido de granulação em suas paredes, mostrando fibroblastos e vasos neoformados (fístula).

Há uma área de fibrose envolvendo a fístula, e os infiltrados inflamatórios são crônicos e inespecíficos, com linfócitos e células plasmáticas. Nos abscessos de longa evolução, folículos linfóides com centros germinativos são encontrados.

O quadro clínico é composto por uma dor mamária com zona inflamatória na região subareolar.

Este processo evolui para uma coleção purulenta que se abre, rompe, espontaneamente. Um quadro sumário com os sinais e sintomas é apresentado a seguir (14):

SINTOMAS E SINAIS	PRESENTES	AUSENTES
Febre	17%	83%
Dor	17%	83%
Eritema e/ou Calor	33%	66%
Fibrose	16%	84%
Leucócitos > 10.000/mm <sup>3</sup>	24%	76%

Se não for dado o tratamento correto, haverá cura do abscesso em poucos dias, mas, certamente, retornará algum tempo depois e assim sucessivamente, sempre que houver exacerbação do processo infeccioso (9). A fístula formada pela distensão e edema da pele com sua ulceração, geralmente é insuficiente para drenar todo o conteúdo do processo. Logo, o simples tratamento com antibiótico é paliativo, cabendo ao médico impor atitudes realmente eficazes na erradicação da moléstia. No caso, dos abscessos de mama de pacientes lactantes, são observados principalmente em mulheres jovens, e na fase pré-menstrual do ciclo. É muito raro se obter um fator precipitante (17).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com algumas patologias, entre elas o quisto sebáceo supurado subareolar e a infecção crônica do tubérculo de Montgomery. A prova do estilete é definitiva e esclarecedora. Sabe-se que há diversas patologias que podem apresentar fístula mamilar e inversão de mamilo e a ectasia ductal deve ser afastada (5).

Para o tratamento do Abscesso Subareolar Recidivante, deve-se ter em mente que apenas o tratamento com antibióticos e/ou incisão com drenagem, não trarão a cura definitiva para o paciente. O índice de recidiva em Houston (Ekland), para o abscesso Subareolar é de 39,5% (6).

A recessão do trajeto fistuloso é necessário para que a recidiva não ocorra.

Também é fator primordial e decisivo, o fato de se corrigir a inversão do mamilo se esta estiver presente, do contrário, a recidiva ocorrerá (4).

## RELATO DE CASO

R.M.M., 23 anos, branca, brasileira, casada, nulípara, vem à consulta no Instituto, em dezembro de 1985, por apresentar abscesso de mama esquerda que já havia sido drenado há aproximadamente um ano. No ano anterior (1984), havia drenado também um abscesso de mama direita.

Ao exame, a mama direita apre-

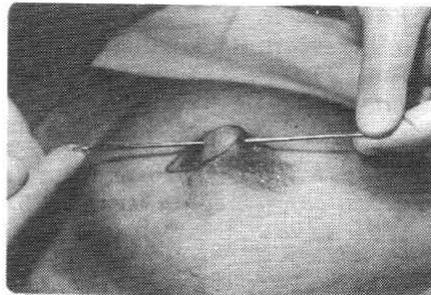
sentava cicatriz na região periareolar devido à drenagem anterior. A mama esquerda apresentava cicatriz também de localização periareolar com eliminação de secreção purulenta pela incisão e adenopatia axilar do tipo inflamatório. A paciente não apresentava mamilo invertido. Foi instituído o tratamento com antibióticos e calor local. A paciente foi vista novamente duas semanas após o tratamento e ainda havia drenagem de secreção pela fístula na mama esquerda.

No mês seguinte, foi submetida à fistulectomia com cura do processo.

Nos dois anos seguintes ainda não tinha apresentado recidiva do abscesso.

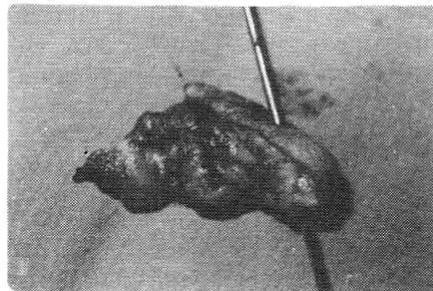
## TÉCNICA DA FISTULECTOMIA

1 - Introduz-se um estilete, fino, maleável pelo orifício fistuloso, o qual sairá por um dos poros do mamilo (fig. 1).

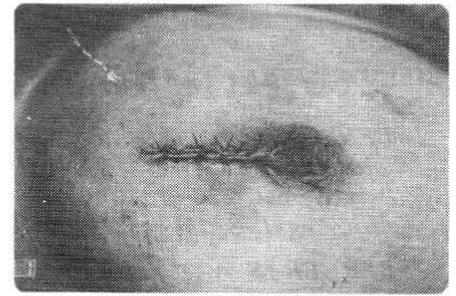


2 - Incisão elipsóide que engloba o orifício e o poro onde saiu o estilete.

3 - Faz-se ressecção em cunha até atingir o tecido são abaixo do abscesso; todo o trajeto fistuloso é seccionado, ficando preso ao estilete (fig. 2)



4 - Reconstrói-se o mamilo com sutura por pontos separados (fig. 3).



5 - Sutura da aréola também por pontos separados.

Como exames pré-operatórios, um hemograma completo e um Cooagulograma são imprescindíveis.

## CONCLUSÃO

No nosso serviço, foram vistas 16 pacientes com Abscesso Subareolar Recidivante, com idade variável entre 20 e 58 anos (M = 34 anos). Destas, 3 (18,7%) eram solteiras e o restante, eram casadas.

De todas as pacientes, 68,7% apresentavam o mamilo invertido e em apenas 2 casos (12,5%) a ocorrência foi bilateral. No serviço de Caswell e Burnett, todas as pacientes vistas em 2,5 anos, apresentavam inversão de mamilo congênito. Também em 68,7% dos casos as pacientes já haviam sido submetidas à incisão e drenagem do abscesso.

Considerando-se o número de abscessos, em nossa estatística, somente três pacientes tinham abscessos múltiplos sendo que 13 delas apresentavam somente uma única lesão. Da mesma forma em apenas 2 pacientes o tratamento realizado foi pela técnica de Golden e nas restantes foi feita a fistulectomia. Todas as 16 pacientes apresentaram rápida melhora e cura do processo, não havendo, até o momento, recidiva da patologia, acompanhadas e re-avaliadas num período que variou de 1 até 42 meses (M = 26 meses).

Em um trabalho com meninas jovens entre 10 e 20 anos foram vistas 237 pacientes, e destas, apenas 2,9% apresentavam lesões inflamatórias (7). O mesmo índice de recidiva Caswell e Burnett obtiveram em um follow-up de 8 a 30 meses.

## BIBLIOGRAFIA

1. BENSON, E. A. *Breast abscess and breast cysts. Practitioner*, **226** (1370): 1397 - 401, Aug. 1982 IM Feb. 1983.
2. BERGER, S. A. et al. *Recurrent breast abscess caused by Corynebacterium minutissimum. J. Clin Microbiol.*, **20**(6): 1219 - 20, 1984.
3. CASWELL, H. T. & Burnett, W. E. *Chronic Recurrent abscess Secondary to inversion of the nipple. Surg. Gynec. Obstet.* **102**: 439-442, 1956.
4. CASWELL, H. T. & Maier, W. P. *Chronic Recurrent periareolar abscess Secondary to inversion of the nipple. Surg. Gynec. Obstet.* **128**: 597-99, 1969.
5. CHETTY, V. *Benign breast disease. Practitioner*, **229** (1401): 233-4, 236, 238, Mar. 1985.
6. ECKLAND, D. A. & Zeigler, M. G. *Abscess in non-lactating breast. Arch. Surg.* **107**: 398 - 401, 1973.
7. FARROW, J. H. & Ashikari, H. *Breast lesions in young girls. Surg. Cl. N. America* **49**: 267 - 268, April, 1969.
8. FERNANDEZ, A. *Cid y col.: Patologia Mamária. Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1982.*
9. HAAGENSEN, C. D.: *Diseases of the breast. W. S. Saunders Co., Philadelphia, 1986.*
10. MARSDEN, P. D. et al. *Leishmania braziliensis infection of the nipple. BR. Med. J. (Clin. Res.)*, **290** (6466): 433 - 4, Feb. 9, 1985. IM, Jun, 1986.
11. MARRETTI, L. et. al. *Benign diseases of the breast. Therapeutic aspects. Minerva Ginecol.*, **34** (11): 883 - 8, 1982. IM, May 1983.
12. MONTORO, A. F.: *Mastologia. Sarvier., São Paulo, 1984.*
13. PAULUS, D. D. *Benign diseases of the breast. Radiol. Clin. North. Am.*, **21** (1) : 27 - 50, 1983. IM Jul. 1983.
14. PETRIK, J. *Postmenopausal breast abscess. South Med. J.*, **75** (10): 1198 - 200, 1982. IM Jan. 1983.
15. PINOTTI, J. A.: *Terapêutica em Mastologia, Editora Manole, São Paulo, 1983.*
16. ROSSILON, D. et. al. *Selective galactophorectomy: technic and indications. Acta Chir. Belg*, **85** (1): 31 - 5, Jan. Feb. 1985.
17. SCHWARTZ, G. F. *Benign neoplasms and "Inflamations" of the Breast. Clinical Obstetrics and Gynecology*, **25** (2): 373 - 85, June 1982.
18. SODEN, C. E. *Hyperkeratosis of the nipple and areola. Cutis*, **32** (1): 69 - 71, 1983. JM Dec. 1983.
19. STURN, A. W. & Sikkenk, P. J. H. *Anaerobic curved Rods in breast abscess. Lancet.*, **2** (8413): 1216, 1984.
20. URIBURU, J. V.: *La Mama. Lopez Libreros Editores, Buenos Aires, 1977.*
21. XAVIER, N. L. et al. *Tuberculose da mama - uma entidade rara e esquecida. R. AMRIGS*, **28** (1): 66 - 8, Jan/Mar; 1984.

