

RSAL - MAIO - AGOSTO 2013 N.º 33

REVISTA DE SAÚDE AMATO LUSITANO





Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE



REVISTA DE SAÚDE
AMATO
LUSITANO



AMATO LUSITANO

R E V I S T A D E S A Ú D E

PROPRIEDADE

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Anotada no Instituto da Comunicação Social
Depósito Legal - 105483/96
eISSN - 2182-2603
Latindex - Revista de Saúde Amato Lusitano 5057

CONTACTOS

Av. Pedro Álvares Cabral 6000-085 Castelo Branco
revsaude.amatolusitano@gmail.com
272 000 245 (Rosa Mateus)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Doutor Alves de Moura (Medicina Interna)
Prof. Doutor Alberto Barros (Genética)
Prof. Doutor Artur Paiva (Cuidados Intensivos)
Prof. Doutor Daniel Serrão (Ética)
Prof. Doutor Filipe Caseiro Alves (Imagiologia)
Prof. Doutor Guilherme Tralhão (Cirurgia)
Prof. Doutor Massano Cardoso (Epid./Med. Preventiva)
Prof. Doutor Nascimento Costa (Medicina Interna)
Prof. Doutora Paula Sapeta (Enf. Médico Cirúrgica/Cuidados Paliativos)
Prof. Doutor Rui Marinho (Hepatologia)
Prof. Doutor Sérgio Deodato (Direito da Saúde)
Dra. Almerinda Silva (Pediatra)
Dra. Ângela Trindade (Enfermagem Saúde Materno-Infantil)
Dr. António João (Gestão de Serviços de Saúde)
Dr. António Lourenço Marques (Cuidados Paliativos)
Dra. Arnandina Loureiro (Cirurgia Geral)
Dr. Augusto Lourenço (Cirurgia Geral)
Dra. Beatriz Craveiro Lopes (Dor)
Dr. Carlos Gomes (Saúde Mental)
Dr. Carlos Maia (Enfermagem Reabilitação)
Dra. Emília Bengala (Enfermagem Saúde Infantil)
Dr. Ernesto Rocha (Nefrologia)
Dra. Helena Garcia (Anatomia Patológica)
Dr. João Fonseca (Urologia)
Dr. João Frederico (Cuidados Intensivos)
Dr. João Morais (Cardiologia)
Dr. Vieira Pires (Medicina Geral e Familiar)
Dr. Pedro Henriques (Medicina Interna)
Dr. Reis Pereira (Medicina Interna)
Dra. Rute Crisóstomo (Fisioterapia)
Dr. Sanches Pires (Medicina Geral e Familiar)
Dra. Sandra Queimado (Farmácia)
Dr. Sérgio Barroso (Oncologia)

DIRECTOR

Dr. António Bahudo

SUB DIRECTOR

Dr. Pedro Silva Vaz

CONSELHO EDITORIAL

Dr. António Gouveia
Prof. Doutora Assunção Vaz Patto
Prof. Doutor Carlos Almeida
Dra. Isabel Duque
Dra. Maria Eugénia André
Prof. Doutor Manuel Nunes

CONSELHO REDACTORIAL

Dra. Ana Caldeira
Enf. André Mendes
Dr. Carlos Lozoya
Dra. Gina Melo
Dr. Joaquim Serrasqueiro
Dr. Jorge Monteiro
Dra. Rita Crisóstomo
Dra. Rita Resende
Dra. Rosa Silva
Dr. Rui Alves Filipe
Dr. Rui Sousa

INDICE

ARTIGO ORIGINAL - PÁG. 6 À PÁG. 9

MÃO QUEIMADA - A EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE QUEIMADOS DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
BURNEDHAND - THE EXPERIENCY OF COIMBRA'S UNIVERSITY HOSPITAL BURN UNIT

ARTIGO DE REVISÃO - PÁG. 10 À PÁG. 15

FLORENCE NIGHTINGALE - VIDA E OBRA DA FUNDADORA DA ENFERMAGEM MODERNA
FLORENCE NIGHTINGALE - LIFE AND WORK OF THE FOUNDER OF MODERN NURSING

CASO CLÍNICO - PÁG. 16 À PÁG. 20

MUCORMICOSE - CASO CLÍNICO
MUCORMYCOSIS - CLINICAL REPORT

CASO CLÍNICO - PÁG. 21 À PÁG. 23

APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA DOENÇA DE CAROLI
CLINICAL PRESENTATION OF CAROLI DISEASE

CASO CLÍNICO- PÁG. 24 À PÁG. 25

HEPATITE E: CASO CLÍNICO
HEPATITIS E: CASE REPORT

IMAGEM EM MEDICINA- PÁG. 26 À PÁG. 28

SARCOIDOSE CUTÂNEA - FORMA DE APRESENTAÇÃO BASALIOMA "LIKE"
CUTANEOUS SARCOIDOSIS - PRESENTATION OF BASALIOMA LIKE

IMAGEM EM MEDICINA- PÁG. 29 À PÁG. 31

PNEUMONIA RECORRENTE POR CORPO ESTRANHO



Editorial



Dr. António Banhudo

Vivemos numa época de crise sócio-económica que não poupa os profissionais de saúde. O congelamento da progressão nas carreiras e das respectivas vantagens materiais inerentes acarreta desmotivação cada vez mais notória. Para ultrapassar esta situação há que restaurar os valores ético-científicos desviando os profissionais da simples, embora merecida, recompensação material, no sentido do reconhecimento inter-pares. Este resulta muito da informação que conseguimos transmitir daquilo que é realizado pelas equipas multidisciplinares nas diversas áreas de actuação em Hospitais e Centros de Saúde. As publicações científicas são uma boa forma de o conseguir. A nossa Revista procura ser um órgão de divulgação técnico-científica na área da saúde que disponibiliza o seu espaço aos profissionais que nos submetem os seus trabalhos. Temos vindo a reestruturar os órgãos técnicos com o objectivo de melhorar aspectos determinantes como sejam: o tempo de avaliação dos trabalhos, a sua revisão, a qualidade, equilíbrio editorial, assim como a periodicidade da publicação electrónica. No primeiro editorial, da revista renovada, traçámos um caminho e uma meta que pretendemos atingir, sabemos que o percurso é sinuoso mas estamos habituados a desafios. Juntos, conseguiremos contribuir para restaurar a vontade dos profissionais em desenvolver as suas actividades em busca da melhoria contínua e ainda revelar aos colegas o que produzimos e submeter o que publicamos ao escrutínio dos nossos pares.



MÃO QUEIMADA

A EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE QUEIMADOS DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

BurnedHand - The Experiency of Coimbra´s University Hospital Burn Unit

Susana Pinheiro⁽¹⁾, Ricardo Carvalho⁽¹⁾, Ruben Coelho⁽¹⁾, Sara Ramos⁽²⁾, Carla Diogo⁽²⁾, Luís Cabral⁽³⁾, Celso Cruzeiro^(3,4)

RESUMO

Introdução: Os autores deste trabalho pretendem traçar o perfil epidemiológico dos doentes internados com queimadura da mão na Unidade de Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (HUC), caracterizar as lesões e estudar o padrão evolutivo destas queimaduras nos últimos 6 anos. **Material e Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo e retrospectivo dos doentes internados com queimadura da mão na Unidade de Queimados dos HUC, entre 01/01/2006 e 31/12/2011. Foram analisados estatisticamente 272 processos (404 mãos queimadas), tendo sido estudados quanto a: sexo, idade, percentagem de superfície corporal queimada, profundidade da queimadura, agente etiológico, face da mão envolvida e tratamento. **Resultados:** Foram internados 272 doentes, com média de idades de 48,8 anos e um ratio masculino:feminino de 2,68:1. A média de superfície corporal queimada é de 14,7%, sendo que 68,4 % dos doentes apresentam mais de 2% (80%) da mão queimada e 92,6% envolvimento da face dorsal. O estudo revelou 65,1% de queimaduras de 2º grau e um predomínio de queimaduras térmicas (81,9%), sendo a corrente eléctrica a segunda causa mais frequente (13,6%). O tratamento cirúrgico mais utilizado foi o auto-enxerto de pele parcial (32,2%). **Conclusão:** As queimaduras da mão são mais frequentes no sexo masculino e ocorrem predominantemente no período de vida activa, estando frequentemente associadas a queimaduras em outras áreas corporais. A face dorsal é a mais atingida, facto corroborado pela literatura. O estudo revelou um decréscimo da incidência de queimaduras da mão desde o ano de 2004, podendo reflectir uma crescente eficiência das campanhas de prevenção de acidentes domésticos e de trabalho. No entanto, tendo em conta o número significativo de acidentes de trabalho registados, devem ser implementadas novas campanhas de prevenção, bem como acções de formação junto da população.

Palavras-chave: Mão, queimadura, tratamento, prevenção

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study is to delineate the epidemiologic profile of the patients admitted with hand burns to the Burn Unit of Coimbra's University Hospital (HUC), as well as to characterize the lesions and to study the evolution of hand burns over the last 6 years. **Material and Methods:** The authors performed a descriptive and retrospective study of the patients admitted with hand burns to the Burn Unit of HUC, between 01/01/2006 and 31/12/2011. 272 medical records (corresponding to 404 burned hands) were statistically analyzed regarding: gender, age, total body surface area burned, burn depth, etiologic agent, anatomical area burned and treatment. **Results:** 272 patients were admitted with a mean age of 48.8 years and a male:female ratio of 2.68:1. Mean TBSA was 14.7%, with 68.4% of the patients presenting more than 2% (80%) of the hand burn, and 92.6% involving the dorsum. Analyzing the depth of burn, 65.1% partial-thickness hand burns were found. The present study also demonstrated a higher incidence of thermal burns (81.9%), with electrical injuries the second most common one (13.6%). Split-thickness skin graft was the preferred surgical approach (32.2%). **Conclusion:** Hand burns are more frequent on the male gender and occur predominantly during the active life period. These burns are frequently accompanied by other burns of the body. Dorsum of the hand seems to be more affected, being this data in line with the literature. The present study also showed a decreasing incidence of hand burns since 2008, which is probably explained by the increasing number and efficiency of prevention campaigns of domestic and occupational accidents. Nevertheless, considering the high number of work accidents recorded, additional prevention campaigns must be implemented, as well as educative campaigns within the population.

Key-words: Hand, burn, treatment, prevention

¹ INTERNO COMPLEMENTAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

² ASSISTENTE HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

³ ASSISTENTE HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

⁴ DIRECTOR DE SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADOS DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADOS DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA



INTRODUÇÃO

Ainda que a mão represente apenas 2,5% da superfície corporal total, assume uma importância fulcral nas actividades relacionais, recreativas e profissionais do Homem e na definição deste enquanto ser autónomo. A mão é um meio de exploração do mundo exterior, permitindo a percepção e manipulação de objectos, a transformação da natureza e da própria natureza do Homem. É um órgão de comunicação e relação inter-pessoal, veiculando emoções e sentimentos.

Neste sentido, as queimaduras da mão poderão ter consequências graves a curto e a longo prazo, sendo essencial a preservação funcional e estética da mão, através de um tratamento inicial adequado e conduzido por uma equipa multidisciplinar.

Segundo Pruitt, 39% das queimaduras envolvem a mão, sendo bilaterais em 80% dos casos^{1,2}. Ainda de acordo com este autor, 85% dos doentes queimados que necessitam de internamento hospitalar apresentam queimaduras de uma ou ambas as mãos¹.

Os autores deste trabalho pretendem traçar o perfil epidemiológico dos doentes internados com queimaduras da mão na Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), caracterizar estas lesões e estudar o padrão evolutivo das queimaduras da mão nos últimos 6 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores realizaram um estudo descritivo e retrospectivo, no qual incluíram todos os doentes internados na Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra que apresentavam queimaduras de uma ou ambas as mãos, num período compreendido entre 01/01/2006 e 31/12/2011.

Foram revistos 272 processos clínicos hospitalares, correspondendo a 404 mãos queimadas, e analisados quanto à idade e sexo dos doentes, percentagem de superfície corporal queimada, profundidade da queimadura (2º ou 3º graus), agente etiológico (queimadura térmica, química ou eléctrica), face da mão envolvida (volar ou dorsal), tipo de tratamento instituído e sequelas anatómicas.

A maioria dos doentes apresentava queimaduras associadas em outras áreas corporais.

Os dados recolhidos foram codificados numa base de dados informática (SPSS®) e analisados estatisticamente.

