Revista da AMRIGS

Publicação Oficial de Divulgação Científica da Associação Médica do Rio Grande do Sul - www.revistadaamrigs.org.br

Revista da AMRIGS – **BL ISSN 0102 – 2105 – VOL. 62 – Nº2 – ABR.-JUN. 2018 / Suplemento**



I CONGRESSO DE ONCOLOGIA DE PELOTAS

DE 4 A 6 DE MAIO 2017

REALIZAÇÃO

Liga Acadêmica de ONCOLOGIA UFPel

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL
Entidade filiada à Associação Médica Brasileira – AMB
Fundação em 27/10/1951 – Av. Ipiranga, 5311
CEP 90610-001 – Porto Alegre – RS – Brasil
Tel.: (51) 3014-2001 / www.amrigs.org.br

DIRETORIA DA AMRIGS 2017/2020
Presidente: Dr. Alfredo Floro Cantalice Neto
Vice-presidente: Dr. Dirceu Francisco de Araújo Rodrigues
Diretor Administrativo: Dr. Arthur da Motta Lima Netto
Diretor de Finanças: Dr. Marcelo Scarpellini Silveira
Diretor do Exercício Profissional: Dr. Marcos Vinicius Ambrosini Mendonça
Diretor de Assistência e Previdência: Dr. Itamar Sofia do Canto
Diretora de Normas: Dra. Sônia Elisabete Soares Kunzler
Diretor de Comunicação: Dr. Bernardo Avelino Aguiar
Diretor de Integração Social: Dr. Juliano Nunes Chibiaque de Lima
Diretor Científico e Cultural: Dr. Ercio Amaro de Oliveira Filho
Diretor de Patrimônio e Eventos: Dr. Daltro Luiz Alves Nunes

REVISTA DA AMRIGS
Editor Executivo: Prof. Dr. Antonio Carlos Weston
Editor Associado: Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein
Editora Honorífica: Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira

Conselho Editorial Internacional:
Eduardo De Stefani (Livre Docente, Universidad de la República, Montevidéu, Uruguai), Juan Pablo Horcajada Gallego (Professor Doutor, Chefe da Seção de Medicina Interna/Doenças Infecciosas do Hospital Universidad Del Mar / Barcelona / Espanha), Héctor Geninazzi (Professor Associado de Cirurgia Digestiva, Montevidéu, Uruguai), Lissandra Dal Lago (Research Fellow – Breast Cancer Group at European Organization of Research and Treatment of Cancer – EORTC – Bruxelas, Bélgica), Ricard Farré (Research Fellow – Universidade de Leuven – Bélgica), Tazio Vanni (Research Fellow – International Agency for Research on Cancer / WHO)

Conselho Editorial Nacional:
Airton Tetelbom Stein (Professor Doutor, Departamento de Medicina Preventiva / UFCSPA), Altacílio Aparecido Nunes (Professor Doutor, Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto), Antonio Nocchi Kalil (Chefe do Serviço de Cirurgia Oncológica da Santa Casa de Porto Alegre, Professor Associado de Cirurgia da UFCSPA), Antonio Pazin Filho (Professor Doutor, Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto), Bruno Zilberstein (Professor Dr. Livre Docente e Prof. Associado do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP), Edson Zangiacomi Martinez (Professor Doutor, Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto), Eduardo Barbosa Coelho (Professor Doutor, Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina / Coordenador Unidade de Pesquisa Clínica HCFMRP-USP/Ribeirão Preto), Eduardo Linhares Riello Mello (PhD, Cirurgia Abdominal do Instituto Nacional de Câncer – INCA), Felipe J. F. Coimbra (Diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal do AC Camargo Cancer Center), Geraldo Druck Sant'Anna (Professor, Disciplina de Otorrinolaringologia, UFCSPA), Gustavo Py Gomes da Silveira (Professor Titular de Ginecologia da UFCSPA), Ilmar Köhler (Professor Doutor / Departamento de Cardiologia da Faculdade Medicina da ULBRA), Joel Alves Lamounier (Professor Doutor / Departamento de Pediatria – Faculdade de Medicina/ USP – Ribeirão Preto), Julia Fernanda Semmelmann Pereira-Lima (Professora Adjunta Serviço de Endocrinologia da UFCSPA), Júlio Cezar Uili Coelho (Professor Doutor, Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná), Laercio Gomes Lourenço (Professor Adjunto, Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de São Paulo – Coordenador da Equipe), Lauro Wichert-Ana (Professor Doutor, Departamento de Neurologia e Medicina Nuclear – Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto), Leo Francisco Doncatto (Especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e pelo Conselho Federal de Medicina, Doutorado em Medicina, Clínica Cirúrgica pela PUCRS), Lissandra Dal Lago (Research Fellow – Breast Cancer Group at European Organization of Research and Treatment of Cancer – EORTC – Bruxelas, Bélgica), Luane Marques de Mello (Professora Doutora, Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina/USP– Ribeirão Preto), Marcelo Carneiro (Professor, Departamento de Infectologia, Faculdade de Medicina / Universidade de Santa Cruz, RS), Maria Helena Itaqui Lopes (Professora Doutora, Faculdade de Medicina da UCS), Paulo Augusto Moreira Camargos (Professor Doutor, Departamento de Pediatria – Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto), Paulo Kassab (Professor Livre Docente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo), Paulo Pimentel de Assumpção (Professor Doutor, Núcleo de Pesquisas em Oncologia, UFPA), Ramiro Colleoni (Professor Adjunto – Departamento de Cirurgia – Escola Paulista de Medicina / UNIFESP), Ricard Farré (Research Fellow – Universidade de Leuven – Bélgica), Sandra Maria Gonçalves Vieira (Professora Doutora, Departamento de Pediatria, Chefe da Unidade de Gastroenterologia Pediátrica Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Suzana Arenhart Pessini (Doutora em Patologia, UFCSPA), Themis Reverbel da Silveira (Professora Doutora, Departamento de Pediatria, Gastroenterologia Pediátrica, UFRGS), Renato Borges Fagundes (Professor Doutor, Departamento de Clínica Médica da UFSM-RS, Pesquisador Colaborador do NIH / NCI, EUA), Wilson Luiz da Costa Junior (Doutor em Oncologia, Cirurgião Oncológico Titular do Departamento de Cirurgia Abdominal, A. C.)

Equipe administrativa: Ivan Carlos Guareschi (Gerente Executivo),
Claudia Cristina Schmaedecke (Assistente Administrativo), Daniel Bueno (Tradutor)

Revisão: Press Revisão
Editoração: Imagine Design

Comercialização e contato: AMRIGS
Fones: (51) 3014-2016 ou (51) 3014-2024
revista@amrigs.org.br

Indexada na base de dados LILACS.
Filiada à ABEC.

Missão
"Transmitir aos médicos informações úteis para sua prática diária e possibilitar aos pesquisadores, particularmente os mais jovens, a divulgação dos seus trabalhos de pesquisa."

Revista da AMRIGS
Suplemento

VOL. 62 – Nº 2 – ABR.-JUN. 2018

I CONGRESSO DE ONCOLOGIA DE PELOTAS

Comissão organizadora:

Giovana Parron Paim
Ana Paula Gouvêa
Guilherme Vicentini
Thaís Soares
Gustavo S. Puchalski
Alexandre Baldissera
Carolina Silveira
Natália Zambrano
Camila Ito
Leonardo Sampaio
Gabriel Kuhn
Kélen Klein Heffel
Kellen Corrêa
Marina Possenti Frizzarin
Betina Giordani
Dra. Rosilene Jara Reis
Dra. Sílvia Sauressig
Dr. Rogério Linhares

Liga Acadêmica de ONCOLOGIA UFPel

Em 2016, os membros da Liga Acadêmica de Oncologia (LAO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) almejaram realizar um evento maior do que a tradicional Jornada Acadêmica de Oncologia da LAO, que estava na sua 5ª edição.

Com o apoio da professora e Dra. Rosilene Jara Reis, que fez parte da Comissão Organizadora do Congresso, de nosso professor e Dr. Rogério Linhares, que coordenou outros professores para avaliação dos trabalhos expostos no evento, e também da professora e Dra. Silvia Saueressig, responsável pela Liga, somado ao esforço de seus membros, acadêmicos do curso de Medicina, a LAO pôde concretizar o "I Congresso de Oncologia de Pelotas", em maio de 2017.