# Relacionamento Paciente - Enfermagem na Interação Mãe-Filho

Lenir Maria Baruffi  
Maria Justina Dendena Fagundes

**Mother's womb: a journey from the inside of womb can conclude only in harmony on the same belly, never in an impersonal nursery. That is why the baby must be put on the belly of that organism that during months was its home.**

It is evidenced that a precocious and ever increasing contact between mother and recent-born is associated with differences of quality of maternal affect and thus it is desirable for the mother to have close contact with her child as soon as the child's condition allows it and the mother is awake.

The professionalism of obstetrical practice as well as concern with infectious illness have still further removed the mother from participation or even knowledge of the experience of childbirth.

Pediatrics and nursing can make important contribution to the well-being of newborn children, stimulating healthy relationship between newborns and their families.

Hospital routine seems to hinder attaining this object.

O ventre da mãe: a viagem de dentro do ventre só pode terminar harmonicamente sobre o ventre, jamais num impessoal berçário. Assim, devemos colocar o bebê sobre o ventre daquele organismo que, durante meses, foi sua casa.

Há evidências de que um contato precoce e aumentado entre a mãe e RN é associado com diferenças de qualidade no afeto materno, é desejável que a mãe tenha contato com o seu filho assim que a condição da criança permita e que a mãe esteja acordada.

A profissionalização da prática obstétrica e a preocupação com doenças infecciosas têm afastado a mãe mais ainda da participação ou mesmo conhecimento da experiência do parto.

Importante contribuição que Pediatra e Enfermeiros podem fazer ao bem-estar dos RNs é estimular uma relação saudável entre RN e sua família. Rotinas hospitalares parecem impedir esse objetivo.

## OBJETIVO:

*Avaliar a mudança na rotina de atendimento do RN em relação à interação mãe-filho em sala de parto e o atendimento de enfermagem.*

## DESCRIÇÃO DO MÉTODO:

*Conforme revisão bibliográfica e vivência profissional sentimos a necessidade de realizar algumas mudanças na conduta de atendimento em sala de parto.*

*Até o momento o atendimento era feito da seguinte forma:*

*\* A mãe dava luz ao bebê, eram prestados os cuidados imediatos ao RN, o mesmo era mostrado à mãe por alguns minutos e em seguida encaminhado a uma sala de observação onde permanecia sozinho, longe da mãe e família, num período aproximado de 4 - 6 horas, após era levado ao quarto com a mãe.*

*Observamos que esta conduta*

*causava insegurança e principalmente angústia à mãe e familiares, pelo medo de troca do bebê, e de seu estado geral. Ainda um grande transtorno na atividade de enfermagem na maternidade, aumentando o trabalho.*

*Entendemos nós d. que o parto é fato único importante para a mãe e que o alojamento conjunto se inicia na sala de parto com vantagens para a mãe como: relacionamento mãe-filho, possibilita o conhecimento das necessidades do RN, capacita a mãe cuidar do RN normal desde as primeiras horas de vida, promove o incentivo da lactação e amamentação; e para o RN satisfazer suas necessidades físicas e psíquicas como alimentação, atenção e carinho, diminuindo as infecções; assim sendo é que sentimos necessidade de algumas mudanças que colocassem o binômio mãe-filho mais próximos.*

*Hoje a mãe dá a luz a seu bebê, prestam-se os cuidados imediatos, mostra-se o RN para a mãe e este fica em um berço aquecido ao seu lado no Centro Obstétrico até ter condições*

*da mãe vir para o quarto onde os dois vêm juntos, já com peso e medidas, pronto p/ ficar com a mãe.*

*Notamos que esta conduta deixa a mãe mais tranqüila e emocionada em continuar a ligação com o seu filho, para o serviço diminui a aglomeração em berçário, conseqüentemente diminuindo o risco de infecção e transtornos de trabalho na unidade.*

*Este novo método foi implantado na maternidade do HSVP em julho de 1988, com alguma resistência por parte da equipe multidisciplinar, porém lutamos para sentir os resultados, já percebendo na prática diária algum resultado positivo, realizamos um trabalho direto com as mães, também com o objetivo de obter informações sobre o atendimento geral na unidade de internação da maternidade, sentimos a necessidade de obter um parecer das mães sobre o relacionamento da equipe de enfermagem com as parturientes e puérperas, para isso aplicamos um questionário às primeiras 101 pacientes que*



internaram na unidade no período novembro e dezembro de 1988, indifferente de situação sócio-econômica e cultural.

O questionário era respondido pela mãe e deixado no quarto, na alta, sem colocar nome. Após recolhido pelo pessoal da sanificação quando da limpeza do quarto e colocado num envelope.

Avaliando esse questionário obtivemos os seguintes resultados:

**ANALISANDO O QUESTIONÁRIO APLICADO  
OBTIVEMOS OS SEGUINTE  
RESULTADOS:**

- 1 – Você fez acompanhamento pré-natal?  
Sim – 97 respostas  
Não – 04 respostas
- 2 – Quantas consultas você fez durante a gravidez?  
+ 7 consultas – 62 respostas  
5 consultas – 30 respostas  
3 consultas – 7 respostas  
1 consulta – 2 respostas
- 3 – Você foi recebida na Maternidade para internar de maneira:  
Regular: 7 pessoas  
Muito bem: 65 pessoas  
Sem muita atenção pela enfermagem: 01  
Com segurança por parte da enfermagem: 44
- 4 – Durante o trabalho de parto a enfermagem foi:  
Compreensiva: 35  
Não deu a mínima atenção: 0  
Deu apoio e segurança: 58  
Orientou quanto à evolução normal do trabalho de parto: 35
- 5 – Ao chegar na sala de parto você se sentiu:  
Assustada: 03  
Bem recebida: 62  
Com muito medo: 03  
Segura pelo apoio psicológico que recebeu da enfermagem: 49
- 6 – A experiência de permanecer na sala de recuperação o bebê junto, lhe fez:  
Insegura: 02  
Mais tranqüila: 02

Sem diferença nenhuma: 01  
Muito emocionada em continuar a ligação com o bebê: 57

- 7 – Se você já teve outro filho, o qual não permaneceu contigo logo após o nascimento: você acha que essa experiência do bebê permanecer na sala de parto foi:  
A mesma que a anterior: 08  
Pior que a anterior: 02  
Melhor que a anterior: 49
- 8 – Em relação a seu atendimento pela enfermagem do posto, você acha que foi:  
Regular: 05  
Muito boa: 50  
Sem muito interesse por parte de alguns funcionários: 03  
Com muita atenção e segurança da enfermagem: 51
- 9 – Se você tivesse que ganhar outro filho, voltaria a este hospital?  
Sim: 101  
Não: –
- 10 – Outras sugestões:  
– Atendimento foi ótimo: 11  
– Parabéns! Obrigado pela atenção.  
– Obrigado pela atenção e dedicação e pelo carinho que tiveram comigo e meu filho: 02  
– Continuem assim porque os atendimentos de vocês são os melhores: 02  
– Não tenho nenhuma queixa da equipe de enfermagem.  
– Agradeço e parableno toda equipe desse hospital pela dedicação e trabalho que realizam.  
– Aperfeiçoar sempre o atendimento.  
– Vocês estão muito bem em atenção e atendimento.  
– Continuem assim, fui muito bem atendida, com muito carinho.  
– Voltaria a esse hospital, porque achei que este é muito seguro e bem recebido.  
– Tratamento muito bom.  
– Variar o cardápio, fazer uma alimentação com menos fritura: 02  
– Maior facilidade para o atendimento da gestante, com desmembramento do setor de internação geral.  
– Dedetizar as baratas.  
– Fornecimento de água quente pelo Posto.  
– Achei difícil ficar com o nenê no

quarto na 1ª noite depois do parto.

- Algumas funcionárias serem mais atenciosas.
- Ter mais horários de visita.
- Melhores aparelhos para medir a pressão.
- Muito barulho à noite.
- Melhoria nos apartamentos, banheiro maior.
- Uma cadeira mais confortável para os acompanhantes.
- Regular o auto-falante.
- Acho que deve acabar com o rodízio na maternidade.
- Enfermagem sem experiência para fazer higiene do bebê.
- Acompanhamento regular de médico de plantão junto à paciente pós cesárea.
- Gostaria de sugerir ao setor responsável do Hospital uma maior atenção em relação ao Sonar, pois este não oferece nenhuma condição devido à precariedade dos mesmos, este trabalho só está sendo conseguido devido à dedicação da enfermagem, a qual o Hospital está de parabéns em relação a este pessoal excelente.

**CONCLUSÃO**

A enfermeira é responsável pela elaboração e manutenção de um plano educativo, na implantação de novos métodos nas unidades materno-infantis, preconizando a humanização e continuidade da ligação mãe-filho-família. Para isso se faz necessário traçar uma filosofia para a instituição, normas e rotinas, e atividades do pessoal com o objetivo de racionalizar e humanizar a assistência ao binômio mãe-filho.

Avaliando o questionário aplicado, através das respostas, quanto ao relacionamento de enfermagem e seu desempenho está satisfatório em relação à parturiente e puérpera.