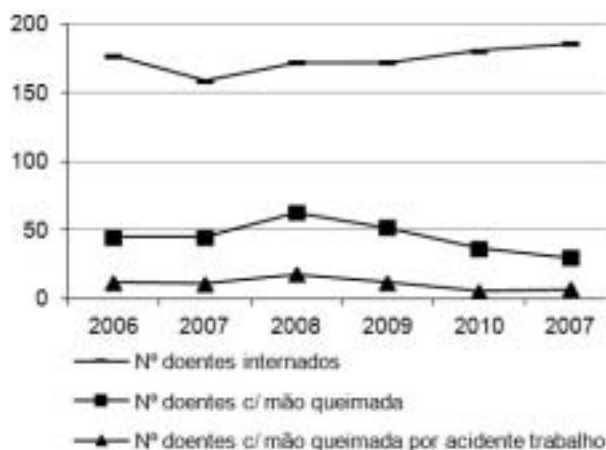


Gráfico 1

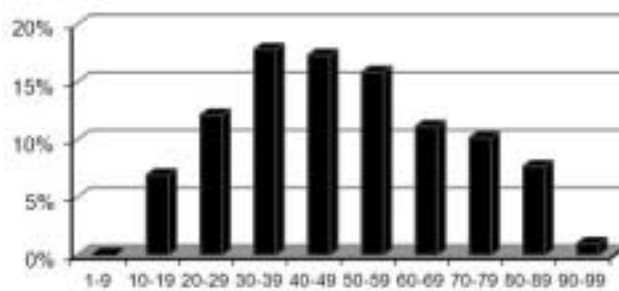


Gráfico 2

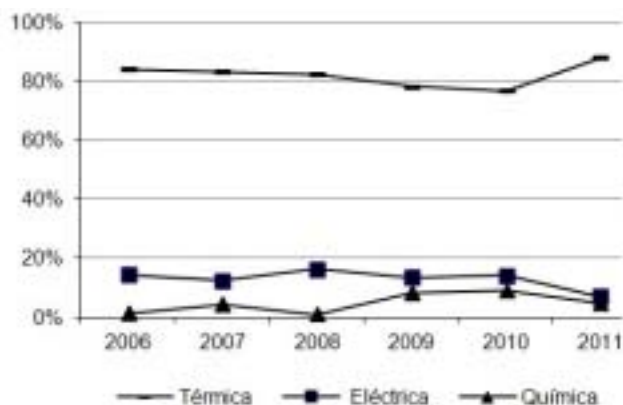


Gráfico 3

RESULTADOS

Durante o período em estudo, foram internados 1226 doentes na Unidade de Queimados de Coimbra, sendo que 272 doentes apresentavam queimaduras de uma ou de ambas as mãos (22,19%).

A distribuição das queimaduras por ano é apresentada no gráfico 1.

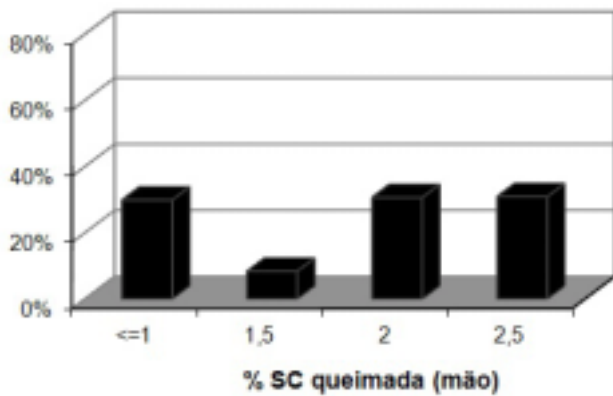


Gráfico 4

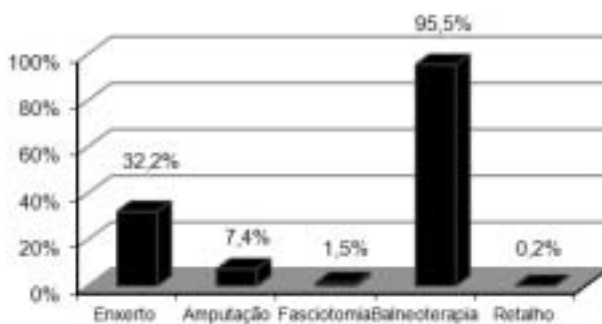


Gráfico 5

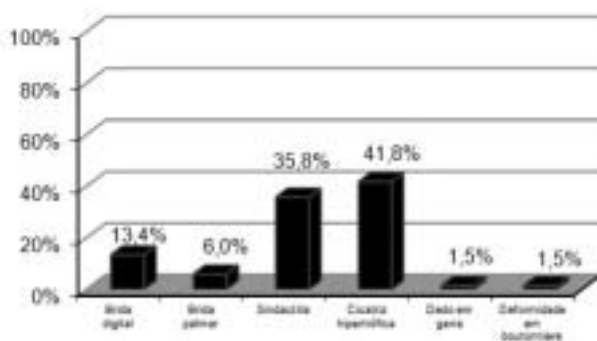


Gráfico 6

Cerca de 1/4 dos doentes internados (24,8%) foram vítimas de acidente de trabalho. O gráfico 1 mostra ainda o perfil evolutivo das queimaduras da mão secundárias a acidente de trabalho nos últimos 6 anos.

As idades dos doentes incluídos no estudo estão compreendidas entre os 11 e os 94 anos, sendo a idade média de 48,8 anos (gráfico 2). Setenta e quatro doentes (27,2%) são do sexo feminino e 198 (72,8%) do sexo masculino, sendo o ratio masculino:feminino de 2,68:1. Relativamente à etiologia, 331 doentes (81,9%) sofre-

ram queimaduras térmicas, das quais 83,3% foram secundárias a fogo, 55 doentes (13,6%) foram vítimas de queimaduras eléctricas e 18 (4,5%) a queimaduras químicas. O perfil evolutivo da etiologia das queimaduras da mão entre 2006 e 2011 é apresentado no gráfico 3.

A média da superfície corporal queimada foi de 14,7% \pm 13,6 (variando entre 1% e 73%), sendo que 92,1% dos doentes apresentavam queimaduras em outras áreas corporais. Em 132 pacientes (48,5%) as queimaduras envolviam ambas as mãos. A queimadura total da mão verificou-se em 30,9% dos casos (Gráfico 4). Relativamente à sua localização, 92,6% das queimaduras envolviam a face dorsal, 59,9% a face volar e 78% um ou mais dedos.

Quanto à profundidade das queimaduras, 65,1% eram de 2º grau e 34,9% de 3º grau.

O tipo de tratamento instituído encontra-se descrito no gráfico 5. Registaram-se 10 amputações de falanges distais, 14 desarticulações digitais e 6 amputações da mão.

No que diz respeito às sequelas apresentadas pelos doentes incluídos no estudo, registaram-se 41,8% de cicatrizes hipertróficas, 36,8% de sindactilias com compromisso funcional e 19,4% de bridas palmares e/ou digitais – Gráfico 6.

DISCUSSÃO

As queimaduras são lesões traumáticas associadas a uma elevada taxa de morbilidade, com implicações na vida social, profissional e familiar do doente, constituindo, por isso, um problema de saúde pública. A mão é uma das localizações mais frequentes³, sendo a morbilidade nas fases aguda e crónica desproporcional à pequena superfície atingida. O tratamento das queimaduras da mão é exigente, uma vez que é essencial restituir as características anatómicas e funcionais, bem como procurar um bom resultado estético, atendendo à importância da mão na vida profissional e social do doente.

São poucos os estudos publicados relativos à epidemiologia das queimaduras da mão. O conhecimento da epidemiologia e do perfil evolutivo destes traumatismos torna-se importante para conhecer a nossa realidade e estabelecer medidas preventivas.

A incidência de doentes internados na Unidade de Queimados dos HUC com mão queimada é de 22,19%, sendo inferior à apresentada por Pruitt¹, o que poderá estar relacionado com as diferentes características das várias Unidades de Queimados. Nos anos de 2006 e 2007, 25% dos doentes internados apresentavam queimaduras da



mão, subindo para 37% no ano de 2008. Posteriormente, registou-se um decréscimo para 30% em 2009, 20% em 2010 e 16% em 2011, parecendo haver uma tendência para a diminuição destes sinistros.

No nosso estudo, as idades dos doentes estavam compreendidas entre os 11 e os 94 anos, com uma idade média de 48,8 anos. Os grupos etários mais atingidos estavam entre os 30 e os 39 anos (17,8%), os 40 e os 49 anos (17,3%) e entre os 50 e os 59 anos (15,8%), correspondendo ao período de vida activa. Relativamente ao sexo, encontramos uma preponderância do sexo masculino (72,8%), em concordância com estudos epidemiológicos de outras Unidades de Queimados⁴⁻⁶.

Analisando as circunstâncias em que ocorreram as queimaduras, verificámos que 24,8% ocorreram durante o período laboral, comprometendo na maioria dos casos (97%) o sexo masculino. A maior prevalência de acidentes de trabalho no sexo masculino poderá dever-se ao tipo de actividades profissionais exercidas por indivíduos deste sexo.

Quanto à etiologia, os dados apresentados por outros autores são semelhantes aos nossos, sendo as queimaduras térmicas as mais frequentes, nomeadamente por fogo²⁻⁶. Verificou-se ainda que o sexo masculino predominava em todas as etiologias, e que todos os doentes internados com queimaduras eléctricas eram deste sexo⁴. Por instinto, o Homem defende-se com as mãos, expondo a face dorsal das mesmas de forma a prevenir a queimadura de outras áreas corporais. Assim, as queimaduras da mão não ocorrem, habitualmente, de forma isolada^{2,4} e comprometem preferencialmente a face dorsal^{4,7}, tal como verificámos no nosso estudo.

As queimaduras de 2º grau foram as mais frequentes e a lesão da totalidade da mão ocorreu em 30,9% dos casos.

À entrada, os doentes admitidos na Unidade de Queimados da Universidade de Coimbra são submetidos a balneoterapia, avaliando-se a percentagem de superfície corporal queimada, as áreas corporais atingidas e a profundidade das lesões. Procedem-se também à desinfectação das queimaduras e à cobertura das áreas queimadas com penso gordo. Nas queimaduras de 2º grau superficial, desde que não sejam negligenciadas mantendo-se limpas e sem infecção, a terapêutica conservadora, recorrendo à balneoterapia, pensos gordos e substitutos cutâneos sintéticos, conduz à epitelização completa ao fim de quinze dias. As queimaduras de 2º grau profundo e de 3º grau (sem exposição de estruturas nobres) são submetidas a escarrectomia tangencial e

epifascial precoce, respectivamente e plastia com auto-enxerto de pele parcial não malhada. Na população em estudo, 130 casos (32,18%) foram submetidos a plastia com auto-enxerto de pele parcial.

Foram realizadas 6 fasciotomias (1,5%), 4 das quais em doentes com queimaduras eléctricas e 2 em doentes com queimaduras químicas.

A taxa de amputações na nossa Unidade é de 7,4%, sendo que 80% correspondem a amputações de falanges distais ou desarticulações digitais. Em todos os doentes submetidos a amputações da mão, o fogo foi o agente etiológico. A incidência de sequelas na população em estudo é de 9,4%, destacando-se as cicatrizes hipertróficas (41,8%) e as sindactílicas (36,8%).

CONCLUSÃO

As queimaduras da mão são mais frequentes no sexo masculino e na população activa, resultam habitualmente de agressões térmicas, nomeadamente por fogo e estão frequentemente associadas a queimaduras em outras áreas corporais. Ainda que se tenha verificado uma tendência decrescente na incidência das queimaduras da mão desde 2008, tendo em conta o número significativo de acidentes de trabalho ainda registados, devem ser implementadas novas campanhas de prevenção de acidentes de trabalho e domésticos, bem como acções de formação junto da população.

BIBLIOGRAFIA

1. Salisbury RE. Burns of the upper extremity. In: Artz CP, Moncrief JA, Pruitt BA (eds), "Burns: A Team Approach", W.B. Saunders, Philadelphia, 320-9, 1979.
2. Roje ZŠ, PetricŠevic´ T, Roje ZŠ, Karanovic´ N. Deep burns of the hand: preference and quality of mesh over sheet skin grafts. *Annals of Burns and Fire Disasters*. June 2003, 16(2).
3. Atiyeh BS, Ghanimeh G, Nasser AA, Musharrafieh RS. Surgical management of the burned hand: an update and review of the literature. *Annals of Burns and Fire Disasters*. December 2000, 13(4)
4. Maslauskas K, Rimdeika R, Salad•inskas Z, Ramanauskas T. The epidemiology and treatment of adult patients with hand burns in Kaunas University of Medicine Hospital in 1985, 1995, 2002 and 2002. *Medicina (Kaunas)*. 2004; 40(7):621-626
5. Akerlund E, Huss FR, Sjöberg F. Burns in Sweden: an analysis of 24,538 cases during the period 1987-2004. *Burns*. 2007;33(1):31-6.
6. Conte F, Fallea AM, Rairnondi A, Sucarneli M, Parisi L, Masellis M. Epidemiological investigation of burns to the hand between 1975 and 1986 at the division of reconstructive plastic surgery and burn therapy, Palerm. *Annals of the M.B.C.* 1987;10(1)
7. Lakhel A, Pradier JP, Brachet M, Duhoux A, Duhamel P, Fossat S, Bey E. Cirugía de las quemaduras graves en la fase aguda. In: Horay P, ed. *Encyclopédie Medico-Chirurgicale de Cirurgia Plástica, reparadora y estética*. Paris: Elsevier, 2008:E45-157:30-37

FLORENCE NIGHTINGALE

VIDA E OBRA DA FUNDADORA DA ENFERMAGEM MODERNA

Florence Nightingale - Life and work of the founder of Modern Nursing

Fernando Micaelo⁽¹⁾, Isabel Alves Costa⁽²⁾, João Pedro Oliveira Valente⁽³⁾, Nelson Serrano Antunes⁽⁴⁾

RESUMO

Em 2010 comemorou-se o primeiro centenário da morte de Florence Nightingale, coincidindo esta data com a reabertura do museu (*Florence Nightingale Museum*) que imortaliza e celebra a sua vida e obra em Londres. Quem foi esta mulher, o que representou para a evolução das políticas de saúde e para o desenvolvimento da Enfermagem como ciência e arte, é o que pretendemos dar a conhecer ao longo deste artigo. Apresentamos uma resenha biográfica que ambiciona, para além de dar a conhecer todo o seu percurso, homenagear aquela que é considerada a fundadora da Enfermagem moderna, cuja influência e conhecimentos adquiridos nos palcos da guerra contribuíram para consolidar o corpo de saberes e fundamentos da profissão, contribuindo decisivamente para a profissionalização do cuidar.