Foram três dias de palestras, cerca de 300 inscritos, uma tarde de workshops, exposição de 59 banners e apresentações orais de trabalhos, atividades essas que buscaram enriquecer o aprendizado em oncologia na cidade de Pelotas (RS).

Foi um grande passo para os acadêmicos da LAO encabeçar tal evento, e, com seu sucesso, está ocorrendo a organização do 'II Congresso de Oncologia de Pelotas', para o qual aguardamos vocês novamente.

Um abraço e muito obrigado!

Comissão Organizadora

Revista da AMRIGS / Suplemento

SUMÁRIO

AVALIAÇÃO DO EFEITO DO EXTRATO DA ERVA-MATE SOBRE A VIABILIDADE CELULAR EM LINHAGENS DE CÂNCER DE ESÔFAGO HUMANO
Mathias André Kunde, Angélica Regina Cappellari, Jade dos Santos Ferreira Moreira, Gustavo do Nascimento Franceschini, Eduardo Cassel, Fernanda Bueno Morrone 6

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES ONCOLÓGICAS EM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS
Franlayde de Moura Evangelista Almondes, Fernanda Sant'Ana Tristão, Daphine Neves da Silva, Juliana Graciela Vestena Zillmer, Adrize Rutz Porto, Maria Angélica Silveira Padilha, Aline Viegas 9

CÂNCER DE COLO UTERINO NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA
Alexandre Baldissera, Ana Carolina Kieling, Bruna Laila Tansini, José Matheus da Silva, Manuela Pinto Bandeira Malcon 11

CÂNCER DE MAMA EM UMA PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA: UM RELATO DE CASO
Carolina Gomes da Silveira Cauduro, Leonardo Buffon, Nathalia Kasper, Marcio Debiasi..... 14

CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS EXTRAPULMONAR SEM FOCO PRIMÁRIO IDENTIFICADO: UM RELATO DE CASO
Patricia Paraboni Bersaghi, Andrea de Vargas Tomelero, Sérgio Decker, Natália Batilana de Carvalho, Melinda Mallorquin Cabral, Vagner Vencato Kopereck, Lysandro Alsina Nader 16

CARCINOMA EPIDERMOIDE INVASOR DE VULVA: UM RELATO DE CASO
Lucas Duarte Bettin, Izabel de Oliveira Karam, Helena Harter Tomaszeski, Karol Levien Dora, Lorena Leal de Castro, Luana Oliveira Jost, Clarissa Lisboa Arla da Rocha..... 18

CARCINOMA EPIDERMOIDE MODERADAMENTE INVASOR DE COLO DE ÚTERO – RELATO DE CASO
Clarissa Lisboa Arla da Rocha, Helena Harter Tomaszeski, Janine Margutti Lançanova, Karine Vicenzi, Karol Levien Dora, Lorena Leal de Castro, Luana Oliveira Jost..... 20

CARCINOSSARCOMA BILATERAL DE OVÁRIO: RELATO DE CASO
Amanda Denti Favero, Eduardo de Barros Coelho Bicca, Fernanda Franco Pereira, Helena Harter Tomaszeski, Janine Margutti Lançanova, Lorena Leal de Castro, Luana Oliveira Jost..... 22

COMPLICAÇÕES CUTÂNEAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA
Helena Ribeiro Hammes, Fernanda Sant'Ana Tristão, Maria Angélica Silveira Padilha, Jefferson Sales da Silva, Elisangela Souza, Patrícia dos Santos Bopsin, Nubian Jandira Piva 24

CORRELAÇÃO ENTRE ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO, PREMATURIDADE E PESO AO NASCER
Fernanda Coutinho Kubaski 26

CUIDADOS COM A PELE FRENTE AO EXTRAVASAMENTO DE DROGAS ANTINEOPLÁSICAS
Jefferson Sales da Silva, Suzana Grings Oliveira, Fernanda Sant'Ana Tristão, Patrícia dos Santos Bopsin, Elisângela Souza, Maria Angélica Silveira Padilha, Daniela Marques Herzer 28

DERMATOMIOSITE SECUNDÁRIA À NEOPLASIA – UM RELATO DE CASO
João Augusto Carvalho Bittencourt, João Peron Moreira Dias da Silva, Lais Carneiro Guapo, Fábio de Moura Pinto, Sílvia Saueressig..... 30

DESNUTRIÇÃO ATRAVÉS DA ASG-PPP EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
Diana Araujo Eymael, Patricia Abrantes Duval 32

DINÂMICAS DE GRUPO UTILIZADAS COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
Dápine Neves da Silva, Laura Fontoura Perim, Sidiane Teixeira Rodrigues, Taiara Fonseca da Silva, Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Luana da Silva Soares, Juliana Marques Weykamp..... 34

HEMANGIOPERICITOMA INTRACRANIANO COM METÁSTASE EXTRACRANIANA TARDIA: UM RELATO DE CASO
Mathias André Kunde, Gabriel Lenz, Leonardo Stone Lago 36

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DE BURKITT: RELATO DE CASO
Maíra Cristina Ramos da Rosa, Thais de Assis Soares, Melinda Mallorquin Cabral, Patricia Paraboni Bersaghi, Andrea de Vargas Tomelero, Juliana da Cunha Rocha, Carolina Ziebell Carpena 38

LINFONODO SENTINELA E SUAS REPERCUSSÕES NO CÂNCER DE MAMA
Fernanda Coutinho Kubaski 40

MANEJO DA DOR EM PACIENTES COM FERIDAS ONCOLÓGICAS
Michele Rodrigues Fonseca, Fernanda Sant'Ana Tristão, Patrícia dos Santos Bopsin, Maria Angélica Silveira Padilha, Daniela Marques Herzer..... 42

MELANOMA NODULAR COM TEMPO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA ATÍPICO
Evelise Carla Genesini, Pedro Ferreira Ceretta, Camila Tlustak Soares, Bruna Brandão de Farias, Carolina Real Cappellaro, Júlia Geller Eidt, Luis Eugênio de Medeiros da Costa 44

METÁSTASE CEREBRAL DE UM CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE CORPO UTERINO: UM RELATO DE CASO
Gabriel Lenz, Leonardo Stone Lago, Thiago Krieger..... 46

NOVA ANÁLISE DAS LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS: MUDANÇAS NAS PRODUÇÕES EM ENSINO, EXTENSÃO E PESQUISA DE 2015 A 2017
Alisson Leandro Glitz, Ana Paula Gouvêa, Brenda Stefanello Golart, Carolina Silvieira da Silva, Frederico Timm Rodrigues de Sousa, Gustavo Szczecinski Puchalski..... 48

NOVAS TECNOLOGIAS NO TRATAMENTO DE FERIDAS ONCOLÓGICAS
Felipe Ferreira da Silva, Fernanda Sant'Ana Tristão, Fernanda Borges de Souza, Natália de Lourdes Diniz Menezes, Maria Angélica Silveira Padilha, Jefferson Sales da Silva, Daniela Marques Herzer..... 51

NUTRIÇÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
Giovana Parron Paim, Mariana Parron Paim, Ana Paula Gouvêa..... 53

O LÚDICO NO CUIDADO A CRIANÇAS COM CÂNCER HOSPITALIZADAS: PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES
Juliana Amaral Rockembach, Rosani Muniz, Deisi Cardoso Soares 55

RISCO CARCINOGÊNICO ASSOCIADO AO CONSUMO DE CARNES: UMA REVISÃO DE LITERATURA
Nathalia Helbig Dias, Elizabete Helbig 57

TIAZOLIDINONAS DERIVADAS DO 4-(METILTIO) BENZALDEÍDO E 4- (METILSULFONIL) BENZALDEÍDO APRESENTAM POTENCIAL TERAPÊUTICO EM LINHAGEM DE CARCINOMA DE MAMA MCF-7
Taíse Rosa de Caravalho, Daniel Schuch da Silva, Juliana Hofstatter Azambuja, Wilson Cunico, Roselia Maria Spanevello, Elizandra Braganhol..... 59

Avaliação do efeito do extrato da erva-mate sobre a viabilidade celular em linhagens de câncer de esôfago humano

Mathias André Kunde[1,3], Angélica Regina Cappellari[2], Jade dos Santos Ferreira Moreira[3], Gustavo do Nascimento Franceschini[4], Eduardo Cassel[4], Fernanda Bueno Morrone[1,2,3]

INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago (CE) é o 8º tipo de câncer mais incidente no mundo, sendo três a quatro vezes mais comum entre homens do que entre mulheres. No Brasil, é o 6º mais frequente entre homens e 13º entre mulheres, com exceção do câncer de pele não melanoma. A sobrevida em cinco anos é baixa, por volta de 15% a 25%. Existem dois principais subtipos histológicos de CE: carcinoma de células escamosas (CCE) e adenocarcinoma (ADC). O primeiro tipo é o mais comum, aproximadamente 90% dos casos, e acomete mais o terço médio e superior do esôfago. Já o ADC surge na parte distal do esôfago e está relacionado com a doença do refluxo gastroesofágico que predispõe ao esôfago de Barrett, um importante precursor desse subtipo. A incidência de ADC de esôfago tem sido crescente em vários países ocidentais, em parte devido ao aumento na prevalência de fatores de risco conhecidos, tais como: excesso de peso e obesidade. Entre os fatores de risco relacionados ao CCE, estão o etilismo, o tabagismo e o consumo da bebida erva-mate em elevada temperatura, muito comum no Sul do Brasil, na Argentina e no Uruguai (1-5). A *Ilex Paraguariensis*, também chamada de erva-mate, é altamente consumida na região sul do Brasil através de uma bebida conhecida como chimarrão, que é resultado da infusão de água quente e de erva-mate. A erva-mate tem sido pesquisada pela diversidade de sua composição química. Dos constituintes químicos relacionados a essa espécie, encontram-se metilxantinas (cafeína, teobromina e teofilina), sais minerais, vitaminas, aminoácidos, saponinas triterpênicas, açúcares e compostos fenólicos, como flavonoides (quercetina e rutina), ácido clorogênico e taninos (6-10).

OBJETIVO

Avaliar o efeito do extrato da erva-mate sobre a viabilidade das células de câncer esofágico, utilizando as linha-

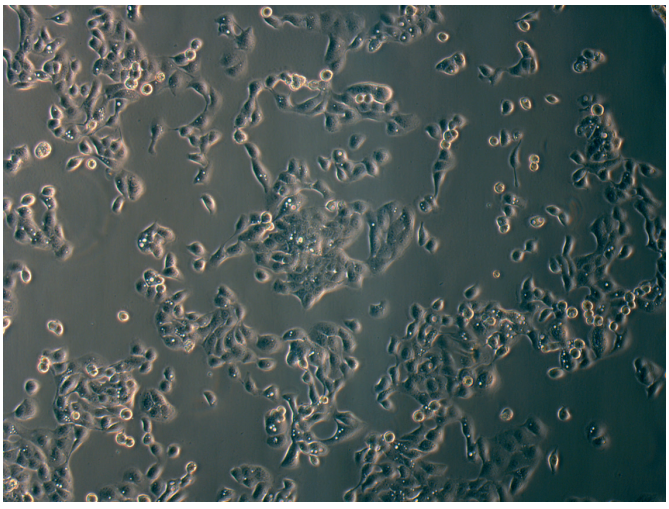


Figura 1. Linhagem celular OE33, representativa de ADC.

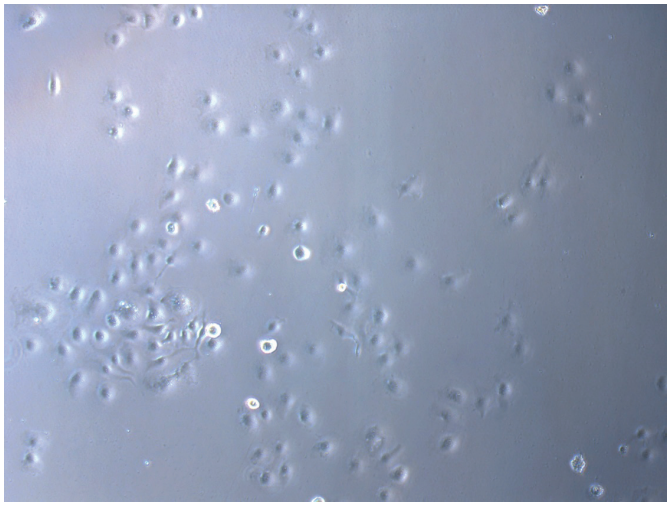


Figura 2. Linhagem celular OE21, representativa de CCE.

[1] Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
[2] Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular, PUCRS.
[3] Laboratório de Farmacologia Aplicada, Faculdade de Farmácia, PUCRS.
[4] Programa de Pós-graduação em Engenharia e Tecnologia de Materiais, Laboratório de Operações Unitárias, PUCRS.



Figura 3. Linhagem celular KYSE450, representativa de CCE.

gens celulares OE33, representativa de ADC (Figura 1), e OE21 e KYSE450, representativas de CCE (Figuras 2 e 3).

METODOLOGIA

As linhagens utilizadas foram cultivadas em meio RPMI suplementado com 10% de soro fetal bovino e mantidas em condições ideais de cultivo. Foi realizado o teste de viabilidade celular através do método de MTT, em que as células foram tratadas por 24h com o extrato da erva-mate em diferentes concentrações (0.05, 0.1, 0.25, 0.5, 0.75, 1 e 2 mg/mL). A viabilidade mitocondrial, e, consequentemente, a viabilidade celular, é quantificada pela redução do MTT (sal solúvel em água) a formazan (sal insolúvel em água). Dessa forma, a redução do MTT a formazan será diretamente proporcional à atividade mitocondrial e à viabilidade celular. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o método ANOVA de uma via, seguida pelo teste de Tukey. Valores de *p<0.05, **p<0.01 e ***p<0.001 indicam diferenças significativas em relação ao grupo controle. Os gráficos foram gerados utilizando o software GraphPad Prism®.

RESULTADOS

Observamos que o extrato da erva-mate reduziu significativamente a viabilidade celular em todas as linhagens avaliadas, porém em diferentes proporções: na linhagem OE33 a partir de 0.05 mg/mL, quando comparado com o controle (Figura 4). Já para a linhagem OE21, observou-se que a erva-mate foi mais efetiva nas maiores concentrações testadas 0.75, 1 e 2 mg/mL (Figura 5). Na linhagem KYSE450, foi observado que a erva-mate exerceu uma redução significativa na viabilidade celular a partir da concentração de 0.25 mg/mL (Figura 6).

CONCLUSÃO

Diante dos resultados preliminares obtidos, podemos sugerir que o extrato da erva-mate diminuiu a viabilidade das células de CE. Tendo em vista o grande consumo de chimarrão na região sul do Brasil, este trabalho se faz muito importante por determinar o papel da erva-mate na progressão do câncer de esôfago.

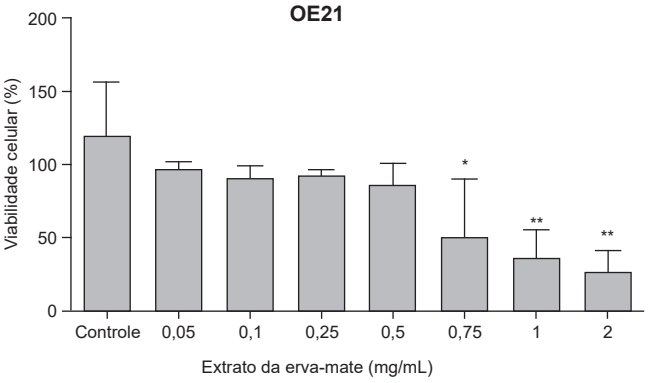


Figura 5. Efeito do extrato da erva-mate na linhagem celular de CCE.

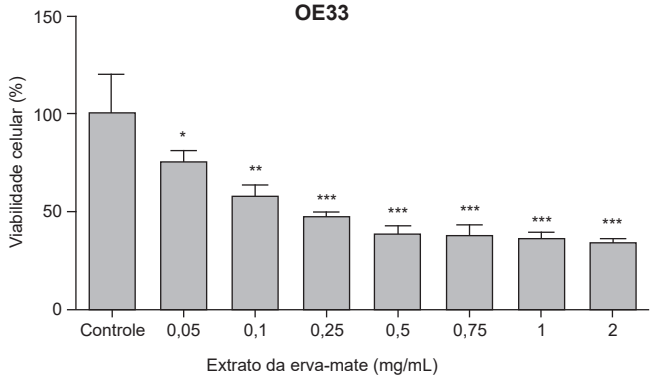


Figura 4. Efeito do extrato da erva-mate na linhagem celular de ADC.