As questões relacionadas diretamente com a mudança de procedimento em sala de parto, a questão nº 07, tivemos 49 mães que responderam como sendo a melhor experiência, sendo que das 101 mães questionadas 43 não responderam essa questão por ser primigesta ou o RN teve necessidade de cuidados intensivos, afastando-o da mãe. A questão n.º 06 em que perguntamos sobre a experiência de

permanecer na sala de recuperação com o RN, 50 mães responderam como mais tranqüila e 57 mães responderam como muito emocionadas em continuar a ligação com o bebê, pois esse resultado excelente comprova a importância de se manter um contato físico, prolongado, estimulando o atendimento das necessidades afetivas, biológicas e sociais da criança e da sua mãe.

Observamos também no questionário que o nº de mães que responderam sim no pré-natal com + de 7 consultas foi elevado, porém, na prática, esse pré-natal, ainda está muito aquém do preconizado, pois a gestante chega à maternidade sem o mínimo conhecimento sobre o trabalho de parto.

As sugestões solicitadas a grande maioria foram de ordem administrativa, e algumas ainda frizaram o aten-

dimento da enfermagem.

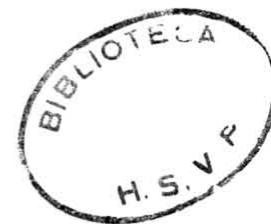
Sendo assim esse estudo nos assegura que a mudança de procedimento na rotina de atendimento ao RN, deixando-o ao lado de sua mãe a partir do nascimento, sempre que suas condições fisiológicas o permitem, está sendo positivo e aceitável, pelos resultados que obtivemos junto às mães, e também a equipe multidisciplinar que atua na maternidade do HSVP, hoje aprova, está motivada com o método e observa a segurança, tranqüilidade e equilíbrio emocional por parte da mãe e familiares, racionalizando o trabalho de toda a equipe. Estamos convictos de que qualquer mudança só depende da ação, persistência e educação que nós enfermeiros atuamos ●

---

Serviço de Enfermagem do HSVP.

## BIBLIOGRAFIA

1. Neonatologia – Fisiopatologia e cuidados do Recém-Nascido. Gordon B. Avery 1978 – Artes Médicas.
2. Pediatria Básica – Pedro de Alcantara e Eduardo Marcondes 6ª Ed. SP. 1978. Sarvier.
3. Perinatologia Social – José Américo Silva Fontes. Ed. BYK. SP. 1986.
4. Relação Médico-Paciente – Cyro Martins – Ed. Artes Médicas – 1979.
5. Humanização tarefa de todos – Sara Lopez Escalona – Ed. Paulinas. 1983.



# Politraumatizado

César A. Pires  
 Carlos A. Wentz  
 Paulo S. Crusius  
 Cláudio A. Seibert  
 Adroaldo B. Mallmann

The poli-traumatic syndrome holds a position of prominence among the challenging situations that are daily experienced by physicians and para-medical personnel who serve in the emergency sectors of our hospitals. The problem's exact dimension, especially that which refers to aid at places of accidents and transportation to the hospitals' emergency wards, with the adaptation of steps that are the advanced support of life, is unknown or badly understood by the greater part of medical and / or lay population.

An assessing routine and initial care given the patient poli-traumatized is proposed through perusal of specialized bibliographic information, taking into account the authors' personal experience.

A Síndrome do Politraumatismo ocupa posição de destaque entre as situações desafiadoras vivenciadas no cotidiano dos profissionais médicos e paramédicos que militam nos setores de emergência dos nossos hospitais. A exata dimensão do problema, em especial relacionado ao socorro no local do acidente (suporte básico de vida) e transporte aos setores de emergência dos hospitais, com a instituição das medidas que constituem o suporte avançado de vida é desconhecida ou mal compreendida pela maioria da população médica e/ou leiga.

Através de revisão da literatura especializada e considerando a experiência pessoal dos autores, propõe-se uma rotina de avaliação e atendimento inicial ao paciente politraumatizado.

## INTRODUÇÃO:

O paciente traumatizado constitui um importante problema de saúde pública, em especial nos países do 3º mundo. A menos que exista informação sobre o risco em diferentes populações, onde e quando se produzem as lesões, qual a sua gravidade e com que frequência ocorrem, não podemos estabelecer planos racionais para o enfrentamento desta condição, nem regionalmente ou a nível nacional, ou ainda, tampouco, em um hospital isoladamente. A dificuldade na obtenção de estatísticas fidedignas reflete a ampla dispersão destes pacientes por todo o sistema de cuidados médicos. A metade dos casos fatais nunca chega aos hospitais. Outra grande proporção destes casos são avaliados a nível de especialidades médicas e, comumente, não avaliados na sua totalidade. Do total de óbitos, cerca de 50-60% são decorrentes do traumatismo crânio-encefálico e uma grande proporção secundária à hipovolemia, hipoxemia, hipercarbia e acidose, condições inter-dependentes, preveníveis e tratáveis, na grande maioria dos casos.

Outro fator de grande relevância a ser considerado, do ponto de vista de morbi-mortalidade, é a rapidez

com que o paciente vítima de politraumatismo chega ao setor de emergência de um hospital; de mesma forma, a maneira como é transportado e a existência ou não de suporte básico de vida durante a veiculação ao atendimento avançado, são fatores decisivos para o êxito da reanimação.

O paciente politraumatizado constitui desafio técnico e científico às equipes médicas nos setores de emergência devido à complexidade e gravidade da situação, pois do pronto e eficaz atendimento depende a vida do paciente e sua recuperação.

No Politraumatizado a avaliação médica e a reanimação são, geralmente, eventos simultâneos:

### 1) Exame Físico:

– Sinais Vitais:  
 Frequência respiratória.  
 Frequência cardíaca e pulso periférico.  
 Coloração da pele, mucosas e extremidades.

– Despir o paciente.

– Exame Geral:

Expansibilidade torácica, simetria, posição da traquéia, tipo de respiração, rápida ausculta.

Aspecto das veias jugulares externas (volemia).

Integridade da parede abdominal, tensão muscular e ruídos hidro-aéreos.

Sangramento externo rápido.

Nesta fase detecta-se e institui-se a conduta apropriada às principais condições determinantes da elevada morbi-mortalidade destes casos, ou seja, o choque hipovolêmico, insuficiência respiratória aguda, parada cardiorrespiratória, protelando-se avaliação mais elaborada para momento posterior.

### 2) Conduta Médica:

a) Prioridades Iniciais:

– Via Aérea:

Aspiração de secreções e remoção de corpos estranhos.

Elevar o ângulo da mandíbula e estender a cabeça (abertura da via aérea).

Suspeita de fratura da coluna cervical mnter orientação axial da cabeça.

Oxigenioterapia com máscara e balão autoinflável.

Nos pacientes em coma a intubação endotraqueal favorece a oxige-

nação, além de proteger a via aérea da aspiração pulmonar; a via oro-traqueal é rápida e expedita, sendo preferida na maioria dos casos. Todavia, se houver suspeita de fratura da coluna cervical a via naso-traqueal é a escolha, pois não exige mobilização do segmento crânio-vertebral; é mais demorada, mais segura quanto ao risco de extubação acidental.

Em situações especiais, como lesões extensas da face e cervicais anteriores com lesão laringo-traqueal, a adequação da via aérea pode ser obtida através de cricotireoidectomia ou traqueostomia.

– **Sangramento Externo Rápido:**

O controle deve ser realizado pela compressão digital direta sobre o ponto sangrante e o paciente encaminhado ao centro cirúrgico para tratamento definitivo. O pinçamento às cegas pode resultar em lesões nervosas e/ou vasculares adicionais.

– **Estado Cárdio-vascular:**

**Volemia:**

O déficit de volume circulante leva à ativação reflexa do sistema nervoso autônomo simpático:

- Palidez cutânea e/ou cianose
- Sudorese fria e pilo-ereção
- Queixa de frio e sede
- Hipotensão arterial, taquicardia e taquisfigmia
- Oligo-anúria
- Sonolência, obnubilação, agitação e inquietude, torpor e até coma

Os locais que podem conter quantidades grandes de sangue são o tórax, abdome e pelve, retro-peritônio e coxa. Em hipótese alguma um sangramento intra-craniano pode produzir choque hipovolêmico.

O choque neurogênico é diagnóstico de exclusão e usualmente responde bastante rápido à infusão de pequenos volumes e administração de vasopressores; encontrado nas lesões de coluna com comprometimento das vias neurais do sistema nervoso vegetativo simpático.

O acesso vascular ao meio interno é vital, através de venopunções percutâneas e, em casos de maior gravidade, deve-se dar preferência à dissecação venosa, permitindo a infusão rápida de fluidos, medicamentos e sangue (esse último apresenta dificuldade de fluxo em cateteres de menor calibre).

Em pacientes com inequívocos

sinais de hipovolemia a rápida infusão de 2000 mL de solução cristalóide pode ser realizado sem riscos. A transfusão de sangue deve preferencialmente ser feita com sangue total fresco, mantendo o hematócrito não inferior a 30. É conveniente lembrar que o sangue estocado contém elevado teor de potássio e o anticoagulante quebra o cálcio circulante, determinando hipocalcemia e, como resultados desse desarranjo metabólico podemos verificar arritmias cardíacas, fibrilação ventricular e assistolia.

Como rotina indica-se administrar ao paciente uma ampola de cloreto ou gluconato de cálcio a cada 4-5 unidades transfundidas rapidamente.

A hipotermia é um efeito colateral comum e secundário à infusão rápida de fluidos e sangue gelado (4,0 C) determinando dificuldade na eliminação de ácidos e potássio, além de desvio para a esquerda na curva de dissociação da hemoglobina.

Além desses fatores, o sangue estocado é pobre em fatores de coagulação e as plaquetas apresentam-se funcionalmente incompetentes, o que determina uma predisposição óbvia para as discrasias sangüíneas e agravamento do estado geral. Como rotina deve-se administrar concentrado de plaquetas a cada dez unidades de sangue transfundidas.