PALAVRAS-CHAVE - Florence Nightingale, Enfermagem, Biografia.

INTRODUÇÃO

Nascida em plena época vitoriana, no seio da alta sociedade do séc. XIX, Florence Nightingale recusou uma vida fausta na aristocracia inglesa, para se tornar numa das mais importantes e vincadas personalidades do seu tempo. Pela relevante e nem sempre reconhecida obra, marcante nos campos da saúde e enfermagem, deixou às gerações seguintes um herança académica e científica que proporcionou bases fundamentais ao cuidar em enfermagem, distinta pela forma arrojada e avançada no tempo, em que a desenvolveu.

Tradicionalmente e até então, o papel e a arte de cuidar estavam ligados à mulher, fundamentado em saberes transmitidos ao longo de gerações sucessivas, de forma

ABSTRACT

In 2010 was commemorated the first centenary of Florence Nightingale death, coinciding this date with the reopening of her museum (*Florence Nightingale Museum*) in London, that celebrates and immortalizes her life and work. Who has been this woman and what she represented for the advance of health policies and the development of nursing as a science and art, that's what we intend to make known throughout this article. We present a biographical review that aims, besides making known her life, honoring a woman that is considered the founder of modern nursing, whose influence and knowledge gained on the war, helped consolidate the knowledge and the principles of this profession, determinedly contributing to the professionalization of care.

KEYWORDS - Florence Nightingale, Nursing, Biography

mais ou menos empírica. Florence Nightingale, considerada a matriarca da Enfermagem moderna, construiu uma nova imagem e representação social da mulher, propondo-lhe a aquisição de novos conhecimentos e experiências no campo da saúde, como base e desígnio do reconhecimento socioprofissional da enfermagem. Profissionalizando o cuidar, até então doméstico e informal, Florence Nightingale desenvolveu uma obra de culto e de impacto profundo na reorganização dos serviços de saúde mundiais e no desenvolvimento da enfermagem, remanescendo de forma memorável até aos dias de hoje.

Este movimento de profissionalização da enfermagem teve origem num novo corpo de saberes, baseado na

Correspondência: Nelson Serrano Antunes
Email: ne.antunes@gmail.com

1) LICENCIADO EM ENFERMAGEM; PÓS-GRADUADO EM E. INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA E CRISE; MESTRANDO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA;

2) LICENCIADO EM ENFERMAGEM; MESTRANDO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA;

3) LICENCIADO EM ENFERMAGEM; PÓS-GRADUADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE; MESTRANDO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA;

4) LICENCIADO EM ENFERMAGEM; MESTRE EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE; MESTRANDO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE E.P.E.- HOSPITAL AMATO LUSITANO, CASTELO BRANCO

RECEBIDO: 28.09.2012
ACEITE: 18.07.2013



ciência moderna, em oposição à tradição oral e empírica. “Florence Nightingale especificou o campo de competência dos cuidados de enfermagem”^[1], construindo bases metodológicas para a prática, a partir dos conhecimentos e experiências obtidas no palco de guerra. Nestes palcos adversos viria a revelar-se como uma mulher determinada, com grande capacidade de gestão e liderança, contribuindo decisivamente para a afirmação da enfermagem, granjeando o estatuto e respeito de políticos, decisores e população no geral, tornando-se um ícone inglês perpetuado até hoje.

Florence Nightingale foi a precursora do movimento para a criação de escolas onde seria ministrada a formação adequada às enfermeiras, contribuindo para a dignificação da profissão de enfermagem. Deu o primeiro passo para a estruturação e desenvolvimento da disciplina, e os seus conceitos deram lugar ao início da enfermagem tal como a conhecemos atualmente.

Florence Nightingale legou-nos ainda um espírito científico, reflexivo e analítico. As mais de 200 obras e 20 mil cartas que redigiu e as por vezes polémicas posições que defendeu, foram baseadas na investigação prévia, colheita de dados e adequado tratamento estatístico, podendo mesmo dizer-se que foi a primeira enfermeira investigadora.^[2] Na realidade ao desvendarmos este nosso passado teórico, ganhamos discernimento para perceber melhor o nosso progresso científico atual, assim como para potenciar a nossa capacidade para atingir os nossos objetivos profissionais.^[3]

Abordamos Florence Nightingale e a sua biografia estruturando este artigo em 5 capítulos: Resumo biográfico, da vocação à formação, guerra da Crimeia, enfermagem enquanto profissão e legado de Florence Nightingale. Desta forma pretendemos dar a conhecer a importante obra deixada por esta personalidade da história da enfermagem contemporânea, no fundo o objetivo fulcral deste artigo.

RESUMO BIOGRÁFICO

Florence nasceu em Florência a 12 de Maio de 1820, em plena época vitoriana, fruto do casamento de *William Edward* e *Frances Nightingale*, um casal inglês abastado, bem colocado socialmente, que se encontrava em viagem de lua-de-mel prolongada pela Europa, estando em Itália nesta data. Era a segunda filha deste casal, tendo a sua irmã *Parthenope* nascido um ano antes em Nápoles, Grécia, no decurso da mesma viagem. Ambas as irmãs receberam o nome das cidades onde nasceram.

A sua infância e juventude decorreu numa época rica

em ideias liberais e reformistas e marcada por profundas mudanças sociais, herdando pelos laços familiares, o gosto pelas grandes causas. O seu avô materno, *William Smith*, tinha sido membro do parlamento inglês e notabilizou-se como um enérgico defensor dos direitos dos dissidentes religiosos e abolição do comércio escravagista. O seu pai, antigo aluno da *Universidade de Cambridge*, era reconhecido pelas ideias progressistas em relação à melhoria da educação feminina e defensor da atribuição de um papel mais ativo à mulher na sociedade inglesa.

Esta família dividia o seu tempo entre as suas duas residências, ainda hoje existentes: no verão viviam em *Lea Hurst* no *Derbyshire*, mudando nos meses de Inverno para *Embley* no *Hampshire*. Florence e sua irmã foram educadas em casa pelo seu pai, proporcionando-lhes uma educação ampla, línguas, filosofia, matemática, estatística, história universal e religião, algo que não era comum nas mulheres vitorianas. Florence era uma académica por excelência, pois achava o estudo fácil e adorava as suas aulas, enquanto a sua irmã tinha mais apetência para a pintura e os trabalhos manuais.

As ligações políticas dos vários elementos da família, levaram Florence a desenvolver uma apetência especial pelas grandes causas que envolviam a sociedade e a condição feminina, em áreas que não eram consentâneas com a sua privilegiada categoria social, desafiando a norma e as regras da época quanto à educação e eventual profissão das mulheres.

Jovem dinâmica e bonita (figura 1), Florence Nightingale era então uma mulher muito admirada no seu círculo social, sendo desejo dos seus pais que ela tivesse um bom casamento. Mas Florence tinha outros planos em mente, nomeadamente uma vida mais útil para a sociedade e não apenas ser a esposa desocupada de um qualquer aristocrata, recusando mesmo duas propostas de casamento, mantendo assim a sua independência.^{[4] [5] [6] [7]}

DA VOCAÇÃO À FORMAÇÃO

Em 1837, com 17 anos de idade Florence vivenciou a primeira de quatro experiências místicas, aquilo que descreveu como um chamamento (*calling*). Ao passear nos jardins da sua casa de *Embley*, acreditou veemente que tinha recebido um chamamento de Deus e que numa determinada ocasião iria agir em seu nome, não estando portanto destinada a uma vida comum.

Florence passou então a interessar-se pelas questões sociais, começando a visitar casas de repouso e hospitais, alimentando a esperança de um dia vir a ser enfer-

meira. Contudo teve de enfrentar a oposição dos seus pais que consideravam que ser enfermeira não era uma profissão respeitável para uma mulher do seu nível social. Perante estes conflitos geradores de solidão e angústia, Florence decidiu em 1850 viajar pela Europa e norte de África com a companhia de dois amigos, *Charles* e *Selina Bracebridge*, visitando a Itália, Grécia e o Egito, passando em Julho de 1850 pela Alemanha, mais propriamente por *Kaiserswerth*, perto de *Dusseldorf*, onde visitou o *Hospital do Pastor Theodor Fliedner*, local que possuía uma escola para as diaconisas aprenderem a cuidar doentes, sendo reconhecida pela sua moralidade.

No ano seguinte, já com aprovação dos seus pais, voltou à escola do Hospital referido, onde recebeu treino para enfermeira durante três meses, chegando a publi-



F. N. at Embay

Figura 1 - Florence Nightingale na época vitoriana

car uma obra sobre esta sua experiência, como forma de promover e incentivar outras mulheres inglesas a procurarem educação. Entre 1851 e 1854 complementou a sua formação conhecendo e visitando o *Hospital de Dublin* dirigido pelas Irmãs da Misericórdia e a *Maison de la Providence* dirigido pelas Irmãs da Caridade de São Vicente de Paulo, obtendo novos conhecimentos e experiências, sobre as quais refletiu e analisou, fomentando mais algumas publicações sobre a saúde, destinados aos decisores ingleses, com vista a melhorias das condições dos serviços de saúde ingleses.

Neste período surgiu o sonho de abrir escolas de enfermagem para jovens educadas e cultas, como garantia para uma profissão honrosa e capaz de as tornar felizes. Conseguiu, fruto da sua experiência e saberes acumulados, obter o lugar de Superintendente do *Establishment for Gentlewomen during Illness*, situado no n.º 1 da *Harley Street* em *Londres*, onde se manteve até ao desenrolar da Guerra da Crimeia, preparando-se aos poucos para a sua grande missão. A figura 2 representa Florence na altura em que se preparava para o posto de superintendente no *King's College Hospital*. [4] [5] [6] [7]

GUERRA DA CRIMEIA

Em Março de 1854, Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia, a guerra da Crimeia. Nos jornais da altura, surgiam duras críticas aos serviços médicos britânicos de apoio aos feridos de guerra, devido ao completo abandono destes e elevadas taxas de mortalidade nos feridos hospitalizados. Em pleno palco da guerra, a realidade era dura, um verdadeiro desastre humanitário, pois os serviços de saúde britânicos nada tinham evoluído desde as guerras napoleónicas, somando-se pesadas baixas, devido ao alastrar de doenças infecto-contagiosas, desorganização dos serviços e deficientes condições sanitárias.

Sidney Herbert, ministro da guerra que conhecia socialmente Florence, solicitou a sua presença nos hospitais militares da Turquia, nomeadamente no *Hospital Barrack* em *Scutari*. Florence aceitou e partiu com 38 voluntárias entre religiosas e leigas, enfrentando logo à chegada, a oposição dos médicos militares. Todavia, perante o fluxo contínuo de feridos de guerra necessitados de cuidados urgentes, rapidamente foi aceite e iniciou com coragem as estas novas funções.

A *Lady-in-Chief*, (Dama-Chefe) como Florence inicialmente era conhecida, conseguiu diminuir a mortalidade de 40% para 2%, resultado da sua preocupação e exigência, com a qualidade dos cuidados prestados, o bem-estar, o meio ambiente e a ocupação dos soldados feridos.



Figura 2 - Florence Nightingale antes da guerra da Crimeia

dos e doentes, assim como dos seus familiares em terras britânicas, para quem encaminhava o dinheiro e cartas de cada um. Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda, imortalizando-a então como *The Lady with the Lamp* (a Dama da Lâmpada), pois Florence abandonou a riqueza e o conforto em troca da pobreza, guerra e doença para cuidar dos feridos e doentes. A sua extraordinária capacidade organizativa granjeou-lho o respeito pelos políticos e pela própria Rainha Vitória, conquistando, ao mesmo tempo, a simpatia e afeto dos britânicos.

Quando voltou da guerra da Crimeia, em Agosto de 1856, Florence vinha cansada, envelhecida mas experiente e madura, conforme podemos constatar pelas fotografias da altura (figura 3). O governo inglês que sabia do seu sonho de fundar uma escola de enfermagem, premiou-a com 40 mil libras que, a par de diversos donativos, serviu para fundar a *Nightingale Training School for Nurses* no *Hospital Saint Thomas* em Londres, a 9 de Julho de 1860, sendo reconhecida a nível mundial como a primeira escola de enfermagem, um marco indelével na profissionalização da enfermagem.

Foi Florence que iniciou a recolha de dados e evidências das consequências de uma deficiente gestão e organização hospitalar, sobre a saúde dos doentes. Elaborou relatórios estatísticos, investigou soluções e implementou ações específicas, com base nesses seus cálculos e con-

clusões. Todo este trabalho académico valeu-lhe o reconhecimento universal, pelo seu contributo para o desenvolvimento das estatísticas do exército e estatísticas hospitalares, tendo-lhe sido atribuído o título de *Fellow of the Statistical Society*, sendo esta a primeira vez que tal honra foi atribuída a uma mulher.