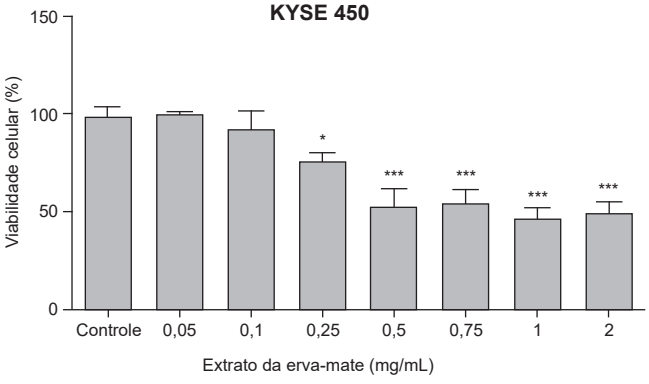


Figura 6. Efeito do extrato da erva-mate na linhagem celular de CCE.

REFERÊNCIAS

1. Alsop, B.R., Sharma, P. Esophageal Cancer. Gastroenterol Clin North Am. 2016;45:399-412.
2. Zhang, Y. Epidemiology of esophageal cancer. World J Gastroenterol. 2013;19:5598-5606.
3. Mao, W.M., Zheng, W.H., Ling, Z.Q. Epidemiologic risk factors for esophageal cancer development. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12:2461-2466.
4. Morita, M., Kumashiro, R., Kubo, N., *et al.* Alcohol drinking, cigarette smoking, and the development of squamous cell carcinoma of the esophagus: epidemiology, clinical findings, and prevention. Int J Clin Oncol. 2010;15:126-34.
5. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Estimativas de Incidência de Câncer para o ano de 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acesso em março. 2017.
6. Burris, K.P., Harte, F.M., Davidson, M.P., Stewart, N. and Zivanovic, S. Composition and bioactive properties of yerba mate (*Ilex paraguariensis*. St.-Hil.): a review. Chilean Journal of Agricultural Research. 2012;72(2):268-274.
7. Heck, C.I., De Meji, E.G. Yerba Mate Tea (*Ilex paraguariensis*): A Comprehensive Review on Chemistry, Health Implications, and Technological Considerations. Journal Of Food Science. 2007;72(9):138-151.
8. Berté, K.A., Beux, M.R., Spada, P.K., Salvador, M., Hoffmann-Ribani, R. Chemical Composition and Antioxidant Activity of Yerba-Mate (*Ilex paraguariensis A.St. Hill., Aquifoliaceae*) Extract as Obtained by Spray Drying. J. Agric. Food Chem. 2011;59(10):5523-5527.
9. Mejía, E.G., Song, Y.S., Heck, C.I. and Ramírez-Mares, M.V. Yerba-mate tea (*Ilex paraguariensis*): phenolics, antioxidant capacity and in vitro inhibition of colon cancer cell proliferation. Journal of Functional Foods. 2010;2(1): 23-34.
10. Gonzalez de Mejía, E., Song, Y. S., Ramirez-Mares, M. V., & Kobayashi, H. Effect of yerba Mate (*Ilex paraguariensis*) tea on topoisomerase inhibition and oral carcinoma cell proliferation. Journal of Agricultural and Food Chemistry. 2005;53:1966-1973.

✉ Contato do autor
Mathias André Kunde
mathias.kunde@acad.pucrs.br

Avaliação e tratamento de lesões oncológicas em pacientes em cuidados paliativos

Franlayde de Moura Evangelista Almondes[1], Fernanda Sant'Ana Tristão[2], Daphine Neves da Silva[3], Juliana Graciela Vestena Zillmer[4], Adrize Rutz Porto[5], Maria Angélica Silveira Padilha[6], Aline Viegas[7]

INTRODUÇÃO

Lesões oncológicas são lesões cutâneas que acometem pacientes com câncer como resultado da infiltração de células cancerosas nas estruturas da pele, ocorrendo a formação de uma ferida que apresenta características peculiares, como sangramento, exsudação intensa e odor. A abordagem apropriada para o tratamento de lesões oncológicas em pacientes em cuidados paliativos visa melhorar a qualidade de vida, sendo importante a compreensão que se tem como foco o controle de sintomas (1).

OBJETIVO

Identificar estratégias de avaliação e tratamento de lesões oncológicas em pacientes em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Realizou-se uma busca sistematizada por meio do levantamento bibliográfico nos meses de fevereiro e março de 2017. Utilizaram-se os seguintes descritores e suas associações utilizando o operador *boleano* AND: "ferimentos e lesões", "neoplasias", "cuidados paliativos". Os critérios de inclusão foram: artigos que retratassem a temática publicados e indexados na *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline), no período de 2008 a 2017.

RESULTADOS

Foi identificado um estudo na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), o qual se encontrava indexado na Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Foram identificados dois estudos na LILACS e 14 estudos na *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line* (Medline). Totalizou-se uma amostra final de 16 artigos. Em relação à avaliação, os estudos mostram a dificuldade dos profissionais de saúde em avaliar a lesão oncológica, devido às lacunas na formação, condições de trabalho precárias, a ausência de abordagem consistente e amplamente aceita (2, 3, 4). Para isso, sugerem que esses profissionais sejam capacitados e as unidades de atenção à saúde melhor estruturadas. Relatam também sobre a necessidade da criação de protocolos padronizados e uso de ferramentas de avaliação das lesões (3, 5, 6). Assim, apoiarão as atividades clínicas e de pesquisas para melhorar o atendimento, concordando que isso contribui para promover a qualidade de vida, alívio de sinais e sintomas e aumento do conforto e da confiança do paciente (7, 8). No que concerne ao tratamento, esses estudos discorrem sobre o uso de modelos de prognóstico validados e com base objetiva, também sobre a necessidade de padronização dos produtos empregados, maior competência clínica e assistência sistematizada (9, 10). Discorrem sobre formas de tratamento às lesões oncológicas por meio do uso de tópicos como hidrogel, utilização de hidrofibra e alginato de cálcio, a fim de criarem um leito de ferida viável (11, 12). Uso da terapia de ferida por pressão negativa para diminuição do odor, exsudato e dor causada por troca contínua do curativo (13). Utilização da eletroquimioterapia que pode conter e prevenir a metástase cutânea, reduzir o volume do tumor e paliar os sintomas. Também microcirurgia paliativa em câncer avançado para alívio dos sintomas, tirando o foco da perspectiva de cura da lesão, oferecendo alívio onde a cura é menos provável (14). Sulfadiazina de prata e Ácidos Graxos Essenciais

[1] Enfermeira pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Enfermeira do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC).
[2] Enfermeira. Doutora em Ciências pela UFPel. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Líder do GEPPTELC.
[3] Enfermeira. Pesquisadora do GEPPTELC.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Pesquisadora do GEPPTELC.
[5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Pesquisadora do GEPPTELC.
[6] Enfermeira. Mestre em Ciências pela UFPel. Coordenadora do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Vice-líder do GEPPTELC.
[7] Enfermeira. Mestre em Ciências pela UFPel. Enfermeira do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Membro do GEPPTELC.

são utilizados, ainda que não recomendados pela literatura científica. As terapias complementares também podem ser úteis para lidar com a doença e a ferida (11, 15).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que, para a avaliação de lesões oncológicas, necessita-se do uso de protocolos padronizados e ferramentas, melhor competência profissional e mais estruturação dos serviços de saúde. O tratamento pode ser feito com modelos de prognóstico validados, padronização dos produtos empregados, assistência sistematizada e uso de terapias complementares. A avaliação e o tratamento dessas lesões devem considerar uma abordagem holística, paliativa, não tendo como meta principal a cura.

REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO, I.C.; COSTA, R.K.S.; HOLANDA, C.S.M.; SALVETTI, M.G.; TORRES, G.V. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.60, nº 2, p.119-127, 2014.
2. LO, S.F.; HU, W.Y. The physical, psychological, social, and spiritual impacts of malignant fungating wounds on cancer patients. Hu Li Za Zhi, v. 55, n.1, p. 75-80, 2008.
3. FENTON, S. Reflections on lymphoedema, fungating wounds and the power of touch in the last weeks of life. **International Journal of Palliative Nursing**, v.17, n.2, p. 60-2, 2011.
4. PROBST, S.; ARBER, A.; FAITHFULL, S. *Malignant fungating wounds: the meaning* of living in an unbounded body. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 17, n. 1, p. 38-45, 2013.
5. SCHULZ, V.; KOZELL, K.; BIONDO, P.D.; STILES, C.; TONKIN, K.; HAGEN, N.A. The malignant wound assessment tool: a validation study using a Delphi approach. **Palliative Medicine**, v.23, v.3, n. 3, p. 266-73, 2009.
6. WOO, K. Y.; SIBBALD, R. G. Local wound care for malignant and palliative wounds. Advanced Skin Wound Care, v. 23, n. 9, p. 417-28, 2010.
7. DELMORE, B.; DURAN, D. Wound care at the end of life. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v.13, n. 4, p.381-3, 2009.
8. GROCOTT, P. Malignant wound management in advanced illness: new insights. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, v.7, n.1, p.101-5, 2013.
9. MAIDA, V.; ENNIS, M.; KUZIEMSKY, C.; CORBAN, J. Wounds and survival in cancer patients. **European Journal of Cancer**, v. 45, n. 18, p. 3237-44, 2009.
10. DANZER, Z. Avoiding Any Unnecessary Manipulation of the Wound. Tumor wounds and Wound Management in Palliative Care. **Pflege Zeitschrift**, v. 66, n. 1, p. 26-29, 2013.
11. O'BRIEN, C. Malignant wounds: managing odour. **Canadian Family Physician**, v. 58, v. 3, p. 272-4, 2012.
12. GOZZO, T. de O.; TAHAN, F. P.; ANRADE, M. de. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 270-276, jun. 2014.
13. RIOT, S.; DE BONNECAZE, G.; GARRIDO, I.; FERRON, G.; GROLLEAU, J.L.; CHAPUT, B. Is the use of negative pressure wound therapy for a malignant wound legitimate in a palliative context? "The concept of NPWT ad vitam": a case series. **Palliative Medicine**, v. 29, v.5, p. 470-3, 2015.
14. GAZYAKAN, E.; ENGEL, H.; LEHNHARDT, M.; PELZER, M. Bilateral double free-flaps for reconstruction of extensive chest wall defect. **The Annals of thoracic surgery**, v.93, n.4, p.1289-91, 2012.
15. STEPHEN, H. J. An overview of caring for those with palliative wounds. British **Journal of Community Nursing**, v. 13, n. 12, p. 24-28, 2008.

✉ Contato do autor

Franlayde de Moura Evangelista Almondes

franzi_nha_moura@hotmail.com

Câncer de colo uterino no Brasil: uma revisão de literatura

Alexandre Baldissera[1], Ana Carolina Kieling[1], Bruna Laila Tansini[1], José Matheus da Silva[2], Manuela Pinto Bandeira Malcon[3]

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (1). Também chamado de câncer cervical, o câncer do colo do útero tem como principal causa a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV). Um estudo realizado em 2003 pela Universidade de São Paulo, nas cidades de São Paulo e Campinas, demonstrou, através dos seus resultados, que em uma amostra de 2.300 mulheres (15–65 anos), as quais buscaram rastreamento para o câncer cervical, a infecção genital por HPV de alto risco ocorreu em 14,3% das citologias normais, em 77,8% das lesões escamosas de alto grau e nos dois (100%) casos de carcinoma (2). No Brasil, o exame preventivo do câncer do colo do útero, conhecido como Papanicolau, é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença. Esse exame pode ser feito na rede pública do sistema de saúde, é gratuito e realizado em toda mulher entre 25 e 64 anos de idade que tem ou já teve vida sexual ativa, sendo de maneira anual nos dois primeiros anos e se os resultados forem normais, sua nova realização será após três anos.

A realização do exame se dá através da coleta do material a partir da escamação da superfície externa e interna do colo uterino com uso da espátula de Ayre e da escova endocervical. Para que o profissional possa fazer a inspeção do colo do útero e a coleta do material, é utilizado um espéculo vaginal. Após a coleta do material, as células colhidas são fixadas em uma lâmina que será enviada para o laboratório (3).

Apesar do exame de Papanicolau ser considerado o mais eficiente para rastreio do câncer de colo uterino e possuir metodologia fácil, rápida e de baixo custo, os programas de rastreio no Brasil não vêm atingindo as metas esperadas. Alguns fatores como falta de conhecimento a respeito de como se realiza o exame, medo de sentir dor, sentimento de vergonha por se tratar de um exame pélvico, receio de um resultado ruim, falta de conhecimento sobre a real finalidade da técnica, dificuldade nas marcações, demora na entrega dos resultados e a falta de escuta prévia à realização do exame contribuem para a não adesão ao exame (4).

Assim, este estudo analisará a epidemiologia do câncer de colo uterino no país, bem como os fatores que colaboram para sustentar os dados encontrados através de uma revisão de literatura no banco de dados 'Scielo'.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é relacionar a prevalência de câncer de colo de útero na população brasileira feminina com fatores determinantes para que a incidência dessa afecção ainda seja considerada alta em relação a países desenvolvidos, apesar da facilidade e do baixo custo dos métodos de prevenção.

METODOLOGIA

A partir dos arquivos do INCA e de uma consulta à internet usando a ferramenta de busca Scielo, foi possível identificar, através dos termos 'câncer de colo uterino avançado' e 'câncer de colo uterino', alguns relatórios sobre esse assunto.

Para o primeiro termo, estimaram-se dez artigos e foram analisados os dez. Para o segundo termo buscado, estimaram-se 351 artigos, contudo foram analisados 30.

Na totalidade, sete artigos foram selecionados para esta revisão de literatura, configurando, assim, um estudo transversal.

RESULTADOS

O câncer de colo uterino é o terceiro tipo de neoplasia maligna mais frequente nas mulheres brasileiras, atrás somente dos cânceres de mama e colorretal (1), sendo que as taxas de incidência da doença no Brasil são uma das mais altas do mundo (5). É o primeiro na região Norte e o quinto na região Sul do país (6). Esse câncer apresenta a taxa de cura de 100% se diagnosticado em fase inicial; entretanto, no Brasil, possui elevadas taxas de morbimortalidade, sendo a quarta causa de morte por câncer na população feminina. Quando comparado aos

[1] Acadêmico de Medicina do 3º ano da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
[2] Acadêmico de Medicina do 4º semestre da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
[3] Acadêmico de Medicina do 3º semestre da UCPel.

países desenvolvidos, essas taxas apresentam-se duas vezes maior nos países em desenvolvimento (1,7,8). Além disso, o câncer de colo uterino caracteriza-se por uma evolução lenta e possui ações preventivas, como o método de rastreamento por Papanicolau, técnica esta simples e de baixo custo (8).

As orientações europeias para um programa organizado de rastreio, que seja de forma eficaz, incluem: a cobertura de convite ao rastreio de pelo menos 95% da população-alvo; cobertura de exame de pelo menos 70%, sendo desejável 85%; taxa de participação de pelo menos 70%, ideal sendo 85% (6). Porém, no Brasil, em uma análise sobre o Programa Brasileiro de Triagem de Câncer Cervical de 2006-2013, foi observado que a cobertura do teste citopatológico não atinge a marca de 70% da população-alvo nacional (6). Já no Rio Grande do Sul, foi estimada que a taxa de cobertura pelo SUS de exames citopatológicos realizados era pouco mais da metade do preconizado pelo Ministério da Saúde (9).

Por meio da análise em dois tempos (1990 a 1994; 1995 a 2002) dos dados de Centros de Alta Complexidade em Oncologia cadastrados no Ministério da Saúde no ano de 2003, foi feita uma distribuição percentual de casos de câncer de colo do útero segundo o estadiamento inicial. Nele, verifica-se uma prevalência de diagnósticos em estádios avançados de mais de 50% na primeira análise temporal e cerca de 45% na segunda (7). Apesar de ambas as análises apresentarem altas taxas, a queda desses números na atualidade está associada em grande parte ao aumento do número de acessos ao programa de rastreio Papanicolau (10) No entanto, as taxas de mortalidade não foram alteradas significativamente, e ainda não atingem a cobertura considerada satisfatória (8).

Observou-se que mulheres com conhecimento inadequado a respeito do exame Papanicolau (ou seja, aquelas que desconhecem o exame, ou o conhecem, mas não especificam seu objetivo) acabam apresentando maior risco para uma prática inadequada de exame caracterizada por nunca ter feito o mesmo em atividade sexual há mais de um ano, ou pela ausência de retorno para receber seu último exame (9).