**Falência de Bomba:**

É suspeitada quando diante de um paciente hipovolêmico (hipotenso) as veias jugulares externas encontram-se ingurgitadas.

Hemo e/ou pneumotórax hipertensivo é verificado em paciente com desconforto respiratório, turgência jugular, desvio traqueal e murmúrio vesicular unilateral. A imediata drenagem torácica no ponto de intersecção da linha mamilar com a linha média trata essa grave condição; a perda de tempo em busca do diagnóstico é inadmissível. É importante lembrar que a drenagem torácica é condição sine qua non para que um paciente em parada cardiorrespiratória seja recuperado (o baixo débito ocasionado pelo balanço mediastinal, com distorção e compressão dos vasos da base, além de diminuição do retorno venoso e seqüestração pulmonar, inviabilizam a reanimação).

No tamponamento cardíaco encontramos sintomatologia similar, porém sem evidências de coleções sangüíneas e/ou gasosas no espaço pleural. O diagnóstico depende de elevado grau de suspeição pelo médico e a imediata pericardiocentese confirma e trata essa complicação grave do trauma torácico. A seguir o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico para tratamento definitivo.

Diante de um paciente com ferimento torácico aberto a simples colocação de um curativo com gase vaselinada restabelece o equilíbrio torácico, até que se possa oportunizar o tratamento definitivo.

Paciente em choque hipovolêmico, com RX de Tórax normal, sem evidências de sangramento externo, deve desviar a atenção para o abdome (hemorragia intra e/ou retro-peritoneal).

Nestas circunstâncias, a gravidade da situação impõe a laparotomia exploradora de emergência, sem maiores delongas.

Outras causas de falência de bomba deverão ser lembradas quando, uma vez excluída hipovolemia, o paciente persiste em choque, com jugulares turgidas e pressão venosa central elevada; são elas a contusão miocárdica, associada ou não à tamponamento cardíaco, o infarto agudo do miocárdio (paciente portador de cardiopatia isquêmica prévia que agrava o déficit de perfusão pela hipovolemia), insuficiência cardíaca (inclusive como resultado da reposição rápida de volume na fase de reanimação) e embolização gasosa coronariana.

A hiperatividade simpática resultante tenta compensar a queda da função cardíaca através de um aumento do inotropismo cardíaco, aumento da resistência vascular periférica e aumento da freqüência cardíaca na tentativa de restaurar a pressão arterial e o débito cardíaco claudicantes.

Todavia, devido à extensão do dano miocárdico nestes pacientes, estes mecanismos compensatórios podem ser deletérios resultando em alguns casos somente o aumento da resistência vascular periférica sem aumento proporcional do débito, o que prejudica ainda mais a perfusão tecidual. A hipotensão arterial persistente, mantém baixa pressão de perfusão coronária com agravamento da isquemia e piora progressiva adicional da contratilidade. Não ocorrendo re-

gressão do quadro temos então uma evolução para alterações gerais cada vez mais graves e quase sempre levam o paciente ao óbito.

**b) Prioridades Secundárias:**

**1 – Exame Neurológico**

**Escala de Coma de Glasgow (Fig. 1)**

**Crânio e coluna**

- Exposição de tecido cerebral
- Afundamentos
- Fístulas liquóricas (Oto e/ou rino-liquorréia), indicando fraturas de base craniana
- Sinal de Battle (equimose retro-auricular = fratura osso temporal)
- Sinal dos olhos de Guaxinim (equimono ou binocular = fraturas das paredes orbitárias)
- Simetria e reatividade à luz das pupilas
- Sinais focais motores (deficitários)
- Reflexos óculo-vestibular e óculo-cefálico
- Padrão respiratório

A reanimação de pacientes com traumatismos cranioencefálicos obedece os mesmos princípios gerais. Hipotensão, hipóxia, hipercapnia e acidose determinam as lesões secundárias ao encéfalo, muitas vezes com conseqüências bem mais graves do que a lesão primária traumática. A intubação do paciente comatoso proporciona proteção à via aérea, e, por conseguinte, ao tecido cerebral. A hiperventilação mecânica pulmonar determina hipocapnia e hiperóxia que induzem vasoconstrição cerebral, redução do volume intra-craniano e conseqüentemente da pressão intra-craniana elevada.

O tratamento definitivo de traumatismo cranioencefálico depende de elucidação diagnóstica através de estudos neuro-radiológicos adequados (angiografia cerebral ou Tomografia computadorizada do crânio-encéfalo). A existência de lesões ocupando espaço intra-craniano indica a necessidade de tratamento neurocirúrgico. A figura 2 esquematiza o tratamento de emergência para o trauma crânio-encefálico.

**2 – Exame Ortopédico**

A imobilização de fraturas gravemente deslocadas é muito importante na prevenção de lesões adicio-

nais às partes moles e estruturas neuro-vasculares, além de efeito antálgico. A adequada proteção às fraturas expostas é fundamental até que se possa realizar o tratamento definitivo.

Radiografias, em dois planos diferentes pelo menos, devem ser realizadas para avaliar devidamente a lesão óssea. A extensão dos danos aos tecidos moles muitas vezes não pode ser determinada até a exploração cirúrgica da lesão.

O objetivo da intervenção imediata em fraturas expostas é a eliminação de toda necrose e corpos estranhos, minimizando as lesões adicionais às partes moles e o risco de infecções graves.

As rupturas tendinosas são reparadas no ato operatório com sutura término-terminal. As lesões nervosas são deixadas para reparo posterior. As rupturas vasculares podem ser ligadas primariamente, se houver indício de boa circulação colateral, ou reparadas no ato operatório.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
Abertura Ocular	Espontânea	4	
	Ordem Verbal	3	
	Dor*	2	
	Sem Resposta	1	
Melhor Resposta Verbal**	Orientado	5	
	Confuso	4	
	Palavras	3	
	Inapropriadas	2	
Melhor Resposta Motora	Sons	2	
	Sem Resposta	1	
	Obedece Comando Verbal	6	
	Localiza Dor	5	
Flexão Normal (inespecífica)	Flexão Anormal (decorticação)	3	
	Extensão à Dor (descerebração)	2	
	Sem Resposta	1	
	<b>TOTAL</b>		<b>3-15</b>

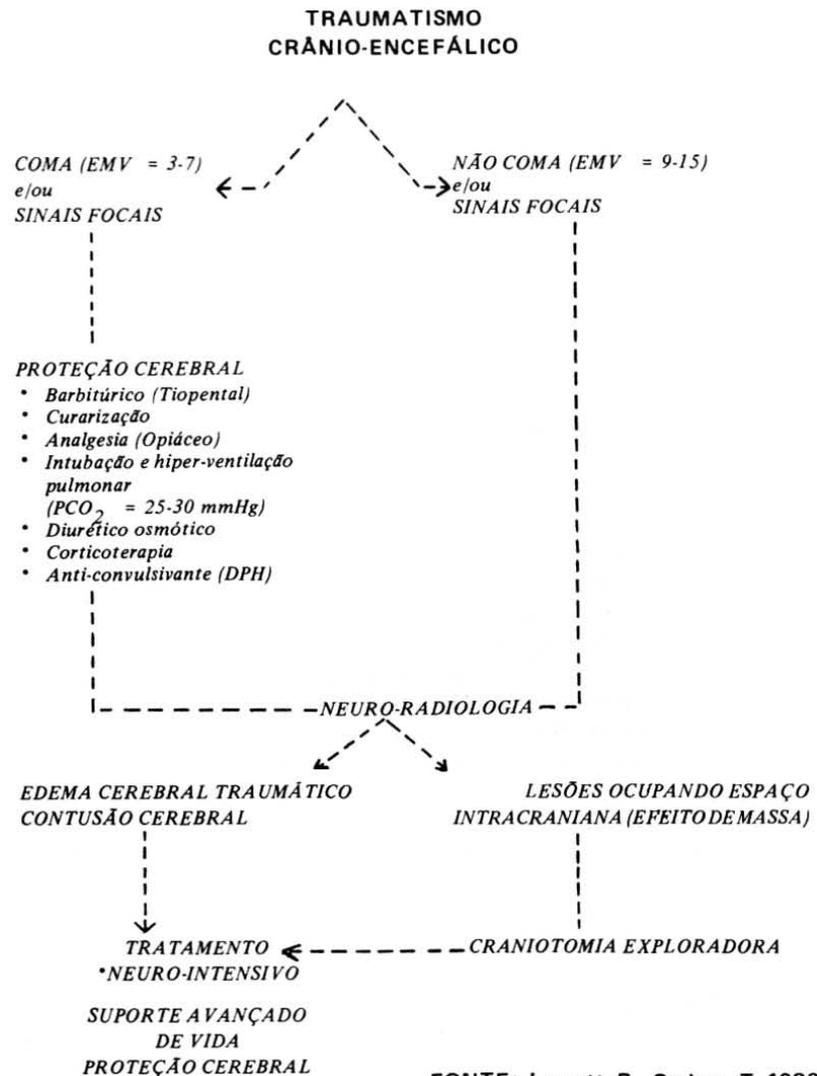
A Escala de Coma de Glasgow, baseada em abertura ocular, respostas verbais e motoras é um meio prático de monitorizar mudanças no nível de consciência.

A quantificação do Exame é dada pela soma dos valores correspondentes a cada resposta.

A menor contagem é 3 e a maior é 15.

\* Aplique um estímulo doloroso e observe a resposta.

\*\* Estimule o paciente previamente se necessário.