O estatuto de mulher experiente, postura reivindicativa, com elevada capacidade organizativa e de gestão, assente numa aptidão apurada para a liderança, reconhecida a todos os níveis da sociedade, proporcionaram-lhe as bases fundamentais para idealizar e implementar as reformas hospitalares e a reorganização do ensino e prática de enfermagem, que há muito ambicionava e que a tornaram num símbolo que marcou todo um século, perpetuando a sua imagem como matriarca da Enfermagem contemporânea. [4] [5] [6] [7]

ENFERMAGEM ENQUANTO PROFISSÃO

Com uma mentalidade avançada para a sua época, ainda que privilegiando um certo cariz conservador, Florence Nightingale popularizou o exercício da enfermagem, permitindo o estabelecimento de uma nova profissão para a mulher. Bem formada e culta, recorreu dos seus conhecimentos e estatuto social para influenciar a política de saúde e educação, na sua época.

Os principais fatores que influenciaram o desempenho profissional de Florence Nightingale, por um lado, a educação recebida que lhe proporcionou capacidades e características pouco comuns para as mulheres da época e por outro lado, a observação e a experiência que adquiriu ao longo dos anos de trabalho em hospitais, instituições de caridade como enfermeira militar.

Para desenvolver uma abordagem da enfermagem, assim como da administração e da construção de hospitais, Florence baseou-se nos seus conhecimentos, usou o seu poder de observação e a sua compreensão acerca da incidência e prevalência da doença.

Anteriormente à Guerra da Crimeia, a formação das enfermeiras era já um tema discutido no Reino Unido, no entanto entre 1830 e 1840, a liberdade religiosa veio permitir o estabelecimento de irmandades que tinham por objetivo a formação de mulheres moralmente competentes para cuidar dos pobres e dos doentes.^[8]

As *matrons* e *nurses* (irmãs de caridade) desenvolviam a sua atividade, no entanto sempre envolvida em alguma conotação negativa: trabalho esporádico, desqualificado, socialmente desvalorizado e mal remunerado; ausência de especificidade de funções e de autonomia técnica; condições de trabalho altamente penosas nos hospitais; dificuldades de recrutamento de pessoal; ausência de



Figura 3 - Florence Nightingale depois da guerra da Crimeia

estruturas de formação, para além de, por vezes adotarem ainda comportamentos moralmente reprováveis: alcoolismo, insolência, falta de disciplina, absentismo, roubo ou extorsão dos doentes... razão pela qual a atividade era considerada indigna de uma "*respectable woman*", à luz dos preceitos do puritanismo vitoriano.^[9] Em resposta a estes problemas, Nightingale criou um sistema baseado na formação, no treino, na dedicação, na "disciplina de ferro" e na forte estratificação hierárquica, segundo um modelo misto, conventual e militar.^[7]

Em 1859, conjuntamente com o *Nightingale Fund*, iniciou negociações para estabelecer uma escola de enfermagem no *St Thomas' Hospital*, em Londres. Alvo de forte oposição pela classe médica, Florence "triunfou", culminando as negociações em 1860 com a fundação da *Nightingale School for Nurses*, anexa ao *St. Thomas's Hospital*, considerada a primeira escola profissional de enfermagem em todo o mundo. O seu modelo viria a espalhar-se, rapidamente, por toda a Grã-Bretanha.^[9]

A reputação da escola de Florence Nightingale viria a espalhar-se rápida e além fronteiras, não só devido à sua personagem heróica e lendária, mas sobretudo pela fama e reconhecimento da sua escola. As enfermeiras formadas começaram a constituir as suas próprias escolas, emigrando para países como Austrália, Canadá, Índia, Alemanha, Finlândia, Suécia e Estados Unidos da América, proliferando assim as diretrizes de Nightingale mundo fora.

À medida que a Enfermagem se tornava cada vez mais uma profissão respeitável para as mulheres em todo o mundo, a lamparina de Florence Nightingale tornou-se no emblema da profissão, simbolizando, por um lado, a esperança transmitida aos feridos durante a Guerra da Crimeia e, por outro, a literacia e aprendizagem na profissão. Atualmente, celebramos orgulhosamente o Dia Internacional do Enfermeiro, a 12 de Maio, data comemorativa do nascimento de Florence Nightingale.

O LEGADO DE FLORENCE NIGHTINGALE

Florence Nightingale foi, uma mulher extraordinária e a força motriz que desencadeou o longo mas firme processo de transformação na prática da enfermagem moderna. Magnífica e criativa para a sua época, Florence deixou-nos muitos motivos de reflexão, que ainda hoje nos surpreendem pela sua atualidade. Os seus ideais foram implementados por todo o mundo e enraizaram-se de forma indelével e incessante. A sua obra foi o resultado de muita dedicação e aperfeiçoamento das suas ideias originais. A promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado dos doentes com enfoque no ambiente, foram os pilares centrais da sua conceção.

Parte da sua personalidade carismática e envolvente foi-lhe concedida pela sua experiência, aliada a uma juventude enérgica mas responsável. Além disso, era possuidora de um carácter de liderança e comungava uma profunda crença no agir segundo as ordens de Deus. Era, sobretudo, uma mulher forte, perseverante e calorosa. Conheceu a fama e a frustração, o poder e a derrota, superando tudo isso.

Florence Nightingale, personagem de visão abrangente e humanizante acreditava que a prática de enfermagem devia vir do coração. Sempre evidenciou provas de coragem e devoção, sendo as suas reformas resultantes de um trabalho intenso, desempenho firme e autoridade tranquila. Foi em simultâ-



neo guia e modelo, mantendo-se fiel à sua vocação até ao fim da vida. Florence Nightingale faleceu a 13 de Agosto de 1910, em Londres, com noventa anos de idade.

CONCLUSÃO

A obra de Florence Nightingale foi de tal forma revolucionária e avançada para a época, que teve profundo impacto na saúde e na reorganização dos serviços de saúde a nível mundial, sendo considerada, ainda hoje, pedra basilar da profissionalização da Enfermagem.^[7]

Florence Nightingale, mítica no seu tempo e elevada à condição de heroína, não é reconhecidamente a primeira enfermeira, nem a fundadora da primeira escola de enfermagem, mas deu à enfermagem o estatuto socioprofissional que lhe faltava e uma nova representação social.^[7] Soube aliar o seu estatuto social a uma vasta e abrangente educação de base, à sabedoria prática e ao conhecimento de outras realidades geográficas e sociais, exercendo um relevante poder de influência sobre as políticas e reformas da saúde. Deixou uma extensa obra escrita, resultante da intensa atividade que desenvolveu até ao final da sua vida.

Os livros e artigos escritos sobre as ideias e práticas de Florence Nightingale, demonstram a aceitação que continua a ter na enfermagem e no exercício profissional. Apesar dos 150 anos de distância, a enfermagem continua a utilizar os conhecimentos da sua época, evidenciando em diversos países, o seu importante contributo para um mais alto nível de saúde pública.^[1] As suas ideias revolucionárias, permaneceram e continuaram a influenciar e inspirar a Enfer-

magem contemporânea... o seu nome perdurará para sempre na história como a pioneira da enfermagem moderna.

Com o centenário da sua morte ainda na nossa memória e com a reabertura do *Florence Nightingale Museum* que imortaliza e celebra a sua vida e obra em Londres, procurámos relembrar, sob a forma de artigo, a mulher e a obra, que tão profundo impacto teve na saúde, na enfermagem e na reorganização dos serviços de saúde, a nível mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] COLLIÉRE MF: Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª Ed., Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385 p. ISBN 272 96-0009-4
- [2] POLIT D, HUNGLER B: Investigación Científica en Ciencias De La Salud: Proceso de Investigación Científica. México: McGraw-Hill, 1994. 701 p. ISBN 968-25-2025-8
- [3] MELEIS AI: Theoretical Nursing: Development and Progress. 3ª Ed. Nova Iorque: Lippincott, 1997. 665 p. ISBN 0-397-55259-5
- [4] THE FLORENCE NIGHTINGALE MUSEUM TRUST. Media Centre - Florence's Biography. Londres, <http://www.florence-nightingale.co.uk/cms/index.php/mediacentre/florence-biography>. Acedido em 15 de Março de 2012
- [5] KÉROUAC S, PEPIN J, DUCHARME F, DUQUETTE A, MAJOR F, et al: El pensamiento enfermero. Barcelona [etc.]: Masson, cop. 1996. XII, 167 p. ISBN 84-458-0365-4
- [6] MULLER AS: A Lâmpada que não se apaga. Porto: Figueirinhas Lda., 1983. 147 p.
- [7] LOPES L, SANTOS S: Florence Nightingale - Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. Revista de Enfermagem Referência, III Série - Nº2 - Dez.2010, p.181-189.
- [8] ATTEWELL A: Florence Nightingale - Prospects: The quarterly Review of Comparative Education. Vol. 18, nº 1, p. 153-166.
- [9] GRAÇA L, HENRIQUES AI: Florence Nightingale e Ethel Fenwick: da ocupação à profissão de enfermagem, 2000.

MUCORMICOSE - CASO CLÍNICO

Mucormycosis - Clinical Report

Valéria Andrade¹, Jorge Velez², Bárbara Xavier³

RESUMO

A Mucormicose é uma infeção causada por fungos do género *Mucorales*, sendo a espécie *Rhizopus* a mais frequentemente associada a infeção em humanos. Os autores relatam um caso clínico desta entidade nosológica, atendendo à sua raridade, complexidade diagnóstica e gravidade clínica.

O caso refere-se a um doente com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, síndrome mielodisplásica e sobrecarga de ferro secundária a múltiplas transfusões sanguíneas, internado no Serviço de Medicina Intensiva do nosso hospital por choque séptico com disfunção multiorgânica e, associadamente, múltiplas lesões cutâneas eritematosas e purulentas. Descreve-se o estudo etiológico desta situação, concluindo tratar-se de um caso de mucormicose. Não obstante a prontidão terapêutica, com cobertura antibiótica de largo espectro, o doente veio a falecer, cerca de 5 horas após o seu internamento.

À semelhança dos casos descritos na literatura, esta infeção encerra elevada mortalidade. Isto resulta de vários fatores, sendo o mais relevante o estado imune do doente. Outros aspetos que concorrem para um desfecho desfavorável são a inespecificidade semiológica e a dificuldade no isolamento do micro-organismo nos fluidos orgânicos, fatores que condicionam o diagnóstico e tratamento céleres. Na maioria dos casos o diagnóstico é estabelecido com base nos achados histológicos e isolamento do micro-organismo nos tecidos submetidos a biopsia.

O diagnóstico e o tratamento precoce são, assim, a chave para uma evolução favorável.

A propósito deste caso são discutidos aspetos relevantes do diagnóstico e terapêutica em doentes com esta patologia, alicerçando o tema com uma breve revisão bibliográfica.

Palavras-chave: Mucormicose; lesões cutâneas; infeção fúngica.

ABSTRACT

Mucormycosis is an infection caused by fungi of the genera *Mucorales*, being the species *Rhizopus* most frequently associated with human infection. The authors report a clinical case of this disease entity, given its rarity, complexity diagnostic and clinical severity. The case refers to a patient with diabetes mellitus, myelodysplastic syndrome and secondary iron overload, admitted in intensive care due to septic shock and cutaneous infection. We describe the diagnostic process, concluding it is a case of mucormycosis. Despite the promptness of therapy, with broad-spectrum antibiotic coverage, the patient died about 5 hours after admission.

As in the cases described in the literature, this is an infection associated with high mortality. This results from various factors, including the patient's immune status. Other aspects that contribute to an unfavorable outcome are the nonspecificity semiological and the difficulty in isolating the micro-organism in body fluids, factors that influence the rapid diagnosis and treatment. Histology and isolation of the fungus in tissue biopsy is the basis of the diagnosis.

A prompt diagnosis and treatment are the key to a favorable outcome.

The purpose of this case are discussed relevant aspects of diagnosis and therapy in these patients, based on a brief literature review.

Keyword: Mucormycosis; cutaneous lesions; fungal infection.

1. INTERNA DE MEDICINA INTERNA
2. ESPECIALISTA EM INFECIOLOGIA
3. ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA
HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, AVEIRO, PORTUGAL



INTRODUÇÃO

A mucormicose refere-se a várias entidades patológicas diferentes, causadas por fungos da ordem, família e género dos *Mucorales*. As espécies mais frequentemente associadas são a *Rhizopus*, a *Rhizomucor* e a *Cunninghamella*. Menos frequentemente encontram-se as espécies *Apophysomyces*, *Saksenaea*, *Absidia*, *Mucor*, *Syncephalastrum*, *Cokeromyces* e *Mortierella* como causadoras de doença humana. Apesar de se saber que é uma infeção rara, a verdadeira incidência da infeção permanece desconhecida e pensa-se até que seja subestimada, uma vez que o diagnóstico *antemortem* é complexo.¹

Apesar de já ter sido descrita infeção em doentes imunocompetentes, habitualmente a infeção ocorre em doentes com depressão do sistema imunitário, nomeadamente na neutropenia, tratamento com glucocorticoides e neoplasias hematológicas. A diabetes mellitus (DM) descompensada (principalmente a cetoacidose diabética) é também um fator de risco importante, assim como a sobrecarga de ferro, tratamento com desferroxamina, malnutrição e trauma¹. No caso da doença hematológica, a mucormicose é a terceira causa de infeção fúngica invasiva mais frequente, a seguir à candidíase e aspergilose, correspondendo a 8,3-13,0%² de todas as infeções fúngicas encontradas em autópsias de doentes hematológicos.