Através de um estudo com mulheres com câncer de colo uterino de diagnóstico tardio realizado no INCA, foi observado que vários fatores contribuem com esse cenário. Entre os motivos encontrados, estavam a acessibilidade ao serviço de saúde; a história pessoal, que inclui sentimentos, valores, crenças, entre outras complexidades intrínsecas àquela mulher; e o frágil vínculo entre a paciente e o serviço de saúde, o qual colabora para que a mulher perca a continuidade do atendimento (5).

É importante conhecer alternativas que visem aumentar a cobertura e adesão ao programa de Papanicolau, como apresenta estudo de revisão integrativa de 38 artigos em que se fomenta a atividade educativa como intervenção recomendada para que se aumente a adesão de mulheres na realização do exame. Além da busca ativa das participantes faltantes por meio de telefone ou carta-convite, utilização de divulgação na mídia e parcerias entre comunidade, serviços de saúde e o meio acadêmico (11).

Apesar das altas taxas de incidência do câncer de colo uterino, alta mortalidade e diagnóstico tardio, nota-se ainda que há pouca visibilidade para tal doença, sendo pouco difundida sua importância na população, e campanhas de conscientização seriam formas de fornecer conhecimento e aumentar os números de coletas de citopatológicos (5).

CONCLUSÃO

Sendo o câncer de colo uterino um dos mais prevalentes na população em risco, faz-se necessária uma maior abrangência da população feminina nos meios de rastreio. Após notados os fatores relacionados ao diagnóstico tardio e de estágios avançados da doença – fatores esses que vão de valores morais ao desconhecimento do programa de rastreio Papanicolau –, vê-se a necessidade de ações para alterar as taxas de mortalidade de forma significativa.

O fraco vínculo entre as mulheres e o sistema de saúde, bem como a falta de visibilidade dos programas de rastreio aos altos índices de câncer de colo uterino registrados no Brasil corroboram o impacto que tais meios fornecem ao país. Assim, o desenvolvimento de maiores veículos de informação acerca do rastreio e do diagnóstico pode propiciar maior discernimento e aumentar a adesão a tais métodos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Link disponível em: [https://www.inca.gov.br]. Acessado em 2017.
2. Universidade de São Paulo, Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. São Paulo, 2008, **Revista de saúde pública**. Acesso em 2017. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14326/art_RAMA_Prevalencia_do_HPV_em_mulheres_rastreadas_para_2008.
3. Freitas F et al. **Rotinas em Ginecologia.** 6ª. edição. Porto. Alegre, Artmed, 2011, p. 27.
4. Santos. B. L. Lorenna, mamografia: "Fatores Associados a não Realização do Exame de Papanicolaou e sua Relação com o Contágio do Papilomavírus Humano (HPV) e o Desenvolvimento do Câncer de Colo", março de 2013, **Programa Lato Sensu da Universidade Paulista**.
5. RANGEL, G., *et al.* Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. Revista Saúde debate, vol.39 no.107, Rio de Janeiro, out/dez, 2015.
6. DERCHAIN, S.; TEIXEIRA, J.C.; ZEFERINO, L.C. Organized, Population-based Cervical Cancer Screening Program: It Would Be a Good Time for Brazil Now. Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, vol. 38 nº, abril, 2016.
7. THULER, L.C.S.; MENDONCA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, nº 11, p. 656-660, Nov., 2005 .
8. MALTA, E.F.G.D., *et al.* PRÁTICA INADEQUADA DE MULHERES ACERCA DO PAPANICOLAOU. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 1, e5050015, 2017.

9. MANICA, S.T. *et al.* Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e52287, 2016.
10. DAMACENA, A.M.; LUZ, L.L.; MATTOS, I.E. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 71-80, Mar., 2017.
11. SOARES, M.B.O.; SILVA, S.R. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, nº 2, p. 404-414, Abril, 2016.

✉ Contato do autor
Alexandre Baldissera
axandebaldissera@gmail.com

Câncer de mama em uma paciente com leucemia mieloide crônica: um relato de caso

Carolina Gomes da Silveira Cauduro[1], Leonardo Buffon[1], Nathalia Kasper[1], Marcio Debiasi[1,2]

INTRODUÇÃO

A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma doença mieloproliferativa clonal, que acomete pacientes com idades entre 40 e 60 anos (1). Com o advento dos inibidores da tirosina quinase, a história natural desta doença foi modificada, com estes pacientes apresentando expectativa de vida semelhante à da população em geral (2). Com o aumento da sobrevida, esses pacientes passam a ser expostos ao risco de outras neoplasias primárias (3). Já o câncer de mama figura como a neoplasia maligna mais comum na mulher, acometendo principalmente mulheres a partir dos 50 anos de idade (4). O diagnóstico de câncer de mama em pacientes abaixo dos 40 anos é menos comum, sendo critério para encaminhamento para aconselhamento genético (5). Aqui, será relatado o caso de uma paciente com diagnóstico de LMC aos 25 anos que apresentou câncer de mama aos 35 anos.

RELATO DE CASO

Paciente, feminina, branca, sem comorbidades conhecidas, foi diagnosticada aos 25 anos de idade com LMC. Iniciou a primeira linha de tratamento em 2005 com Interferon, trocando para Imatinib 400 mg em janeiro de 2006. Atualmente, está na sua terceira linha de tratamento, em uso de Dasatinib, e encontra-se em remissão em acompanhamento no Serviço de Hematologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Em 2015, aos 35 anos, a paciente palpou um nódulo em sua mama direita, com subsequente diagnóstico de câncer de mama. Foi submetida à serectomia e esvaziamento axilar à direita em novembro do mesmo ano. O exame anatomopatológico da peça revelou carcinoma invasivo de tipo não especial de alto grau (G3) com presença de invasão angiolinfática. A imuno-histoquímica identificou: receptor de estrogênio 90%, receptor de progesterona 70%, proteína KI-67 positiva em 40% das células neoplásicas, correspondendo a perfil imunofenotípico Luminal B-like. Estadiamento: pT2, pN2a, M0. Em janeiro de 2016, iniciou tratamento com 4 ciclos Doxorrubicina + Ciclosfosfamida seguidos de 12 semanas de Paclitaxel e radioterapia. Atualmente, está recebendo hormonioterapia adjuvante sem evidência de recidiva do câncer de mama. Durante o tratamento da lesão mamária, o Dasatinib foi mantido sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Este caso traz à tona uma situação clínica cada vez mais comum na prática clínica da oncologia atual: a cura ou o controle sustentado de uma neoplasia maligna seguida de um segundo tumor primário. O diagnóstico de câncer de mama em pacientes com LMC é uma situação rara, tendo sido identificado na literatura médica apenas 1 caso similar. Um dos desafios clínicos desse caso é a indicação da quimioterapia adjuvante concomitante ao tratamento da LMC. Além disso, há que se considerar o manejo desta paciente e de sua família, posto que o diagnóstico de câncer de mama antes dos 45-50 anos já configura indicação de avaliação oncogenética. Destaca-se aqui o fato de que o aconselhamento é disponibilizado pelo SUS, porém a testagem não.

CONCLUSÃO

Tendo em vista o que foi exposto anteriormente, fica claro que a prática da oncologia clínica atual requer por parte do médico o conhecimento e a motivação para lidar com essas situações, as quais exigem tratamento multidisciplinar a fim de oferecer aos pacientes tratamentos otimizados e individualizados.

REFERÊNCIAS

1. Mendizabal, A. M., Younes, N. & Levine, P. H. Geographic and income variations in age at diagnosis and incidence of chronic myeloid leukemia. Int. J. Hematol. 103, 70–78 (2016).
2. Sasaki, K. *et al.* Conditional survival in patients with chronic myeloid leukemia in chronic phase in the era of tyrosine kinase inhibitors. Cancer 122, 238–248 (2016).
3. Article, O. Secondary malignancies in chronic myeloid leukemia patients after imatinib-based treatment: long-term observation in CML Study IV. 1–8 (2016). doi:10.1038/leu.2016.20

[1] Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
[2] Serviço de Oncologia do Hospital São Lucas da PUCRS

4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer/Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acesso 2016 Maio 25]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/ wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama
5. Hampel, H. *et al.* A practice guideline from the American College of Medical Genetics and Genomics and the National Society of Genetic Counselors: referral indications for cancer predisposition assessment. 17, (2015).