FONTE: Jennett, B., Grahnan, T. 1986

## CONCLUSÃO

Aliado à capacitação profissional, o médico que se propõe a prestar o atendimento de pacientes politraumatizados deve ter em mente a necessidade de abordar a situação como uma síndrome clínica que pode oferecer, a cada instante, nuances diferentes e que exigem rápidas e eficazes intervenções.

O apoio inter-disciplinar é necessário e salutar. No entanto, as medidas mantenedoras da vida (suporte básico) deverão necessariamente ser instituídas pelo médico de primeiro atendimento, especialista ou não.

De uma forma geral, quanto mais ampla e minuciosa a abordagem maior será a probabilidade de êxito na reanimação do paciente politraumatizado ●

---

Trabalho realizado no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Ensino São Vicente de Paulo – Passo Fundo -RS.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA; Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured patient. Appendix I. Planning Neurotrauma care. *Bull. Am. Coll. Surg.*, 71:22-23, 1986.
2. BAKER, C.C., DEGUTES, L.D., De SANTIS, J., et. al. Impact of a trauma service on trauma care in a University Hospital. *Am. J. Surg.*, 149:453-58, 1985.
3. JENNETT, B., GRAHAM, T., Evaluación inicial de los pacientes con traumatismos craneales. In: **Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos craneoencefálicos.** pg. 103-19 Barcelona. SALVAT, 1986.
4. LIMA, J.T.C. Atendimento inicial do politraumatizado. In: **Urgências em Neurocirurgia: Traumatismos Cranioencefálicos.** pg. 01-08 São Paulo. SARVIER, 1980.
5. ZUIDEMA, G.D., CAMERON, J. L. Initial evaluation and treatment of the injured patient. In: **Management of Trauma.** pg. 01-23 W.B. SAUNDERS COMPANY, 1973.



# Síndrome de Peutz - Jeghers

Cesar Antonio de Quadros Martins  
Jorge Roberto Salles de Anunciação  
Hélio Renan Dias, idem

Peute-Jeghers's ailment (polyposis) with its variety of affections has in common the presence of polyps in the digestive tract. It is an entity whose descriptions are recent and which reveals still controversial aspects, referring to its ability to turn malignant and clinical appearance.

It presents generally, jointly with gastrointestinal or extra-gastrointestinal polyps, mucocutaneous pigmentation, characteristics in the oral cavity, and/or other regions of the skin surface and brings in its salience several local manifestations (occlusion, subocclusion, colica, bleeding) that frequently lead to serious systemic effects which can bring about death if not discovered and promptly reversed.

A doença de Peute-Jeghers (Polipose) faz parte de sua variedade de afecções que têm em comum a presença de pólipos no aparelho digestivo. É uma entidade cujas descrições são recentes e que revela aspectos ainda controversos no que diz respeito à capacidade de marginalização e apresentação clínica.

Apresenta, geralmente, em conjunto com polipos gastro-intestinais e/ou extra-gastro-intestinais, pigmentação mucocutânea características em cavidade oral, e/ou outras regiões da superfície cutânea e traz, no bojo de sua apresentação, manifestações locais (oclusão, suboclusão, cólicas, sangramento) que levam muitas vezes a graves repercussões sistêmicas que se não detectadas e prontamente revertidas podem levar ao óbito.

## 1 - INTRODUÇÃO:

A polipose de Peutz - Jeghers (PJ) faz parte de uma série de afecções que têm em comum a presença de pólipos no aparelho digestivo. Esses pólipos podem dar manifestações locais e/ou sistêmicas de graves repercussões ao organismo.

### 1. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

Embora seja conhecida desde 1896 através dos estudos de Hutchinson, foi Peutz, em 1921, com o relato de sete pacientes de uma mesma família e, mais tarde, Jeghers (1949) que universalizaram a doença. Esses pesquisadores demonstraram a associação clínica de Polipose Intestinal Múltipla com manchas mucocutâneas e sintomas e sinais de oclusão ou suboclusão intestinal e anemia.

Os pólipos, em mais ou menos 95 por cento dos casos, são de natureza benigna e ocorrem mais freqüentemente no jejunoíleo. As publicações detalhando malignização (?) dos mesmos mostram relação com a proximidade ao duodeno e estômago. Os pólipos em intestino grosso são mais raros. Há relatos da associação de pólipos intestinais com pólipos extra-intestinais com localização em brônquios, bexiga, fossas nasais e ovário.

Quinze por cento dos pacientes podem cursar pigmentação mucocutânea, que varia de cor negra à castanha-escura, sem polipose intestinal.

Quinze por cento dos pacientes podem cursar pigmentação mucocutânea, que varia de cor negra à castanha-escura, sem polipose intestinal.

A pigmentação mucocutânea de melatina surge na mucosa oral e peri oral, sola dos pés e mãos. Com exceção da cavidade oral as manchas tendem a desaparecer em outros locais.

A incidência da doença é incommum antes da segunda década.

O caráter familiar hereditário da doença é determinado por um gem autossômico dominante.

## 2 - HISTOLOGIA:

O pólipo se apresenta com uma projeção digitiforme da mucosa e é constituído de células caliciformes, argentafins, de Paneth e células colunares.

Os pólipos se projetam com seu

epitélio revestindo fibras musculares lisas que vêm da camada muscular da mucosa.

## 3 - QUADRO CLÍNICO:

Os pacientes podem apresentar-se com quadro de cólicas abdominais e/ou anemia e manchas mucocutâneas. Muitas vezes o paciente interna com quadro de oclusão intestinal.

A anemia pode ser aguda (hematêmese-melena-enterorragia) ou por perda progressiva de pequena quantidade de sangue oculto nas fezes.

A história familiar pode revelar outros casos com curso semelhante.

Pode haver relato de o paciente ter vomitado o pólipo gástrico.

## 4. INVESTIGAÇÃO:

4.1 - LABORATÓRIO: o eritrograma demonstra a perda sangüínea e indica o valor a ser repostado. Mostra geralmente uma anemia hipocrômica.

4.2 - RADIOLOGIA: o Raio X contrastado de todo o tubo digestivo demonstra as falhas de enchimento.

Os pólipos podem variar de um a múltiplos, tendo tendência maior de se localizarem em jejunoíleo. O exame de duplo contraste mostra o pólipo com maior exatidão.

4.3 – ENDOSCOPIA: a endoscopia alta ou baixa, conforme a localização do pólipo, permite a visão direta, a evidência ou não de sangramento ativo e, muitas vezes, a retirada cirúrgica pelo aparelho.

## 5 – TRATAMENTO:

O tratamento depende de como o quadro clínico se apresenta:

5.1 – OCLUSÃO INTESTINAL: ressecção cirúrgica segmentar. Lembramos que ressecções profiláticas extensas de pólipos não estão indicadas.

5.2 – ANEMIA: tratamento clínico com a normalização do perfil

hemático e acompanhamento ambulatorial.

## CONCLUSÃO

O importante é o acompanhamento ambulatorial do paciente, porque a possibilidade de malignização, embora seja 2 a 3 por cento, aumenta quanto mais próximo do estômago for a localização do pólipo.

Um pólipo é suspeito de transformação maligna se é:

- a) indevidamente endurecido;
- b) ulcerado;
- c) se o pedículo ou base parecem endurecidos ou com mais de dois centímetros de diâmetro.

A cirurgia é indicada quando há complicação do quadro com oclusão intestinal, sangramento intenso ou suspeita de malignização ●

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do HSVP.

## REFERÊNCIAS GERAIS:

1. DANI, R & CASTRO, L. P. & SOUZA, C. – **Gastroenterologia Clínica**. Belo Horizonte, Ed. Guanabara Koogan, 1988.
2. DUBLEY, H. & ROB, C. & SMITH, R. – **Cirurgia de Abdomen**. Buenos Aires, Ed. Panamericana, 1983.
3. GALVÃO, L. – **Cirurgia do Aparelho Digestivo**. RJ, Ed. Guanabara Koogan, 1978.
4. ROBINS, – **Patologia Estrutural e Funcional**. RJ, Ed. Interamericana, 1986.
5. SCHWARTZ, S.J. & ELLIS, H. – **Maingot Operaciones Abdominales**. Buenos Aires, Ed. Panamericana, 1986.
6. ZERBINI, E.J. – **Clínica Cirúrgica Alípio Correa Netto**. São Paulo, Ed. Sarvier S.A., Vol. 4, 1974.

# Aneurisma de Aorta Abdominal

## Relato de um Caso

Gláucia Sarturi  
Luís Fernando Pegoraro  
Roger Alberto Costa

The case is about an aneurism of abdominal aorta and bibliographic review, emphasizing on diagnostical aspects, treatment, prophylaxis and prognosis of this pathology.

The aneurism of abdominal aorta is constituted by slow and progressive enlargement of the abdominal aorta as one of the forms of arteriosclerosis. The diagnosis starts from the finding of a pulsative mass in the epigastrium, confirmed by ultra-sonography and thomography computerized. Treatment and prognosis depend on presence of associate cardio-vascular pathologies, slow or fast evolution of the aneurism as well as on its size. Prophylaxis is found in the reduction and / or elimination of risk factors for arteriosclerosis, being the following: abusive smoking, systhemic hypertension, obesity, hyperlipidemy, diabetes mellitus, low levels of high-density protein, physical inactivity, emotional and / or personality stress.

Trata-se de um caso de aneurisma de aorta abdominal e revisão bibliográfica, com ênfase nos aspectos do diagnóstico, tratamento, profilaxia e prognóstico desta patologia.