As manifestações clínicas dependem do estado imunológico do doente e dos órgãos envolvidos. As síndromes associadas a esta infeção estão agrupadas nas seguintes categorias: rinocerebral (44-49%), cutânea (10-19%), pulmonar (10-11%), disseminada (6-11%) e gastrointestinal (2-11%).³

O diagnóstico desta micose invasiva assenta na correlação entre os exames micológicos, histológicos e manifestações clínicas. A biopsia do tecido envolvido e o exame histopatológicos permitem estabelecer o diagnóstico e fazem o diagnóstico diferencial com a infeção por outros fungos filamentosos, nomeadamente *Candida sp* e *Aspergillus sp*.^{3,4,5} A cultura é importante para o diagnóstico definitivo pois o exame microscópico apenas identifica a classe dos fungos.^{1,3} Apesar da baixa virulência dos *Mucorales*, a doença apresenta uma elevada taxa de mortalidade,⁵ pois é uma patologia rara e de diagnóstico complexo quando não existe suspeita por parte do clínico. A maioria dos exames tem resultados inespecíficos e as culturas habitualmente solicitadas (hemoculturas, uroculturas, culturas de expectoração, etc) são negativas.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 72 anos de idade, reformado, com antecedentes de DM tipo 2, síndrome mielodisplásica (com citopenia refractária e displasia multilínea) e sobrecarga de ferro secundária a múltiplas transfusões. Encontrava-se medicado com metformina 1g 2id e ramipril 5mg 1id. Durante as transfusões fazia também terapêutica quelante de ferro com desferroxamina.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de mal-estar geral, astenia e dispneia. Referia ainda lesões cutâneas, com cerca de 10 dias de evolução, que teriam surgido após tropeçar em casa, com escoriação da pele. Sem outras queixas, nomeadamente tosse, febre, queixas urinárias ou queixas gastrointestinais.

Ao exame físico encontrava-se vigil, febril (temperatura axilar de 38°C), sem sinais meníngeos ou défices neurológicos focais, polipneico (frequência respiratória de 22 cpm), com saturação periférica de O₂ de 90% sob FIO₂ de 60%, taquicárdico (frequência cardíaca de 122 bpm), hipotenso (tensão arterial média de 59 mmHg) com sinais de má perfusão periférica. A auscultação cardíaca era rítmica e sem sopros, a auscultação pulmonar revelou murmúrio vesicular presente e simétrico, com algumas crepitações bibasais. O abdómen encontrava-se mole, depressível, indolor a palpação e sem sinais de irritação peritoneal.

Apresentava ainda lesões cutâneas eritematosas com exsudado purulento e áreas de necrose, localizadas no dorso, face externa da coxa direita e outra lesão ligeiramente acima do joelho direito, assimétricas (figura 1 e figura 2), sem envolvimento articular.

Do estudo analítico efetuado no SU destacava-se anemia macrocítica (hemoglobina de 9,2 g/dl, VGM 102 fl), neutropenia (1,1x10⁹/L), trombocitopenia (110x10⁹/L), coagulação normal, insuficiência renal aguda (retenção azotada em doente com creatinina basal de 0.5 mg/dl) com ureia de 185 mg/dl, creatinina sérica de 1.3 mg/dl e clearance de creatinina de 68 ml/min. Apresentava ainda transaminases e bilirrubinas normais, proteína c-reativa elevada (24 mg/dl), glicose de 352 mg/dl acidose metabólica (pH de 7,2, HCO₃⁻ de 14 mEq/l, pressão arterial de CO₂ de 28 mmHg), hipoxémia grave com pressão arterial de O₂ de 70 mmHg sob FIO₂ de 60%, relação PO₂/FIO₂ de 123 e hiperlactacidémia (6,1 mg/dL).

Realizou radiografia torácica que revelou infiltrados nas bases, sugestivos de ARDS (acute respiratory distress syndrome). O sedimento urinário não apresentava alterações relevantes, assim como a ecografia abdominal.



Figura 1 - Lesões eritematosas com fundo necrótico localizadas no dorso



Figura 2 - Lesões semelhantes às anteriores, localizadas no Joelho direito

Realizou ainda ecocardiograma transtorácico que não apresentou alterações de relevo, nomeadamente vegetações e revelou boa função sistólica do ventrículo esquerdo. Entretanto, iniciou terapêutica com fluidos mantendo hipotensão, com necessidade de vasopressores. A par da investigação diagnóstica, iniciou ressuscitação hemodinâmica com fluidos e face a refratariedade a terapêutica instituída admitiu-se estar perante um quadro de choque séptico com ponto de partida em lesões cutâneas infetadas com disfunção múltipla de órgãos (respiratória, renal e cardiovascular). Foram colhidos fragmentos cutâneos para análise histopatológica e microbiológica, urocultura e hemoculturas.

Para além da terapêutica com fluidos, iniciou vancomicina 1g 12/12h, meropenem 1g 8/8h, oxigenoterapia por

máscara de Venturi a 60%, insulinoterapia em perfusão, mas não apresentou melhoria clínica. Foi então internado no Serviço de Medicina Intensiva, sedado, entubado e ventilado, com suporte de amins (noradrenalina 10 ug/Kg/min e dobutamina 5 ug/Kg/min). Apesar destes esforços de otimização terapêutica verificou-se uma evolução desfavorável, tendo o doente falecido 5 horas após o internamento naquele Serviço.

Os resultados do estudo microbiológicos ficaram disponíveis 2 dias após o falecimento do doente. As culturas previamente referidas foram negativas e a biopsia cutânea foi compatível com micose profunda, com atingimento da hipoderme, visualizando-se hifas de aspeto grosseiro sugestivas de diagnóstico de mucormicose (figura 3).

DISCUSSÃO

Os fungos da ordem dos *Mucorales* apresentam um crescimento rápido, lançando uma grande quantidade de esporos no ar que podem ser inalados.^{1,2,3,4,5} Após inalação os esporos são depositados nos cornetos nasais, levando ao eventual desenvolvimento de doença rinocerebral. Quando os esporos conseguem atingir os pulmões pode ocorrer doença pulmonar e a ingestão de produtos contaminados com esporos dos fungos pode causar doença gastrointestinal, particularmente em pessoas desnutridas. A inoculação direta através de feridas é uma via pouco frequente, mas pode provocar doença cutânea, uma forma rara da infeção.^{1,3,4}

Após atingimento tecidual, os fungos assumem a forma de hifas e invadem o lúmen e a parede dos vasos sanguíneos levando a trombose, isquémia e morte tecidual.⁵ A resposta imune humoral é importante no combate a esta infeção, principalmente a preconizada pelos neutrófilos.⁵ Assim, os doentes com disfunção dos neutrófilos apresentam maior suscetibilidade ao desenvolvimento da doença.

A espécie *Rhizopus* possuiu uma enzima (cetona reductase) que permite o crescimento do fungo em ambientes ricos em glicose. Assim, nos indivíduos com diabetes descompensada (principalmente na cetoacidose) há um ambiente sérico que favorece ao crescimento e proliferação do agente.

Outra condição associada a esta infeção é a sobrecarga de ferro e a terapêutica com desferroxamina. A desferroxamina favorece o crescimento das *Zygomycetes*, funcionando como sideróforo para os *Rhizopus*, aumentando a oferta de ferro, o que estimula o crescimento e invasão dos tecidos.^{4,5}

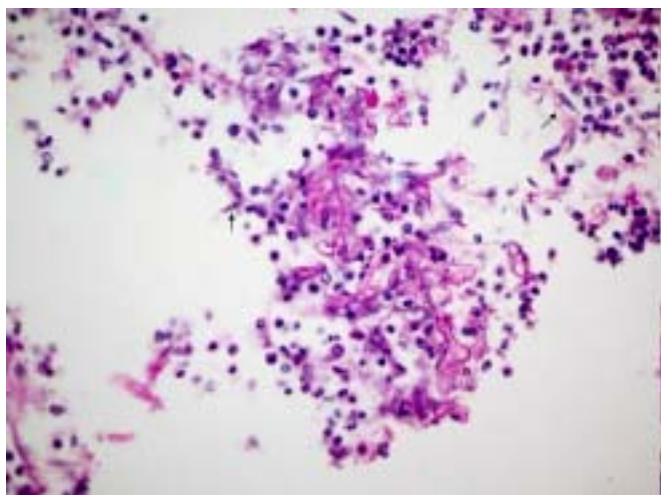


Figura 3 - Hifas grosseiras compatíveis com mucormicose (a seta indica as hifas)

No caso descrito o doente apresentava como fatores de risco a diabetes mellitus, a neutropenia no contexto de síndrome mielodisplásica, a sobrecarga de ferro e o uso concomitante de desferroxamina como quelante de ferro. Sendo estes microrganismos sideróforos, é natural que a sobrecarga de ferro contribua para o seu crescimento^{6,7}. Relativamente à apresentação clínica, a doença rinocerebral é a mais frequente. Ocorre após deposição dos esporos do fungo nos seios paranasais. Associadamente pode ocorrer doença orbital (sino-orbital) ou do cérebro (rinocerebral). Manifesta-se por congestão nasal, dor, hiposmia, anosmia e cefaleias.¹ O envolvimento orbital manifesta-se por edema periorbital e da face, proptose, visão turva, oftalmoplegia e pode evoluir rapidamente para necrose cutânea e do palato, invasão do seio cavernoso e do sistema nervoso central. A taxa de mortalidade é elevada (50-60 %).¹

A doença pulmonar é uma manifestação frequente da mucormicose. Cursa com sinais e sintomas inespecíficos, nomeadamente febre, tosse, dispneia e dor torácica. A hemoptise é consequência do tropismo vascular, com trombose, isquémia e necrose. É um achado tardio e grave que pode comprometer a vida do doente.⁶

A infecção cutânea, por inoculação de esporos na derme, ocorre quando há perda de integridade da pele por traumatismo direto, contaminação de ferida pré-existente ou punção endovenosa.^{1,3,4,5} Inicialmente ocorre eritema e induração no local de inoculação, que evolui para necrose com escara negra podendo atingir as fáscias e músculos.^{1,3} A morte ocorre devido a rápida disseminação vascular e invasão de outros órgãos. A

mucormicose disseminada ocorre mais frequentemente em doentes profundamente imunodeprimidos e naqueles sob terapêutica com desferroxamina.

À semelhança do caso apresentado, em que houve uma rápida disseminação da infecção, a mortalidade é elevada.

O envolvimento gastrointestinal caracteriza-se por enterocolite necrotizante que pode envolver qualquer segmento do tubo digestivo. Apesar de raro, pode ocorrer envolvimento de órgãos como o fígado, pâncreas e baço e é mais frequente nos doentes desnutridos.^{1,4,5}

Os exames complementares de diagnóstico são inespecíficos e têm maior utilidade no caso de mucormicose com envolvimento cerebral e pulmonar, particularmente a tomografia axial computadorizada (TAC) e a ressonância magnética (RM). Na mucormicose pulmonar os achados imagiológicos são muito semelhantes aos encontrados na aspergilose pulmonar.² Podemos encontrar infiltrados, condensações, sinal de halo rodeando um nódulo pulmonar, massas e cavitações. O envolvimento neurológico pode ser documentado por TAC (imagens de isquémia, hemorragia ou massa cerebral), embora a RM possa ter maior utilidade no caso de abscesso cerebral.¹ Os exames complementares de diagnóstico também são essenciais na orientação da colheita de material biológico para estudo histopatológico e da terapêutica cirúrgica, caso esta seja indicada.

Não obstante a importância dos exames imagiológicos, a histologia e cultura do fungo são essenciais para o diagnóstico definitivo. As hifas são típicas, largas, sem septos e com ramificações.⁵ A ausência de hifas na amostra não exclui o diagnóstico, pois a qualidade do material colhido é importante para uma correta interpretação dos resultados⁵. No caso de amostras esmagadas ou danificadas pode ocorrer destruição dos fungos impedindo a sua visualização.

No caso descrito o doente apresentava envolvimento primário da pele. Nestes casos, como referido, os exames de imagem não têm muita utilidade no diagnóstico definitivo, o que pode contribuir para o atraso no diagnóstico definitivo. Ainda assim são importantes na exclusão de outras causas ou locais concomitantes de infecção.

No caso descrito, foram solicitados hemoculturas e urocultura, pois era evidente o quadro infeccioso, mas os resultados foram negativos assim como ocorre na maioria dos casos de mucormicose. O exame histopatológico tardou 2 dias a demonstrar resultados

e isto teve um peso importante no desfecho, pois o doente apresentou uma evolução clínica fulminante, o que impossibilitou o início de terapêutica antifúngica adequada.

O tratamento bem-sucedido implica terapêutica antifúngica dirigida, desbridamento cirúrgico se indicado e correção dos fatores predisponentes corrigíveis.^{1,3,4,5,6,7}

Os antifúngicos de eleição são a anfotericina B clássica (1 mg/kg por dia) e a anfotericina B lipossómica, menos nefrotóxica que a primeira e, neste caso, numa dose de 5 mg/kg por dia. As equinocandinas não apresentam atividade contra os *Mucorales* e, à exceção do posaconazol (800 mg por dia), os outros azóis não são recomendados para o tratamento desta infeção.⁶ A terapêutica adjuvante com câmara de oxigénio hiperbárica tem sido utilizada,^{1,5} fundamentada no facto de que altas concentrações de oxigénio inibem o crescimento do fungo *in vitro*, mas o seu papel no tratamento da infeção por *Zygomycetes* ainda não está bem estabelecido.