✉ Contato do autor
Carolina Gomes da Silveira Cauduro
💻 carolinagscauduro@gmail.com

Carcinoma de pequenas células extrapulmonar sem foco primário identificado: um relato de caso

Patricia Paraboni Bersaghi[1], Andrea de Vargas Tomelero[1], Sérgio Decker[2], Natália Batilana de Carvalho[1], Melinda Mallorquin Cabral[1], Vagner Vencato Kopereck[3], Lysandro Alsina Nader[4]

INTRODUÇÃO

Carcinoma de pequenas células, usualmente conhecido devido à sua agressividade, trata-se de um tumor normalmente encontrado em pulmão, porém, apesar de extremamente raros, sítios extrapulmonares podem ser evidenciados. Entre esses sítios, destacamos: bexiga, próstata, estômago, reto, vesícula biliar, laringe, glândulas salivares, útero e pele. Além disso, os carcinomas de pequenas células extrapulmonares ocasionalmente se apresentam como doença metastática, podendo não ter sítio primário identificado (1,2). Como já mencionado, a história natural da doença costuma ser agressiva, normalmente no momento do diagnóstico já com metástases, e um prognóstico associado de menos de 15% de sobrevida em 5 anos (3).

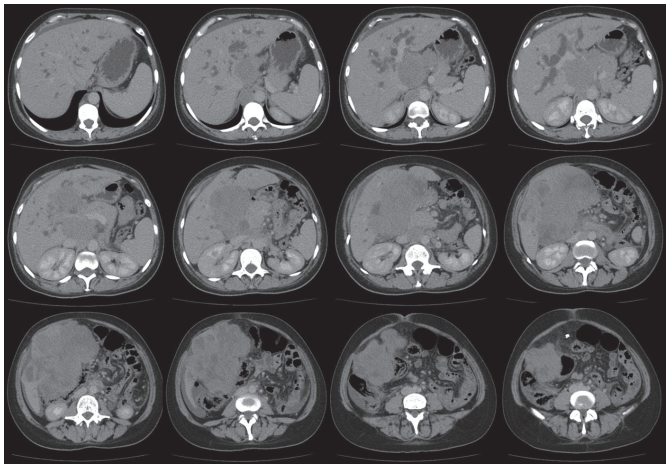


Figura 1. TC de abdome demonstrando alteração em fígado

RELATO DE CASO

Paciente CEMS, feminina, 40 anos, branca, puérpera, previamente hígida, com histórico de uso intermitente de anticoncepcional por 23 anos. Relatava que há cerca de 6 meses havia iniciado com desconforto abdominal em hipocôndrio direito, com irradiação para dorso associado à pirose, inapetência e empachamento pós-prandial tendo procurado atendimento. Entretanto, como estava grávida, a sintomatologia referida foi atribuída à gestação. Evoluiu com parto vaginal sem complicações, recém-nascido prematuro (34 semanas). No quarto dia pós-parto teve recidiva da dor abdominal, evoluindo também com prurido generalizado, icterícia, colúria e acolia, tendo, então, procurado atendimento novamente. No décimo dia de puerpério, para melhor elucidação do quadro, foi realizada ultrassonografia (US) abdominal, que mostrou massa em lobo hepático esquerdo com cerca de 20 cm a esclarecer – internou, então, em leito hospitalar para investigação. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou: fígado de contornos lobulados e dimensões aumentadas devido à grande massa isodensa, heterogênea e mal definida na região do hilo hepático e face medial do lobo direito, com 21 cm de diâmetro, comprimindo via biliar e veia porta, com áreas hipodensas que sugeriam líquido/necrose, com linfonodomegalias hílares, retroperitoneais e retrocrurais. Realizou-se então biópsia guiada por US, cujo anatomopatológico apresentou como resultado: carcinoma de pequenas células. Foram solicitadas TC de tórax e de pelve, além de ressonância magnética de crânio, com o intuito de descobrir o sítio primário da lesão, porém esses exames apresentaram-se sem alterações. Durante internação, apresentou piora dos padrões laboratoriais, principalmente das provas de função hepática. Iniciou quimioterapia segundo protocolo para doença locorregional, aguardando resultado de imuno-histoquímica e avaliação cirúrgica.

CONCLUSÃO

Os carcinomas de pequenas células extrapulmonares são alvo de constantes estudos, principalmente devido à melhora tecnológica dos métodos diagnósticos, estabele-

[1] Médica Clínica Geral formada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
[2] Estudante de Medicina da UFPel.
[3] Médico especialista em Clínica Médica pelo Hospital São Francisco de Paula – Pelotas/RS, formado em Medicina pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
[4] Médico formado pela UFPel, Mestrado e Doutorado em Hepatologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

cendo-se cada vez mais como uma entidade clínica distinta dos carcinomas com origem pulmonar (1,2,4). Estima-se que os tumores com foco extrapulmonar correspondam entre 2 e 5% dos carcinomas de pequenas células, representando cerca de 0,1-0,4% de todos os cânceres (5). Tratando-se das semelhanças, tanto os tumores pulmonares quanto os extrapulmonares associam-se, em alguns casos, com a ocorrência de síndromes paraneoplásicas, se assemelhando também pelo fato de apresentarem tendência à metastização (linfonodos, fígado e ossos) (4,6,7).

Esses tumores, independentemente da sua localização, tendem a ser bem agressivos. Além disso, por serem raros, se conhece pouco ainda da patogênese e da biologia molecular dos carcinomas de pequenas células extrapulmonares, sendo que resultados de tratamentos cirúrgicos, rádio ou quimioterápicos na sobrevida desses pacientes ainda não estão bem determinados. Consequentemente, verificamos a importância de relatar tais casos e, desta forma, definir melhor os métodos diagnósticos e as possíveis abordagens terapêuticas (1,2,3,7,8).

REFERÊNCIAS

1. DOLL, D. C. Extrapulmonary small cell cancer. **Uptodate**, ago. 2015. Disponível em: <https://www.uptodate.com/>. Acesso em: 15 jan. 2017.
2. NEVES, M. C. et al. Carcinoma de pequenas células primário de seios paranasais: relato de caso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, n. 4, p. 561-564, 2004. Disponível em: < http://ref.scielo.org/cyjhz8>. Acesso em: 15 jan. 2017.
3. ANNEMIEK, M. E. et al. Clinical and therapeutic aspects of extrapulmonary small cell carcinoma. **Cancer Treatment Reviews**, v. 35, p. 228-236, maio 2009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305737208002971>. Acesso em: 16 jan. 2017.
4. BRENNAN, S. M. et al. Should extrapulmonary small cell cancer be managed like small cell lung cancer? **Cancer**, v. 35, n. 217, 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1097-0142>. Acesso em: 15 jan. 2017.
5. HOWARD, S. et al. Extrapulmonary small cell carcinoma: a pictorial review. **American Journal of Roentgenology**, v. 197, p. W392--W398, 2011. Disponível em: <http://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/AJR.10.5757>. Acesso em: 15 jan. 2017
6. OCHSENREITHER, S. et al. Extrapulmonary small cell carcinoma (EPSCC): 10 years' multi-disciplinary experience at Charité. **Anticancer Res.**, v. 29, n. 8, p. 3411-3415, ago. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19661365>. Acesso em: 16 jan. 2017.
7. JANNE, P. A. et al. Twenty-five years of clinical research for patients with limited-stage small cell lung carcinoma in North America: meaningful improvements in survival. **Journal Cancer**, v. 95, p. 1528-1538, out. 2002. Disponível em: < https://arizona.pure.elsevier.com/en/publications/twenty-five-years-of-clinical-research--for-patients-with-limited->. Acesso em: 16 jan. 2017.
8. LAURIE, E. et al. Limited-stage small-cell lung cancer (stages i-iii): observations from the National Cancer Data Base. **Clinical Lung Cancer**, v. 6, p. 355-360, maio 2005. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525730411703679>. Acesso em: 15 jan. 2017.

✉ Contato do autor
Patricia Paraboni Bersaghi
ppbersaghi@gmail.com

Carcinoma epidermoide invasor de vulva: um relato de caso

Lucas Duarte Bettin[1], Izabel de Oliveira Karam[1], Helena Harter Tomaszeski[1], Karol Levien Dora[1], Lorena Leal de Castro[1], Luana Oliveira Jost[1], Clarissa Lisboa Arla da Rocha[2]

INTRODUÇÃO

Os tumores malignos de vulva são considerados pouco frequentes. O câncer de vulva é uma patologia da mulher idosa, pois sua maior incidência ocorre no período pós-menopausa (1). A lesão invasora incide em mulheres a partir da sexta década de vida – 90% acima dos 50 anos. Representa 4-5% das neoplasias malignas do trato genital feminino. A vulva apresenta, assim como o colo de útero, lesões pré-malignas, conhecidas como distrofia vulvar crônica. Essas lesões apresentam-se com prurido intenso e crônico, que pode levar ao surgimento de ulcerações. Somente 10% dessas lesões evoluem para câncer. As lesões intraepiteliais vulvares (NIV) são consideradas lesões precursoras do carcinoma epidermoide vulvar, e a maioria relacionada à infecção sexual prévia pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). O tipo histológico – Carcinoma epidermoide – é o mais prevalente, representando 90% dos casos de carcinoma vulvar (2).