O aneurisma da aorta abdominal se constitui em uma dilatação lenta e progressiva da aorta abdominal como uma das formas da arteriosclerose. O diagnóstico parte do achado de massa pulsátil no epigástrio, sendo confirmado pela ultrassonografia e tomografia computadorizada. O tratamento e o prognóstico dependem da presença de patologias cardiovasculares associadas, evolução lenta ou rápida do aneurisma, bem como de seu tamanho. A sua profilaxia se encontra na diminuição e/ou eliminação dos fatores de risco para a arteriosclerose que são os seguintes: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, hiperlipidemia, diabete mellitus, baixos níveis de proteína de alta densidade, inatividade física, estresse emocional e/ou tipo de personalidade.

### DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente JSS, 88 anos, preto, masculino, casado, procedente de Passo Fundo interno na CTI – Cardiológica devido à intoxicação digitalica e crise hipertensiva. Ao exame físico apresentava PA:230 / 80 mmHg, FC:40 Bpm, ictus no 7º EICE com 4 cm, insuficiência mitral e massa pulsátil em epigástrio, ovalada, medindo aproximadamente 8 cm de comprimento e 4 cm de largura, indolor, elástica, sem sopro à auscultação e manobra de Smith-Bates negativa. O ECG mostrava BAV total e FC:40 Bpm. O Rx de tórax evidenciava aumento do ventrículo esquerdo e aorta alongada e dilatada bem como pneumonia à direita. A ecografia abdominal demonstrou aneurisma da aorta abdominal (8 cm x 4,3 cm) com trombo mural.

Na evolução do caso houve resolução da intoxicação digitalica e do BAV total, controle da hipertensão e não houve extensão, hemorragia ou embolia proveniente de aneurisma. Houve piora progressiva do quadro

respiratório, o qual ocasionou o óbito.

### REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O aneurisma aórtico verdadeiro consiste no alargamento anormal que afeta as três camadas da parede do vaso, com destruição das fibras elásticas da camada média, com conseqüente aumento do diâmetro.

Os aneurismas mais comuns são os fusiformes, nos quais ocorre dilatação difusa de um segmento da aorta, sendo sua circunferência total afetada. Em contraste, os aneurismas vasculares comprometem uma parte da circunferência e consistem numa saliência com um óstio. A arteriosclerose é a causa mais comum dos aneurismas da aorta abdominal, seguida de infecções (sífilis), aortites, traumatismos e necrose cística da média.

Três quartos dos aneurismas aórticos ocorrem na aorta abdominal, logo abaixo das artérias renais, atingindo na sua maioria homens com

mais de 60 anos, sendo a maioria destes hipertensos e/ou fumantes. A maioria dos pacientes é assintomático no momento do diagnóstico. O exame físico demonstra massa pulsátil no epigástrio, sendo que o Rx de abdômen mostra calcificação na parede do aneurisma. A ecografia e a tomografia computadorizada confirmam o diagnóstico sendo a ortografia um método diagnóstico invasivo importante.

Como salientado anteriormente o prognóstico depende do tamanho do aneurisma e de outras doenças cardiovasculares arterioscleróticas concomitantes. O diâmetro da aorta abdominal normal é 2,5 cm. Quando o diâmetro do aneurisma é maior que 6,0 cm, a probabilidade de ruptura num período de 10 anos é de 45 a 50%, ao passo que é de apenas 15 a 20% quando o diâmetro é menor que 6,0 cm. A cardiopatia arteriosclerótica isquêmica possui um profundo impacto sobre o prognóstico. O índice de sobrevivência de cinco anos em uma série de pacientes não operados, sem coronariopatia foi de 50%. Já na

presença de cardiopatia isquêmica, a sobrevivida de 5 anos foi de apenas 20%.

Os aneurismas sintomáticos (com dor em epigástrico) ou em extensão necessitam de correção cirúrgica imediata. Na ausência de doença cardiovascular significativa associada, os pequenos aneurismas assintomáticos (de 4 a 6 cm) devem, em geral, ser submetidos à correção cirúrgica.

Na presença de doenças significativas associadas, pode ser conveniente acompanhar o paciente com exames seriados ultrassonográficos. Deve-se proceder à cirurgia se surgirem sintomas ou ocorrer aumento significativo do tamanho do aneurisma. Alguns pacientes com aneurisma rotos sobrevivem por tempo suficiente para se tornarem candidatos a uma reparação cirúrgica de emergência. Em 1972 SZILAGYI resumiu as contra-indicações ao procedimento cirúrgico, que são basicamente as limitações clínicas severas, representadas por:

- 1 – Infarto agudo do miocárdio com menos de 3 meses de evolução;
- 2 – Insuficiência cardíaca congestiva intratável;
- 3 – Angina do peito intratável;
- 4 – Insuficiência pulmonar severa (dispnéia em repouso);
- 5 – Seqüela de acidente vascular cerebral incapacitante;
- 6 – Insuficiência renal com índice

de creatinina maior que 3 mg%;  
7 – Doença letal – associada com expectativa de vida menor que 3 anos;

8 – Aneurisma pequeno em pacientes com mais de 75 anos de idade;

9 – Idade acima de 80 anos.

O referido autor, no entanto, enfatizava que não havia nenhuma contraindicação ao tratamento cirúrgico de pacientes em fase de expansão aguda ou de ruptura.

O tratamento cirúrgico sempre que possível é feito fazendo-se substituição do aneurisma por enxerto de DRACON, tipo KNITTED, do calibre adequado.

Como a maioria dos aneurismas aórticos abdominais são de causa aterosclerótica a sua profilaxia consiste na diminuição e/ou eliminação dos fatores de risco para aterosclerose, que são os seguintes: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, hiperlipidemia, diabete mellitus, baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade, inatividade física, estresse emocional e/ou tipo de personalidade.

#### COMENTÁRIOS

O objetivo do trabalho é alertar a população médica sobre o diagnóstico do aneurisma da aorta abdominal

baseado nos achados de exame físico e realização de exames complementares (ecografia, tomografia computadorizada e aortografia), todos disponíveis no Hospital São Vicente de Paulo, bem como revizar a terapêutica vigente na literatura especializada.

#### BIBLIOGRAFIA

1. HARRISON, Medicina Interna: Doenças da Aorta. Volume 1, págs. 963 a 964, 11ª Ed. 1988.
2. CECIL, Textbook of Medicine: Diseases of Aorta. Cap. 56, págs. 370 a 371, 18ª Ed. 1988.
3. BONAMIGO, Telmo Pedro; Aneurisma da Aorta Abdominal: Considerações sobre 100 procedimentos seletivos. Revista Médica do Paraná 45 (1/4) 15-20, jan/dez, 1987.
4. PALAZZO, João Carlos; RISTOW, Arno Von; Aneurismas da Aorta Abdominal. Jornal Brasileiro de Medicina 12-24, Vol. 55 nº 2, Agosto 1988.
5. BONAMIGO, T.P. – Aneurisma da Aorta Abdominal: Morrer com Ele ou Viver sem Ele. Rev. AMRIGS (Porto Alegre), 26(3): 241, 1982.
6. CRAWFORD, ES. COHEN ES: Aortic Aneurysm: A Multifocal disease. Arch Surg. 117: 1393. 1982.



# Derrame Pleural em Pediatria

## Relato de um Caso

Luiz Antonio Ecker

Cleusa Rocha

Renato Gai

Pleural infectious accumulation in children may be caused by predominately *Staphylococcus aureus* bacteria, *Haemophilus influenzae* and *Pneumococi*, the rest of cases being caused by gram-negative bacteria, tuberculosis, virus and microplasma.

The cause of infectious pleural accumulation is found in about 50% of cases. It is due to this reason that diagnostical thoracocentesis is recommended, ordering a routine analysis of the pleural liquid with germ investigation and antibiogram.

The most important data to indicate thoraxical drainage on the patient with pleural accumulation were: hypertensive pleural accumulation, positive bacterioscopy, purulent aspect of pleural liquid with pH of 7.2 and glucose proportion of the pleural liquid below 50% of normal glucemia.

Anti-bacterial treatment lasted 14 days.

O derrame pleural infeccioso em crianças pode ser causado por bactérias predominantemente por *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*, sendo os demais casos por bacilos gram negativos, tuberculose, vírus e micoplasma.

A causa do derrame pleural infeccioso é encontrada em aproximadamente 50% dos casos. Por esse motivo, enfatizamos a realização da Toracocentese diagnóstica solicitando a rotina do Líquido pleural com pesquisa de germes e antibiograma.

Os dados mais importantes para indicar a drenagem torácica no paciente com derrame pleural são: derrame pleural hipertensivo, bacterioscopia positiva, aspecto purulento do Líquido pleural, PH < 7,2 e a dosagem da glicose do Líquido pleural inferior a 50 mg% com glicemia normal.

O tempo de tratamento antimicrobiano varia de 10 a 14 dias para os casos de *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus* e de 4 a 6 semanas para os casos de *Staphylococcus aureus*.

R.S., 4 meses vida, branco, masculino, portador da seqüência de Pierre-Robin. Estava gripado há aproximadamente 15 dias. Nos últimos 3 dias a tosse tornou-se produtiva, com febre, recusa alimentar, gemido, dificuldade respiratória, sendo medicado com antitérmico e gotas nasais. Há um dia piora desses sintomas, tendo procurado o Pronto Socorro do HSVP, sendo indicada internação. **Ao Exame:** Lactente, masc., febril, gemente, pálido, mucosas hipocoradas, hidratado, cianose em ar ambiente, dispnéia moderada, na ausculta pulmonar: sibilos generalizados, diminuição do MV difusamente à direita.