O diagnóstico atempado é fundamental para o tratamento adequado e sobrevida dos doentes. A doença apresenta uma mortalidade elevada (cerca de 54%)⁸ e na maioria dos casos o diagnóstico é feito *post-mortem*⁹ pois é extremamente difícil isolar o microrganismo nas culturas habitualmente colhidas. Na maioria dos casos são necessárias biopsias, estudo histológico consequente e isolamento do microrganismo no tecido analisado.

COMENTÁRIOS

Com a evolução da Medicina, é natural que doentes com neoplasias e outras condições imunossupressoras sobrevivam mais tempo. A mucormicose é considerada uma infeção fúngica oportunista emergente, face ao crescente número de doentes com fatores predisponentes⁸. Em alguns doentes com lesões cutâneas de etiologia incerta, particularmente nos imunodeprimidos, deve sempre ser equacionada esta hipótese e realizadas biopsias e/ou colheitas teciduais pois os achados histológicos, não sendo patognomónicos, são característicos da infeção por *Mucorales*. Logicamente, o isolamento do microrganismo é fundamental para um diagnóstico definitivo.

O tratamento bem-sucedido da infeção baseia-se assim num alto índice de suspeição clínica, diagnóstico precoce e terapêutica antifúngica e cirúrgica (se necessário), associadamente à correção de fatores

predisponentes, designadamente a reversão da neutropenia e um melhor controlo metabólico.

Os autores fazem referência a este caso por ser uma patologia rara na prática clínica diária, podendo facilmente não ser lembrada, mas que acarreta uma enorme mortalidade, visto o sucesso terapêutico exigir um diagnóstico célere e uma terapêutica atempada.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Anabela Oliveira, Dra. Ofélia Afonso e Dra. Sónia Coelho pela sua contribuição no caso clínico apresentado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Lee Goldman, Dennis Ausiello. Infectious Diseases, Section XXIII. Elsevier. Goldman's Cecil Medicine, Hardcover 2011: 1994-1997.
- 2 - Cecília Bittencourt Severo, Luciana Silva Guazzelli, Luiz Carlos Severo. Zigomicoses. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2010; 36(1):134-141
- 3 - Silvio Alencar Marques, Rosangela Maria Pires de Camargo, Luciana Patrícia, Mariangela Marques. Mucormicose: Infeção oportunística grave em paciente imunossuprimido, Relato de caso. Diagn Tratamento 2010;15(2): 64-8
- 4 - Nancy F Crum-Cianflone, MD. Mucormycosis. July 2008. <<http://www.emedicine.com>> (acedido a 21/12/2011)
- 5-Gary Cox. Mucormycosis (zygomycosis). January 2012, <<http://www.uptodate.com>> (acedido a 06/02/2012)
- 6 - Brad Spellberg, Thomas J. Walsh, Dimitrios P. Kontoyiannis, John Edwards, Jr. and Ashraf S. Ibrahim. Recent Advances in the Management of Mucormycosis: From Bench to Bedside. Clinical Infectious Diseases 2009; 48:1743-51
- 7 - Arnáiz-García ME, Alonso-Peña D, González-Vela Mdel C *et al.* Cutaneous mucormycosis: report of five cases and review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2009; 62 (11):434-441
- 8 - Sílvia Méndez Flores, Linda García Hidalgo, Marcela Saeb Lima, Rocío Orozco Topete. Mucormicosis cutánea primaria, comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. Dermatología Rev Mexicana, Volumen 54 (2), marzo-abril 2010: 72-75 11
- 9 - W.R. von Pohle. Disseminated mucormycosis presenting with lower extremity weakness. European Respiratory Journal 1996, 9: 1751-1753.



APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA DOENÇA DE CAROLI

Clinical presentation of Caroli disease

Sergiu Usurelu*, Vanessa Bettencourt*; Luís Valência**, Gina Melo***, Arnandina Loureiro****

RESUMO

Doença de Caroli ou quisto do colédoco tipo V é uma doença congénita rara que consiste na dilatação fusiforme ou sacular não obstrutiva das vias biliares intrahepáticas. Os principais sintomas são a dor abdominal no quadrante superior direito, icterícia obstrutiva e colangite. As áreas de estenose e dilatação podem causar estase e mais tarde litíase e infeção. O diagnóstico é estabelecido por ultra-sonografia, tomografia computadorizada, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica ou colangiopancreatografia por ressonância magnética que demonstram as dilatações quísticas das vias biliares intrahepáticas. O tratamento depende da localização das anormalidades biliares. Nas formas localizadas a melhor opção é a excisão hepática e em caso de doença difusa o transplante hepático é a única modalidade eficaz.

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez por Jacques Caroli em 1958, é uma doença rara, genética, na maioria dos casos autossómica recessiva, geralmente diagnosticada antes dos 10 anos de idade^{1,3}.

É uma malformação congénita rara que consiste na dilatação segmentar multifocal das vias biliares intrahepáticas e 15-20% tem envolvimento segmentar. Tendo como incidência de 1 em 1.000.000 habitantes é geralmente diagnosticada na infância e adulto jovem, sendo mais frequente nas mulheres^{2,6}. A maioria dos casos está associada a outra doença do fígado, como a fibrose hepática congénita e o quisto de colédoco, ou à doença poliquística renal autossómica recessiva. A litíase intraductal com episódios de colangite de repetição é uma complicação frequente, podendo evoluir para hipertensão portal, hemorragia digestiva e ascite. O risco de colangiocarcinoma está aumentado, podendo ocorrer em até 7% de casos^{2,4,5,8}. Os autores têm como objetivo apresentar um caso clínico de uma patologia rara, num homem, atendido no Serviço de Urgência da ULS – Castelo Branco.

ABSTRACT

Caroli's disease or choledochal cyst type V is a rare congenital condition characterized by non-obstructive saccular or fusiform dilatation of larger intrahepatic bile ducts. The main symptoms are upper right quadrante abdominal pain, obstructive jaundice and cholangitis. Areas of stenosis and dilatation initially cause stasis and later on cause lithiasis and infection. The diagnosis of Caroli's disease depends on demonstrating that the cystic lesions are in continuity with the biliary tree which can be showed by ultrasonography, computerized tomography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography or magnetic resonance cholangiopancreatography. Treatment of Caroli's disease relies on the location of the biliary abnormalities. While localized forms confined to one lobe can be treated with surgery, liver transplantation is the only effective modality for diffuse forms.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 25 anos, recorreu ao SU por dor abdominal localizada no epigastro, de início insidioso, e aumento gradual com +- 8 dias de evolução, acompanhada de febre e anorexia.

Ao exame objetivo: Da palpação abdominal salientava-se um abdómen mole e depressível, doloroso à palpação no hipocôndrio direito e epigastro, sem massas palpáveis.

Analiticamente: Leucócitos 25.04×10^3 cel/ μ l, Neutrófilos 89.9×10^3 cel/ μ l, Proteína C - reactiva 121 mg/l, Fosfatase alcalina 208 u/l, Gama glutamil transpeptidase 251 u/l, Lactato desidrogenase 817 u/l.

Ecografia abdominal: ectasia biliar intrahepática envolvendo o lobo esqº com litíase ductal intra e extrahepática, compatível com doença de Caroli segmentar (Fig. 1-2)

TAC abdominal: No estudo realizado chama-nos à atenção para alteração envolvendo o fígado esquerdo onde se nota ectasia da árvore biliar de grau moderado, que se faz a montante do ducto biliar esquerdo; discreta

*INTERNO DE CIRURGIA GERAL, ULS-CASTELO BRANCO

**ASSISTENTE HOSPITALAR DE CIRURGIA GERAL, ULS-CASTELO BRANCO

***ASSISTENTE GRADUADO HOSPITALAR DE CIRURGIA GERAL, ULS-CASTELO BRANCO

****DIRECTORA DE SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL, ULS-CASTELO BRANCO

ectasia da biliar principal a montante do segmento pancreático (Fig.3).

O doente é submetido a CPRE: VBP – discretamente ectasiada, com cálculos. VBIH - ramo direito sem dilatação, ramo esquerdo não contrastou e isto só foi conseguido após passagem de fio-guia a montante do hilo. Após opacificação - dilatação marcada do ramo esquerdo a montante do hilo onde se localiza volumoso cálculo. O ramo esquerdo tortuoso. Terapêutica efectuada - ETE ampla sem complicações imediatas. Não se conseguiu extrair cálculo com balão, múltiplas tentativas pelo que se optou por colocar stent plástico duplo-pigtail 12 cm e 7F para manter drenagem (Fig. 4-5). Tendo indicação cirúrgica o doente foi enviado para o centro de referência, onde foi submetido a lobectomia esq^a.

DISCUSSÃO

Existem 2 formas de clínicas: uma forma mais simples, a qual se apresenta como dilatação segmentar e sacular da via biliar associada a litíase e colangite; outra forma acompanhada de fibrose hepática congénita, na qual a dilatação ductal é menos proeminente e é acompanhada de hipertensão portal e insuficiência hepática. São também comuns os quistos renais e de colédoco^{1,4,5}.

Manifesta-se clinicamente com episódios de febre recorrente, dor abdominal no hipocôndrio direito, icterícia. A colangite de repetição é a forma de apresentação em 64% dos casos^{6,7,8}.

Os doentes com fibrose hepática podem apresentar hipertensão portal, ascite e varizes esofágicas com hemorragia⁶.

Exames laboratoriais são pouco significativos e, fora das crises de colangite, observa-se apenas leve aumento de gama glutamiltransferase e fosfatase alcalina.

O diagnóstico da doença de Caroli é feito com base na história detalhada e exame físico, além do auxílio indispensável de exames complementares de imagem, que demonstram as dilatações saculares dos ductos biliares intrahepáticos. Pode-se utilizar ecografia ou tomografia computadorizada abdominal, reservando a colangiografia para os casos duvidosos, devido ao risco de colangite ascendente. O exame tomográfico revela imagens hipodensas, com conteúdo mais hiperdenso no seu interior (sinal do ponto central), sinal compatível com a doença de Caroli^{1,5,6}. A colangiorressonância, um método não invasivo, actualmente é considerada exame de escolha.

A biópsia hepática é importante para documentar a pre-

sença de degeneração fibrótica do parênquima nos casos em que há suspeita de síndrome de Caroli.

O tratamento é cirúrgico depende da extensão e localização da doença. As ressecções hepáticas constituem na actualidade o tratamento de eleição. As formas localizadas podem ser tratadas com ressecções segmentares ou lobar, tendo o melhor prognóstico, conforme o caso clínico. Nos casos de doença hepática difusa o transplante hepático constitui o tratamento mais adequado^{6,7,8}. O tratamento médico com antibióticos deve ser opção em casos de crises de colangite^{3,6}.

CONCLUSÃO

O diagnóstico é estabelecido por métodos imagiológicos (ecografia, TAC,CPRE ou CPRM) que demonstram a dilatação quística das vias biliares intrahepáticas litíase.

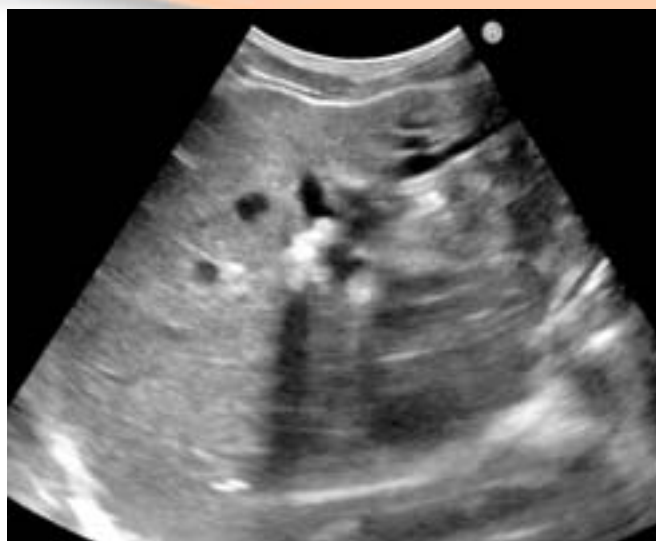
O tratamento depende dos achados clínicos e da extensão das anormalidades biliares.

Antibioterapia de espectro largo é usada nos casos de colangite, mas não evita a progressão da doença.

A melhor opção terapêutica nos casos sintomáticos unilobares é a excisão hepática do lobo afectado; em caso de doença bilobar, deve planear-se o transplante hepático.