**Hemograma:** Hemoglobina: 9,2g% - leucócitos: 29.200/mm<sup>3</sup>, Bast-40%, Seg-33%, Eo-zero, linfócitos-25%.

**Rx. tórax** - derrame pleural à Dir., consolidação pneumônica base dir., hiperinsuflação. - Vide Rx.

**Gram. do liq. pleural:** Bacilos Gram-negativos.

**Toracocentese diagnóstica:** obtido líquido pleural fracamente purulento, (aprox. 100ml).

**Cultural c/TSA** - *Haemophilus influenzae*, sensível à ampicilina, clo-

ranfenicol e cefalosporinas de 3ª geração.

- Foi instalado Drenagem torácica à direita com aspiração contínua por 05 (cinco) dias.

- Foi medicado com Oxigênio, soro a 5%, drenagem de tórax, cloranfenicol, cefalotina e amicacina até obter o resultado da cultura e antibiograma.

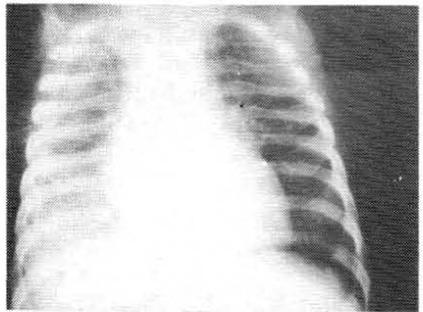
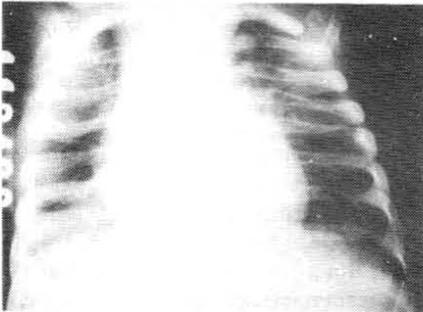
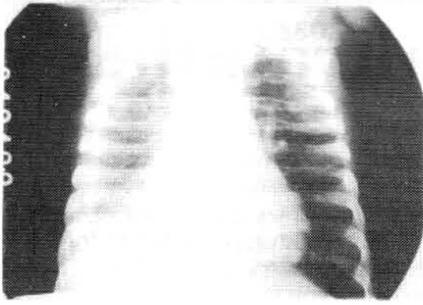
**Evolução:** O paciente recebeu O<sub>2</sub> por 48 hs, drenagem de tórax - 5 dias, esquema triplo de antibióticos por 48 hs, posteriormente foi mantido com cloranfenicol - 14 dias. O paciente teve fábricas por 8 dias, com melhora clínica e radiológica cfe Rx. Alta hospitalar no 12º dia de internação.

### DISCUSSÃO

O pediatra, frente a uma criança com derrame pleural infeccioso, deve levar em conta a possibilidade de identificar o agente infeccioso. Isso é possível em 50% dos casos, por isso deve ser realizada a toracocentese diagnóstica de rotina. Os casos de cultura negativa devem-se a antibioticoterapia prévia, derrames parapneumônicos e de etiologia viral, e mais raramente a tuberculose.

Antes do surgimento das sulfas e penicilina para uso clínico, o agente infeccioso mais freqüente era o pneumococo (60% dos casos), atualmente ele corresponde a menos de 10% dos casos. Atualmente também vem decrescendo a freqüência do *Staphylococcus aureus* (30% dos casos), vem aumentando a freqüência do *Haemophilus* (25%), sendo que os demais germes correspondem a uma minoria de casos.

Ao Rx de tórax observamos velamento de um hemitórax nos derrames hipertensivos, já nos derrames menores observa-se um velamento em linha no Rx em decúbito lateral com raios horizontais, no paciente submetido ao Rx. em pé - observa-se imagem em menisco, velando o seio costofrênico. Na tentativa de isolar o agente etiológico do derrame pleural, o pediatra deve realizar a toracocentese diagnóstica de rotina, sempre que o derrame pleural na radiografia com raios horizontais - decúbito lateral, medir mais que um (01) cm. Nos derrames com mais de 01 cm, observando-se a técnica adequada de toracocentese, a incidência de pneumotó-



rax pelo método propedêutico é mínima.

Deve-se solicitar Gram Cultural com TSA, Rotina do liq. pleural, incluindo pH e LDH. Os dados mais importantes para indicar drenagem pleural precoce são: a) aspecto purulento; b) observação de bactérias à coloração de Gram; c) pH menor que

7,2-Glicose do liq. pleural menor que 50 mg% (com glicemia normal). Posteriormente a cultura positiva para bactérias também é indicação para drenagem torácica. Além desses dados, qualquer derrame hipertensivo deve ser drenado melhorando a função respiratória do paciente. O tempo de permanência do dreno de tórax vai depender da etiologia do derrame pleural. Nos derrames pleurais por pneumococo e hemófilos o dreno é mantido em torno de 7 dias, prolongando esse tempo quando houver complicações associadas. Nos derrames pleurais por *Staphylococcus aureus* a permanência do dreno de tórax é maior (10-14 dias em média), quando a associação com pneumatoceles e pneumotórax é muito freqüente.

O tratamento antimicrobiano para a criança com derrame pleural infeccioso depende da suspeita etiológica, evolução e aspecto radiológico.

Na criança com pneumonia lobar e derrame pleural a etiologia mais provável é pneumococo e hemófilos. Nesses casos iniciar com Ampicilina 200 mg/Kg/dia Ev 6/6 ou Cloranfenicol-100 mg/Kg/d.

Na criança com broncopneumonia extensa, mau estado geral, derrame pleural, pneumatoceles e/ou pneumotórax com evolução rápida, pensar na etiologia estafilocócica - usar Oxacilina ou Cefalotina-200mg/kg/dia Ev 6/6h. Para aumentar a eficácia terapêutica é aconselhável associar um aminoglicosídeo (gentamicina ou ampicacina) por 10 a 14 dias, devido ao fato de existir atualmente muitas cepas de estafilococos tolerantes à Oxacilina e cefalotina. Para os casos muito graves ou com má resposta ao esquema acima usar vancomicina ou clindamicina.

Como 3ª alternativa terapêutica para os casos graves de derrame pleural, pneumonia, mau estado geral, pode-se usar esquema triplo de antibióticos (ex-cloranfenicol, oxacilina-aminoglicosídeo) até isolar o germe através da evolução suspender um ou dois antibióticos desse esquema. Nesses casos fica difícil saber qual o antibiótico responsável pela cura da pneumonia. Na prática diária nem sempre temos alto grau de suspeita etiológica para pneumonias graves, obrigando-nos a esquemas terapêuticos de amplo espectro.

O tempo de tratamento antimicrobiano varia de acordo com o germe isolado ou suspeito. Para hemófilos e pneumococo - 10 a 14 dias - enquanto que para as infecções estafilocócicas é prudente 4 a 6 semanas de tratamento para evitar recaídas da infecção ●

Trabalho realizado na CTIZ Pediátrica do HSVP.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. T. Rozov, Afecções Respiratórias Inespecíficas em Pediatria. Ed. Sarvier, 1986.
2. Frei B., J. et all - Parapneumonic effusion and Empyema and children - 227 cases - Ped. Infect. Dis. 3.578/92-1984.
3. Pleural Empyema - J. Nelson in Ped.Infect.Dis.Suplement-Jul/86.
4. Aspectos Clínicos e Bacteriológicos do Empyema Pleural em crianças - Paulo A. Caetano Fortes: Pediatria São Paulo - 1.80/83-1986.



# Síndrome da Criança Maltratada (SCM)

VISÃO ORTOPÉDICA DE UM PROBLEMA MULTIDICCIPLINAR

Osvandré Lech  
Paulo Bertol  
Marcos de Paula  
Giana Monteggia  
Ewerton de Campos  
Jorge Borges  
Marco Aurélio Rodrigues  
Clóvis Arruda Vieira

The authors call attention to their peers to a new drama present in the daily activities in our hospitals and emergency rooms: THE BATTERED CHILD. It is a well-known clinical entity. Several medical specialties are directly involved with its treatment. There is an increased number of diagnosed cases in our area. There are special ways to differentiate between a fracture caused by an accident and the one caused by physical aggression. Once the problem is diagnosed, there is a need for a multiprofessional team, as a physician, nurse, social and psychology advisor, lawyer, policeman, etc., to start working with the child and his/her family.

Os autores trazem ao conhecimento médico regional um novo drama diário dos hospitais e ambulatórios: A CRIANÇA MALTRATADA. Trata-se de uma entidade clínica há muito conhecida, e que envolve várias especialidades médicas. Há um número crescente de casos em nosso meio. Existem características que nos permitem diferenciar uma fratura por acidente casual de uma fratura causada por agressão física. Uma vez detectado o problema, há necessidade de uma equipe multiprofissional, como médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, advogado, policial, etc., trabalhando com a criança e sua família.

## DADOS HISTÓRICOS

Ambroise Tardieu foi o primeiro a descrever a SCM em 1868, em Paris, após autopsiar 32 crianças espancadas até a morte.

O caso "Mary Allen" ocorreu em Nova Iorque, em 1870, e notabilizou-se pelo fato de que somente a Sociedade de Prevenção à Crueldade de Animais importou-se em dar proteção àquela criança!!!

Caffey, radiologista, em seu livro clássico "Pediatric X-Ray Diagnostic", de 1946, chamou a atenção pelo fato de não encontrar relação clínica para os aspectos radiológicos encontrados (hematoma subdural e fraturas em epífises de ossos longos).

Kempe, pediatra, em 1961, batizou o termo BCS ("battered child syndrome"), e hoje é a maior autoridade mundial no assunto.

Desde então centenas de publicações científicas foram editadas por médicos, psicólogos, enfermeiros, assisten-

tes sociais, advogados, etc. Além disso, a Mídia (meios de comunicação de massa que levam notícias às populações) tem tido importante participação através da exposição do grave problema e dos apelos às soluções cabíveis. Ver figura 1.

## INCIDÊNCIA

Segundo o professor Hebert, da PUC-RS, em sua excelente revisão sobre o assunto em 1986, é muito difícil chegar-se a números exatos. No entanto, avalia-se que o problema atinge 10 crianças em cada grupo de 1000, e que a mortalidade é de 3-4%.

Este índice é compatível com a leucemia!!!

A frequência é três vezes maior que os casos de Luxação congênita do quadril ou Pé torto congênito. No Canadá, o Hospital for Sick Children

trata de 100 casos novos por ano, em média. Nos EUA, aproximadamente 10% das crianças politraumatizadas com idade abaixo de 6 anos, atendidas nas emergências dos hospitais das metrópoles, possuem o diagnóstico final de SCM. A estimativa americana é da ordem de 25.000 casos novos por ano.

Não existem dados precisos desta síndrome no Brasil. O desconhecimento do diagnóstico preciso por parte da equipe médica e a falsa impressão de que dados epidemiológicos são dispensáveis e caros, levam a um quadro de desinformação e, portanto, negligência no atendimento.

Se extrapolarmos os dados levantados nos serviços de atendimento de urgência da nossa cidade, e relacionarmos com escalas de população brasileira, os números aqui produzidos são muito semelhantes àqueles do "primeiro mundo".

**APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS**

**Caso 1** — Paciente de 3 anos de idade é trazido à consulta com ortopedista em ambulatório de previdência social pelos tios, com história de "ter caído da cadeira" há um mês. O exame físico evidencia um desvio em pescoço de cisne do punho, dor e impotência funcional. O RX mostra fratura em fase final de consolidação, mas com desvio angular do rádio. Ver figura 2. Os tios recebem a orientação de que o pequeno paciente precisa ser submetido a caloclasia (refratura e posterior redução incruenta para melhor alinhamento) sob anestesia geral. Neste momento eles esclarecem ao ortopedista que a fratura deve-se aos constantes espancamentos a que o pequeno paciente é submetido na casa dos pais.

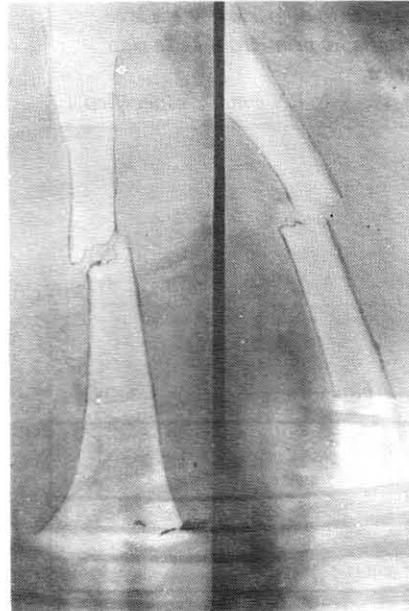


Fig. 2: Fratura dos ossos do antebraço de um menino de 3 anos de idade que não recebeu tratamento adequado na urgência. Foi levado ao médico apenas 30 dias após o espancamento!!!

**Caso 2** — Paciente de 4 anos de idade é trazido às pressas para a emergência do Hospital-Escola com quadro de policontusões, hematomas generalizados e deformidade na coxa direita; a paciente chora muito e sente pavor com a aproximação da equipe de atendimento de plantão. A mãe está tensa e diz que a paciente "caiu da carroça". O RX mostra fratura do fêmur direito. Ver figura 3.

Realizou-se tratamento convencional (redução incruenta e imobilização com gesso pelvi-podálico). A paciente

obteve alta hospitalar no 59 dia de internação, quando a mãe informou ao médico-residente que o motivo real da fratura e ferimentos foi devido ao cruel espancamento que a paciente sofreu do seu pai, quando chegou em casa alcoolizado. O motivo da agressão era banal...



(Fig. 3): Fratura do fêmur causada por espancamento em uma menina de 4 anos de idade. Na SCM a história do acidente nunca corresponde ao fato verdadeiro.

Os casos não são apenas na área de TRAUMATOLOGIA. Há poucas semanas o serviço de CIRURGIA PLÁSTICA foi chamado às pressas para atender a um quadro de estupro causado pelo pai em paciente de poucos meses; realizou-se uma reconstrução anal que se prolongou por várias horas. Quantos anos serão necessários para a "reconstrução" do equilíbrio mental?"

A figura 1 apresenta as manchetes dos jornais que noticiam a morte por espancamento de uma criança de um ano e meio. O pequeno paciente foi trazido às pressas em estado agonizante para o hospital-escola e atendido pela equipe de NEUROCI-RURGIA.

Dezenas de outros casos ilustrativos podem facilmente ser obtidos nos ambulatórios de PEDIATRIA, CIRURGIA TORÁCICA, consultórios de PSICOLOGIA, etc.

O quadro 1 apresenta o diagnóstico diferencial da SCM e o quadro 2 esclarece os principais aspectos da história, exame físico e achados radiológicos que devem ser pesquisados na SCM.



**O NACIONAL VIOLÊNCIA**

**Bebê é espancado até a morte**

**MULHER ASSASSINOU CRIANÇA DE QUE CUIDAVA PORQUE ESTAVA CHORANDO**

**Prisão para policiais**

**CORREIO DO POVO**

PORTO ALEGRE, SEXTA-FEIRA, 5 DE MAIO DE 1989

(Fig. 1): A imprensa local e estadual noticia com destaque o espancamento seguido de morte de um menino de um ano e meio.

Quadro 1: Diagnóstico Diferencial da SCM

PATOLOGIA	CARACTERÍSTICAS
Escorbuto (Avitaminose A)	Raro antes de 6 meses Calcificação subperiosteal bilateral Laboratório é específico
Sífilis Congênita	Levantamento do periosteó em área metafisária no primeiro mês de vida Simétrica Laboratório do RN e mãe é específico
Osteogênese Imperfecta	História familiar RX de crânio – lesões em mosaico Múltiplas fraturas, localizadas nas diáfises dos ossos longos Esclerótidas azuladas
Doença de Caffey (Hiperost. cortical infantil)	RX com neoformação óssea subperiosteal A mandíbula está geralmente acometida
Raquitismo Hipofosfatemia Leucemia Seqüela de Osteomielite Seqüela de Artrite Séptica	* * * * *

\* Ver livro-têxto de Pediatria e Ortopedia para maiores detalhes.

Quadro 2: Como suspeitar da SCM

<p><b>PELA HISTÓRIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pais que impedem que a criança responda ao interrogatório médico.</li> <li>- Explicações dos pais quanto à etiologia do trauma não correspondem aos achados clínicos.</li> <li>- Pais ou acompanhantes excessivamente nervosos, autoritários, que abandonam a sala de emergência, ou solicitam rapidez no atendimento.</li> </ul>
<p><b>PELO EXAME FÍSICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criança em estado de pavor, com sinais de lesão dos genitais, escoriações múltiplas, hematomas.</li> <li>- Dor, edema, limitação de movimento de uma ou múltiplas extremidades.</li> <li>- Quadro de crepitação (sinal clínico de fratura), ou paralisia nervosa de início súbito.</li> <li>- Trauma crâneo-encefálico (anisocoria, alteração de reflexos, resposta imprecisa à dor, etc).</li> <li>- Sinais de queimadura por cigarro, de lesões por unha, por amarria com corda ou chicote, ou ainda por instrumento cortante ou contundente.</li> </ul>
<p><b>PELO EXAME RADIOLÓGICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fratura de qualquer tipo, que não corresponda à história ou trauma.</li> <li>- Traço de fratura espiral em osso longo.</li> <li>- Lesões epifisárias e/ou adjacentes à metafise.</li> <li>- Fraturas viciosamente consolidadas, evidenciando a falta de tratamento ortopédico adequado.</li> <li>- Fratura de costela, esterno, ou escápula devem-se geralmente a trauma direto. <b>SUSPEITAR SEMPRE.</b></li> <li>- Fraturas múltiplas em diferentes estágios de consolidação.</li> <li>- Calcificação subperiosteal (o trauma direto causou apenas o levantamento do periosteó, mas foi insuficiente para causar a fratura).</li> <li>- Hematoma sub-dural.</li> </ul>

**CONCLUSÕES**

A **SÍNDROME DA CRIANÇA MALTRATADA (SCM)** é uma entidade que já não se enquadra dentro dos "casos esporádicos" da prática médica do nosso meio. Através da observação deste fenômeno, concluiu-se que:

1. A incidência da SCM em áreas subdesenvolvidas é provavelmente igual àquelas relatadas nos países do primeiro mundo;
2. É uma **ENTIDADE MULTIDISCIPLINAR**, já que os maus tratamentos afetam freqüentemente mais de um sistema orgânico;
3. É um quadro de **EMERGÊNCIA** e as equipes de plantão médico, bem como toda a comunidade médica, devem estar preparadas para reconhecê-lo;
4. Comunicar os fatos às **AUTORIDADES LEGAIS**, visando a punição dos responsáveis.
5. A tentativa de prevenção da SCM envolve uma discussão muito ampla sobre os temas tais como: injustiça social, miséria, desequilíbrio mental, etc., e foge do objetivo deste relato.

---

1. Trabalho realizado no Hospital-Escola São Vicente de Paulo e Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT)

---

**BIBLIOGRAFIA**

1. **HEBELER, J.B., MONEESE, M.C.:** *The abused child.* Clinical Symposia Ciba Geigy, 1977.
2. **MORPETH, J.R.:** *Battered baby syndrome X Ray.* Focus, 1312: 26-34, 1974.
3. **HEBERT, S.K.:** *O traumatologista e a criança maltratada.* Revista da AMRIGS, nº 30: 26-32, 1986.