BIBLIOGRAFIA

1. Miller W, Sechtin A, Campbell W, Pieters P. Imaging Findings in Caroli's Disease. *AJR* 1995;165:333-337.
2. Medrano-Caviedes R, Artigas V, Sancho F, Marin-Hargreaves G, Rodriguez M, Trias M. Hepatectomia parcial curativa en la enfermedad de Caroli del adulto. *Cir Esp* 2007;81(4):218-221.
3. Pimentel F. Enfermedad de Caroli. *Rev. Chilena de Cirugía* 2004;56(5):426-433.
4. Faría G, Aretxabala X, Sierralta A, Flores P, Burgos L. Colangiocarcinoma primario asociado a enfermedad de Caroli; *Rev. Méd. Chile* 2001;129(12):1433-1438.
5. Gupta As, Gupta Ar, Bhardwaj V and Chansoria M. Caroli's Disease. *Indian Journal of Pediatrics* 2006;73(3):233-235.
6. Yonem O, Bayraktar Y. Clinical characteristics of Caroli's disease, *World J Gastroenterol* 2007; 13(13):1930-1933.
7. Hernández F, Montalva S, Leiva L, Castillo J, Alvarez S. Resección hepática en Enfermedad de Caroli. *Rev. Chilena de Cirugía* 1999;51(5):517-522.
8. Bockhorn M, Malagó M, Lang H, Nadalin S. The Role of Surgery in Caroli's Disease. *Journal of American College of Surgeons* 2006;202(6):928-932.



Ecografia abdominal: ectasia biliar intrahepática envolvendo o lobo esqº com litíase ductal intra e extrahepática, compatível com doença de Caroli segmentar (Fig. 1-2)



Fig. 3 - Colangio-RM: dilatação das vias biliares e preenchimento destas por cálculos peri-centimétricos.



Fig. 4



Fig. 5

HEPATITE E: CASO CLÍNICO

Hepatitis E: Case Report

Joana Carneiro¹, Amanda Lista Rey², Miguel Morgado³, José Carlos Veloso⁴, Lourdes Vilarinho⁵

RESUMO

O vírus da hepatite E (VHE) é a principal causa de hepatite transmitida entericamente não A, não B em países subdesenvolvidos. O VHE é um vírus RNA de cadeia simples. Transmite-se sobretudo por via entérica, existe também risco de contágio através do consumo de carne de animais infectados, transfusões sanguíneas e transmissão vertical. A sua apresentação é habitualmente mais severa que a hepatite pelo vírus da hepatite A. Em casos raros o VHE pode cursar com hepatite fulminante, nomeadamente nas grávidas. Actualmente o diagnóstico é feito pela pesquisa de *reverse transcriptase polymerase chain reaction* do VHE no soro. Não existe qualquer tratamento específico.

Os autores apresentam um caso clínico de hepatite E num doente de 23 anos, que foi admitido por quadro de hepatite aguda com critérios de gravidade após viagem recente à Índia.

Palavras-chave: VHE, Hepatite E, Insuficiência Hepática Aguda

Joana Carneiro, Serviço de Medicina Interna 2, Hospital Conde Bertiandos, Largo Conde de Bertiandos 4990-041 Ponte do Lima

ABSTRACT

The hepatitis E virus (HEV) is the leading cause of hepatitis transmitted through the faecal-oral non-A, non-B in underdeveloped countries. The HEV is a single-stranded RNA virus. It is transmitted mainly enterally, there is also risk of infection through the foodborne transmission from ingestion of products derived from infected animals, blood transfusion and vertical transmission. His presentation is usually more severe than hepatitis by hepatitis A virus. In rare cases the HEV can be associated with fulminant hepatitis, particularly in pregnant. Currently the diagnosis is made by the research of reverse transcriptase polymerase chain reaction of serum HEV. There is no specific treatment.

The authors present a clinical case of hepatitis E in a patient aged 23, who was admitted for acute hepatitis frame with severity criteria after recent trip to India.

Key Words: HEV; Hepatitis E, Acute liver failure

INTRODUÇÃO

A hepatite E é a primeira causa de hepatite de transmissão entérica não A não B no mundo. Anualmente estimam-se cerca de 20 milhões de novos casos de Hepatite E sendo que 70 mil destes podem evoluir para a morte. Encontram-se casos identificados em todo o mundo, mas a sua área de maior prevalência é o Sudoeste asiático e a região Sul da Ásia. Até à data a maioria dos casos identificados na Europa estão relacionados com importação da doença por viajantes ou pelo consumo de carne de animais infectados^{1,2}.

O vírus da Hepatite E (VHE) é um vírus RNA de cadeia simples. Transmite-se sobretudo por via entérica, existe

também risco de contágio através do consumo de carne de animais infectados, transfusões sanguíneas e transmissão vertical. O primeiro caso de hepatite E aguda foi documentado em 1955 na Índia, tendo sido o vírus identificado e caracterizado morfológicamente em 1980 após um surto de hepatite num campo militar no Afeganistão durante a ocupação soviética^{3,5}.

A apresentação clínica da infecção aguda é semelhante às outras formas de hepatite aguda. Habitualmente a sua manifestação é mais severa que a hepatite pelo vírus da hepatite A (VHA). Em casos raros o VHE pode cursar com hepatite fulminante, nomeadamente nas grávidas^{1,2,3}. O período de incubação após a exposição oral pode variar das 4 às 5 semanas.

1. INTERNA DE MEDICINA INTERNA NO SERVIÇO DE MEDICINA 2 ULSAM
2. INTERNA DE MEDICINA INTERNA NO SERVIÇO DE MEDICINA 2 ULSAM
3. INTERNO DE MEDICINA INTERNA NO SERVIÇO DE MEDICINA 2 ULSAM
4. ASSISTENTE HOSPITALAR GRADUADO SERVIÇO DE MEDICINA 2 ULSAM
5. ASSISTENTE HOSPITALAR GRADUADO, DIRECTORA DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA 2 ULSAM
SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL CONDE BERTIANDOS, ULSAM

RECEBIDO: 20.08.2012
ACEITE: 03.08.2013



Actualmente o diagnóstico é feito pela pesquisa de *reverse transcriptase polymerase chain reaction* (RT-PCR) do VHE no soro. Não existe qualquer tratamento específico^{1,4}.

No ano 2011 foi registada na China a primeira vacina, não estando ainda disponível no resto do mundo¹.

CASO CLÍNICO

Doente de género masculino com 23 anos de idade, ovolactovegetariano. Habitualmente residente no Canada e regressado a Portugal após uma viagem de 5 meses pela Índia. Previamente saudável, negava durante a viagem qualquer alteração do seu estado de saúde assim como consumo de cogumelos, plantas/ervas medicinais não reconhecidas. Negava ainda consumos tabágicos, etílicos ou de substâncias de abuso. De referir trabalhos de restauro recente, no domicílio, com uso de tintas à base de água, negando no entanto uso de decapantes ou diluentes. Uma semana após ter chegado a Portugal recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de diarreia aquosa abundante, sem sangue ou muco. Diagnosticado quadro viral, com resolução nos dias seguintes. Nas 2 semanas subsequentes, iniciou queixas de náuseas, epigastralgias e astenia. Automedicou-se com albendazol, sem melhoria. Por agravamento progressivo, da astenia, anorexia, náuseas e posteriormente surgimento de icterícia e colúria recorreu ao SU na semana seguinte. Na admissão a destacar icterícia da pele e mucosas, sem outras alterações do exame físico. Analiticamente apresentava AST 2263 UI/L; ALT: 2764 UI/L; BilT: 16.17 mg/dL; BilD: 10.57 mg/dL; GGT: 171UI/L; FA: 264 UI/L; Taxa de Protrombina: 62%, INR: 1,94 sem outras alterações relevantes no restante estudo. A ecografia abdominal superior revelou fígado com dimensões normais, contornos regulares e textura homogénea e volumosa esplenomegalia homogénea de contornos bosselados associado a sinais de hipertensão do sistema porta.

O doente iniciou estudo complementar para esclarecimento da etiologia da hepatite. Consideraram-se causas infecciosas e causas tóxicas uma vez que havia história de contacto prévio. O estudo analítico realizado mostrou serologias das hepatites víricas negativas (Ag Hbs, Atc Anti-Hbc, Atc Anti-VHA IgM e IgG, Atc Anti-VHC, Act Anti VIH 1 e 2), serologias do Vírus

Citomegálico e do Vírus Epstein-Barr negativos, perfil lipídico normal, metabolismo do ferro normal, imuno-electroforese proteica e perfil auto-imune normal (ANA; ANCA, Anti-LKM, AMA, Anti musculo liso), ceruloplasmina negativa. Após exclusão das causas mais prováveis foi solicitada RT-PCR do VHE que confirmou o diagnóstico.

Ao fim de 4 semanas de vigilância, inicialmente em regime de internamento e posteriormente em Hospital de Dia, o doente apresentou resolução das queixas e normalização progressiva dos parâmetros analíticos.

DISCUSSÃO

Este caso reveste-se de maior interesse não só pela causa infecciosa em si (hepatite E) mas também pela presença de insuficiência hepática aguda (IHA) demonstrada pela presença de coagulopatia e pelos sinais indirectos de hipertensão portal aqui demonstrados pela presença de esplenomegalia homogénea de contornos bosselados. Sabe-se que nos doentes com insuficiência hepática aguda pode desenvolver-se hipertensão portal de instalação sub-aguda que resulta de alterações da estrutura hepática que decorrem do processo de inflamação maciça, edema local e alterações microcirculatórias⁵.

Como está descrito na literatura a hepatite por VHE tem uma apresentação mais severa que as restantes hepatites de transmissão feco-oral mas a sua evolução é normalmente favorável como se constatou neste caso.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Fact Sheet n° 280; Hepatitis E, World Health Organization, July 2012
- 2) Banks M, Grierson S, Fellows HJ, Stableforth W, Bendall R, Dalton HR. Transmission of hepatitis E virus. *Vet Rec* 2007; 160: 202.
- 3) Dalton HR, Bendall R, Ijaz S, Banks M. Hepatitis E: an emerging infection in developed countries. *Lancet Infect Dis* 2008; 698-709. [Review]
- 4) Reys G, Purdy M A, Kim J P, et al. Isolation of a cDNA from the virus responsible for enterically transmitted non-A non-B hepatitis. *Science* 1990; 247:1335-1339
- 5) Larsen FS, Bjerring PN. Acute Liver Failure. *Curr Opin Crit Care* 2011;17: 160-164.

SARCOIDOSE CUTÂNEA - FORMA DE APRESENTAÇÃO BASALIOMA "LIKE"

Cutaneous sarcoidosis - Presentation of Basalioma like

R. Marques¹, A. Correia¹, A. R. Cabral², A. Monteiro¹, P. Henriques¹

As manifestações cutâneas da sarcoidose ocorrem em 25 a 30% dos doentes com o diagnóstico de sarcoidose, no entanto, apenas em raras situações estas são o seu modo de apresentação.

As manifestações cutâneas isoladas de sarcoidose constituem um desafio exigindo perspicácia para um diagnóstico assertivo em casos como o que se descreve em seguida.

Relatamos o caso clínico de um doente de 42 anos trabalhador da construção civil que descreve o surgimento de uma lesão papuloeritematosa com cerca de 1cm de diâmetro na hemiface esquerda com 2 meses de evolução. Esta apresentava superfície brilhante telangiectásica possuindo consistência duroelástica e infiltrando os tecidos profundos. Não apresentava antecedentes pessoais nem familiares relevantes, nem história de medicação crónica. O exame objetivo era normal não existindo sinais de envolvimento cardíaco, neurológico, ocular ou articular.

A hipótese inicialmente colocada foi de basalioma, no entanto, a biópsia da lesão revelou de modo surpreendente granulomas não-caseantes de células epitelióides. Foi realizado estudo complementar que revelou aumento da velocidade de sedimentação (VS-82mm/h) e da enzima conversora da Angiotensina (ECA-134U/l). Os exames radiológicos pulmonares revelaram adenopatias paratraqueais bilaterais sem envolvimento parenquimatoso compatíveis com sarcoidose. O lavado broncoalveolar demonstrou aumento da relação CD4/CD8.

A ecografia abdominal, o electrocardiograma, o ecocardiograma transtorácico e a observação oftalmológica não revelaram quaisquer alterações.

Foi instituído tratamento com corticoterapia intralesional (3 administrações mensais) e sistémica (1mg/kg/dia) com melhoria da lesão cutânea e resolução das adenopatias paratraqueais.

Este caso clínico de sarcoidose com envolvimento cutâneo reforça a necessidade de uma forte suspeição clínica de forma a evitar erros diagnósticos. Considerada a "Grande Simuladora" a sarcoidose com envolvimento cutâneo deverá sempre ser excluída em casos como o descrito.

BIBLIOGRAFIA

1. Tchernev G. Cutaneous sarcoidosis: the "great imitator": etiopathogenesis, morphology, differential diagnosis, and clinical management. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7(6):375-82.
2. Marcoval J, Maña J, Moreno A, Peyri J. Subcutaneous sarcoidosis—clinicopathological study of 10 cases. *Br J Dermatol.* Oct 2005;153(4):790-4.
3. Ahmed I, Harshad SR. Subcutaneous sarcoidosis: is it a specific subset of cutaneous sarcoidosis frequently associated with systemic disease?. *J Am Acad Dermatol.* Jan 2006;54(1):55-60.
4. Doherty CB, Rosen T. Evidence-based therapy for cutaneous sarcoidosis. *Drugs.* 2008;68(10):1361-83.
5. Fazzi P. Pharmacotherapeutic management of pulmonary sarcoidosis. *Am J Respir Med.* 2003;2(4):311-20.

Correspondência do Autor: Rui Moreira Marques
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Pólo Viseu
ruijm2@gmail.com

R. MARQUES: INTERNO DO 5º ANO DE MEDICINA INTERNA I DO CHTV
A. CORREIA: INTERNA DO 5º ANO DE MEDICINA INTERNA DO CHTV
A. R. CABRAL: INTERNA DO 4º DE DERMATOVENEROLOGIA DOS CHUC
A. MONTEIRO: CHEFE DE SERVIÇO DO SERVIÇO DE MEDICINA I DOS CHTV
P. HENRIQUES: DIRECTOR DE SERVIÇO DO SERVIÇO DE MEDICINA I CHTV
(1) SERVIÇO DE MEDICINA I DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU
(2) SERVIÇO DE DERMATOVENEROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

RECEBIDO: 10.01.2012
ACEITE: 03.10.2013



Fig. 1



Fig. 2

Fig.1 e 2- Lesão papuloeritematosa na hemiface esquerda, manifestação cutânea de sarcoidose.

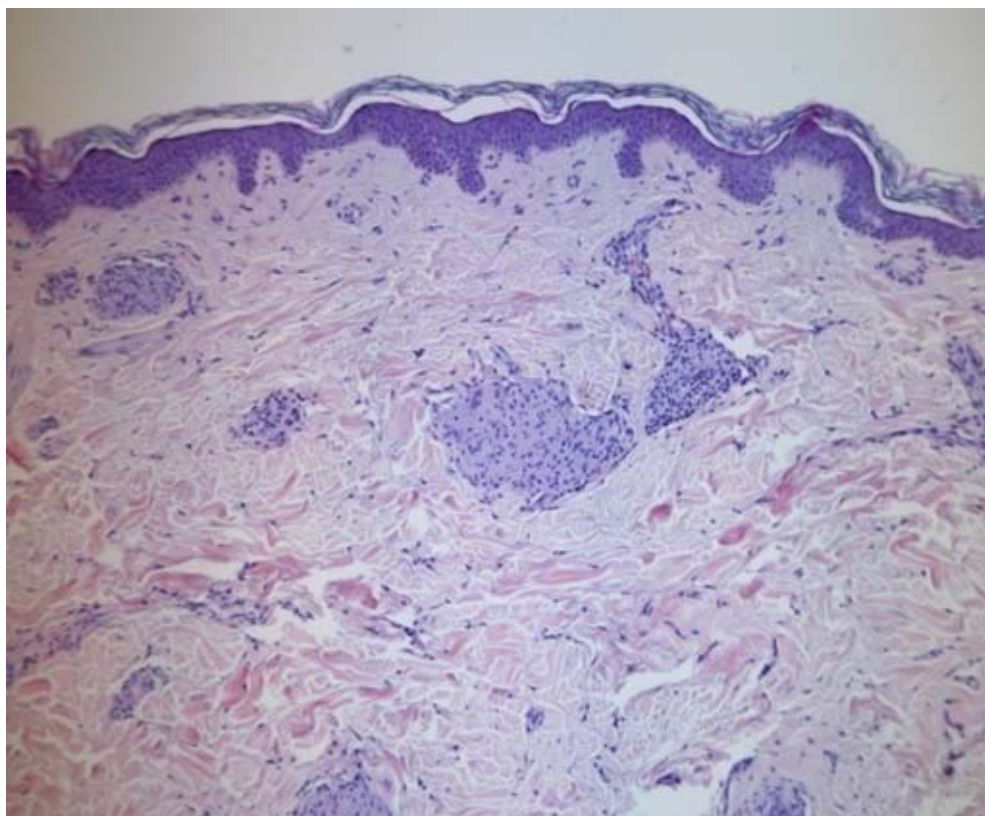


Fig. 3

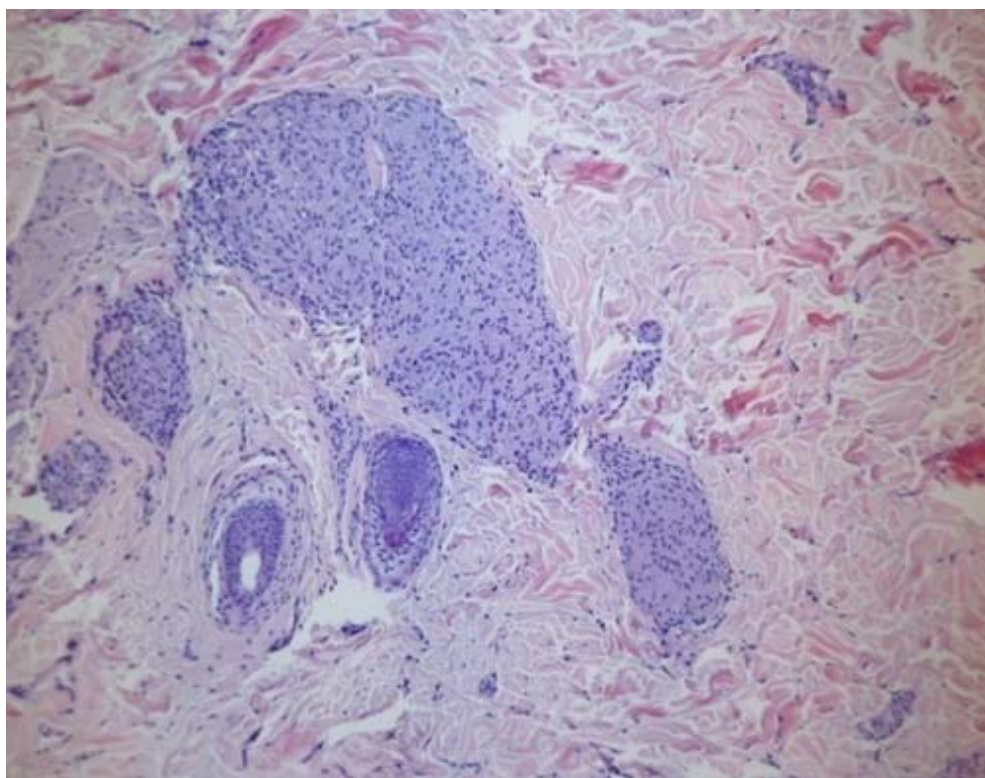


Fig. 4

Fig. 3 e 4 - Biópsia da lesão onde se observam granulomas não-caseantes de células epitelióides



PNEUMONIA RECORRENTE POR CORPO ESTRANHO

Ana Rita Cruz¹, Emília Guerreiro², Carlos Ribeiro³

A pneumonia recorrente caracteriza-se por episódios repetidos de infecção pulmonar, traduzidos imagiologicamente por infiltrados pulmonares recorrentes num único ou em múltiplos lobos pulmonares. Na sua etiologia podem encontrar-se uma doença localizada, uma compressão extrínseca ou alterações estruturais das vias aéreas.

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 37 anos, com esquizofrenia, medicado com decanoato de haloperidol, quetiapina e ziprazidona, admitido no serviço de urgência por febre com dois dias de evolução, tosse com expectoração mucopurulenta e dispneia para médios esforços. A tosse persistia há várias semanas e o doente já havia sido medicado com amoxicilina-ácido clavulânico e claritromicina por pneumonia. Ao exame físico apresentava-se febril (temperatura axilar: 38°C), com diminuição dos sons respiratórios e hipersonoridade vocal nos dois terços inferiores do campo pulmonar direito. Analiticamente: hemoglobina de 12,4g/dL, sem leucocitose ($9,47 \cdot 10^9$ leucócitos/L, com 57,2% de neutrófilos), proteína de fase aguda (PCR) de 3,32mg/dL, função renal e ionograma sem alterações; sem hipóxia. Hemoculturas e exame bacteriológico de secreções amicrobianos. Na telerradiografia torácica visualizava-se hipotransparência na base do campo pulmonar direito (figura 1). A tomografia computadorizada do tórax mostrou consolidações parenquimatosas nos segmentos basal e superior do lobo inferior do pulmão direito, com broncograma aéreo; na bifurcação do brônquio do lobo inferior do pulmão direito constatava-se a presença de uma imagem alongada, hiperdensa, com densidade

cálcica (figuras 2A e 2B). O doente foi internado, manteve antibioterapia e foi submetido a broncofibroscopia rígida que possibilitou a extracção de corpo estranho de coloração branca, com cerca de 2cm, envolvido por secreções purulentas, correspondendo a um osso de galinha (figuras 3A e 3B). Observada resolução completa da pneumonia com a terapêutica instituída.

Nas pneumonias de evolução arrastada ou recorrentes é necessário excluir causas obstrutivas, sobretudo em doentes com patologia psiquiátrica ou disfagia.



Figura 1 – Telerradiografia de tórax: hipotransparência no lobo inferior do pulmão direito

Correspondência do Autor: Ana Rita Cruz
Rua Cônego Dr. António José Ribeiro, nº 22, 1º esquerdo. 4700-216 Braga
rita.x@portugamail.pt

1 INTERNA DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA DE MEDICINA INTERNA

2 ASSISTENTE HOSPITALAR DE MEDICINA INTERNA

3 ASSISTENTE HOSPITALAR DE MEDICINA INTERNA

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, HOSPITAL SANTA LUZIA - VAINA DO CASTELO

RECEBIDO: 13.05.2012

ACEITE: 26.11.2012

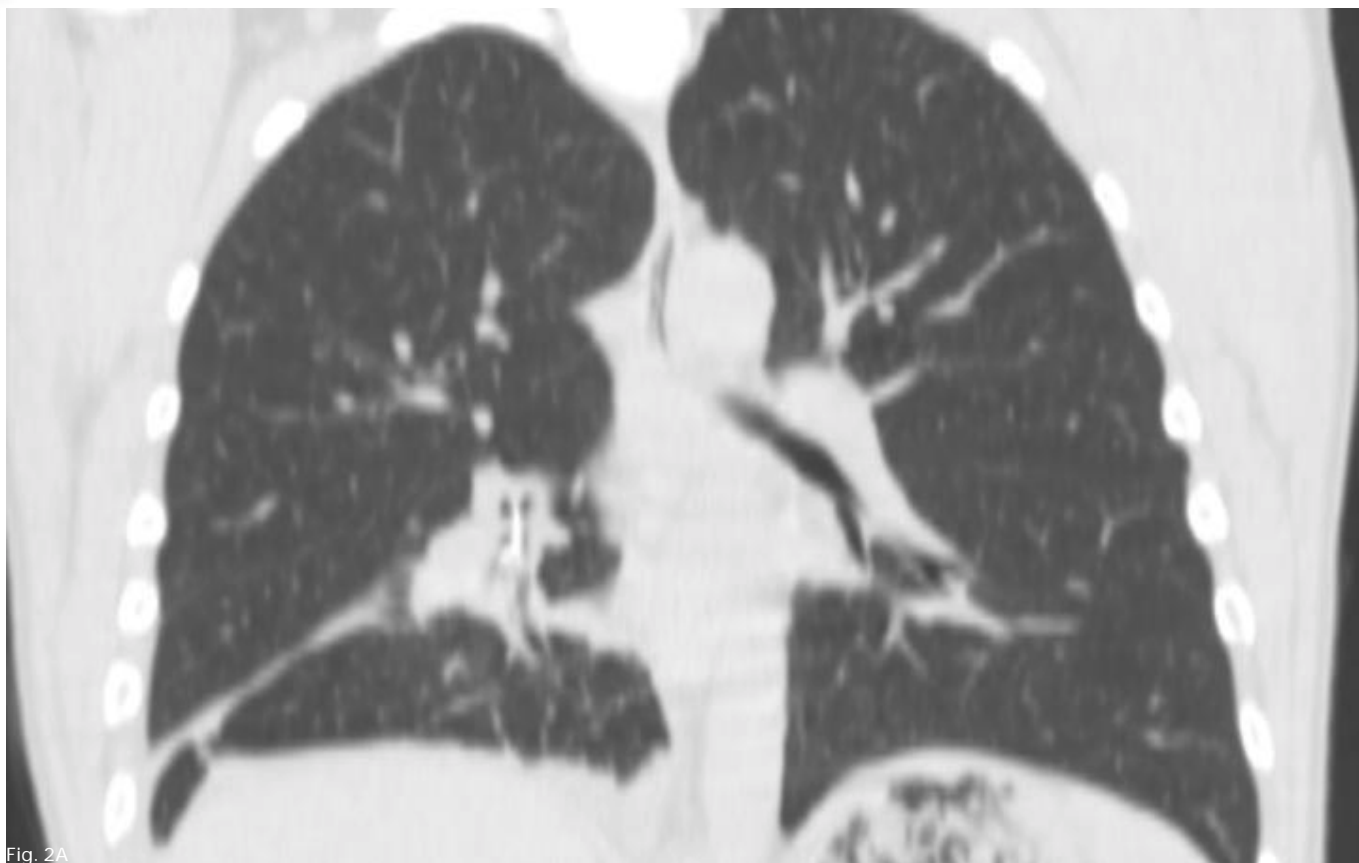


Fig. 2A

Figura 2 – Tomografia computadorizada do tórax: 2A imagem hiperdensa no hilo pulmonar direito (em corte coronal); 2B imagem alongada, hiperdensa, com densidade cálcica, na bifurcação do brônquio do lobo inferior do pulmão direito



Fig. 2B



Fig. 3A

Figura 3 - osso de galinha retirado através de broncoscopia rígida do brônquio do lobo inferior do pulmão direito (3A e 3B)



Fig. 3B



ULS

Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE



REVISTA DE SAÚDE
AMATO
LUSITANO