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 85 anos, G10PV10, procurou atendimento ginecológico queixando-se de prurido vulvar intenso e lesão endurecida em região de clitóris e vulva. Paciente nunca realizou consulta ginecológica, nem exames de rastreio, tais como: mamografia e citopatológico (CP) de colo de útero. Segundo familiares, paciente queixava-se de lesão genital há 5 anos, porém negava-se a ser examinada. Ao exame ginecológico, apresentava extensa distrofia vulvar crônica com lesão ulcerada em região de grandes e pequenos lábios e introito vulvar, com disseminação locorregional para estruturas adjacentes e linfonodos – muito sugestiva de carcinoma vulvar. Para investigação diagnóstica, realizou-se CP de colo de útero, sendo negativo para células neoplásicas. Foi então realizada biópsia para análise anatomopatológica da lesão vulvar com relatório de patologia cirúrgica revelando: carcinoma epidermoide invasivo, moderadamente diferenciado. O tratamento-base da doença primária invasora é a vulvectomia radical e dissecção em bloco, com ou sem linfadenectomia. Contudo, em vista da idade da paciente e das condições de ressecção cirúrgica ampla da lesão, optou-se pelo tratamento oncológico clínico ambulatorial, sendo a paciente encaminhada para centro de referência em Tratamento Clínico Oncológico, onde foi submetida inicialmente à teleterapia dirigida à pelve. Paciente evoluiu com melhora do aspecto ulcerado, com lesão em processo de fibrinogênese.



Figura 1. Lesão vulvar ulcerada, característica de Câncer Vulvar.

CONCLUSÃO

Não existem sintomas nem sinais clínicos específicos das lesões neoplásicas vulvares, por isso, o diagnóstico é

[1] Discente de Medicina Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
[2] Docente de Medicina na UCPel. Graduação em Medicina pela UCPel. Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital São Francisco de Paula (HUSFP – UCPel). Mestrado em Saúde e Comportamento pela UCPel.

sempre histopatológico. As lesões localizam-se, preferencialmente, no epitélio desprovido de pelos, incluindo o clitóris e o períneo, mas podem afetar qualquer parte da vulva. O início dos sintomas – em 88% das pacientes – tem tempo decorrido maior de 6 meses. A mais importante via de disseminação é a linfática, realizada por meio da embolização, sendo, portanto, fundamental o estudo histopatológico dos linfonodos regionais nos casos de tumores invasivos (3). O principal sítio de recorrência para o câncer de vulva é a própria vulva, apesar das recorrências inguinais apresentarem-se mais precocemente e com pior prognóstico, quando comparadas às vulvares. O tratamento depende do estadio da doença ao diagnóstico e pode ser cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico. Existe a perspectiva de que, com a vacinação universal de todas as mulheres jovens contra o HPV de alto risco, constitua a intervenção médica mais promissora na redução da incidência das neoplasias intraepiteliais de vulva, da vagina e do colo de útero, diminuindo a incidência de câncer vulvar invasor (4).

REFERÊNCIAS

1. Câncer ginecológico, Disponível em: < http://www.sbcancer.org.br/wp-content/uploads/2016/10/cancer-ginecologico.pdf> Acesso em 20 de Março de 2017.
2. Guia do HPV, Disponível em: <http://www.incthpv.org.br/upl/fckuploads/file/guia%20do%20hpv%20julho%202013_2.pdf> Acesso em 18 de Março de 2017.
3. Universidade Federal do Ceará. Departamento de Cirurgia. Programa de pós-graduação *strict sensu* em cirurgia – José Ulcijara Aquino – Fortaleza 2011. Disponível em: <http://www.geeon.ufc.br/wp-content/uploads/2015/04/Doutorado-Ulcijara-Aquino-Desenvolvimento-de-um-Modelo-Experimental-para-o-Estudo-do-Linfonodo-Sentinela-da-Vulva-da-Cadela.pdf> Acesso em 20 de Março de 2017.
4. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30 nº 8 Rio de Janeiro Aug. 2008- Neoplasia intraepitelial vulvar: um problema atual Vulvar intraepithelial neoplasia: a current problem José Alberto Fonseca-Moutinho. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000800008>. Acesso em 20 de Março de 2017.

✉ Contato do autor
Lucas Duarte Bettin
luksbettin@hotmail.com

Carcinoma Epidermoide moderadamente invasor de Colo de Útero – Relato de caso

Clarissa Lisboa Arla da Rocha[1], Helena Harter Tomaszeski[2], Janine Margutti Lançanova[2], Karine Vicenzi[2], Karol Levien Dora[2], Lorena Leal de Castro[2], Luana Oliveira Jost[2]

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, 90-95% das neoplasias cervicais invasivas são neoplasias de células escamosas. Sua maior incidência se dá em mulheres entre 45 e 49 anos de idade e estima-se que o rastreamento sistemático e o tratamento de lesões precursoras possam reduzir a mortalidade pela doença em até 80% (1,2,3).

RELATO DO CASO

Paciente, 44 anos, sexo feminino, G2 PV 2 A0, procura o Pronto-Atendimento Ginecológico de um Hospital Universitário de Pelotas com queixa de sangramento vaginal intenso há mais de um mês. Refere que há 9 meses iniciou com quadro de hipermenorreia, metrorragia e dispareunia. Nessa época, começou a investigação, em que realizou Ultrassonografia pélvica transvaginal que evidenciou núcleos miomatosos hipoecoicos em região fúndica de útero e exame ginecológico citopatológico negativo para células displásicas de colo de útero. Durante esse período, apresentou anemia grave (Hb= 5), necessitando de transfusão sanguínea. Ao exame de admissão, apresentava-se em regular estado geral e mucosas hipocoradas. No exame ginecológico, foi evidenciada extensa lesão em colo de útero, com sangramento ativo, sugestivo de carcinoma; abdome flácido, leve dor embaixo ventre e paramétrios aparentemente livres à palpação. Foi realizada biópsia da lesão, que revelou ser um carcinoma epidermoide invasor, moderadamente diferenciado, de grau II. Como provável conduta, sugeriu-se uma cirurgia de Wertein Meigs (histerectomia radical), porém tomografia de abdome e pelve revelou duas lesões hepáticas no segmento IV do fígado e lesão hipodensa no baço medindo 1,6 cm de natureza indeterminada, sugerindo metástase, além de linfodenomegalia junto aos vasos ilíacos bilateralmente, e no retroperitônio. Analisando os resultados do exame anatomopatológico e de imagem, paciente não tinha indicação de cirurgia, necessitando de acompanhamento oncológico intervencionista. Assim, paciente foi encaminhada para centro de referência em tratamento oncológico, onde iniciou radioterapia hemostática e aguarda outros exames para melhor avaliação e conduta.

CONCLUSÃO

O carcinoma cervical invasivo tem como sintomas a metrorragia, hemorragia pós-coito, dor abdominal e algumas queixas urinárias. O diagnóstico deve ser aventado por achados anormais no exame especular e vagina e confirmado mediante exame histológico de amostras teciduais. As neoplasias avançadas podem ocupar a vagina, paramétrios, parede lateral pélvica, bexiga e reto, e dão metástases regionais para linfonodos pélvicos. As metástases a distância costumam acometer linfonodos para aórticos, pulmões, fígado, ossos e menos comumente outras estruturas. A classificação, para o planejamento do tratamento, se dá por um sistema de classificação da FIGO, baseado no tamanho do tumor e na extensão da doença na pelve e categoriza os estádios da doença de I a IV (4). O tratamento dependerá do estadiamento da doença, do tamanho do tumor e de fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos, e baseia-se em cirurgia ou radioterapia. A radioterapia é a escolha para a doença que já se espalhou além dos limites do fundo uterino e dos fundos de sacos vaginais, geralmente uma combinação de radioterapia externa com radiação intracavitária (5). O estágio clínico da doença é o fator preditivo mais importante de sobrevida a longo prazo; a estimativa de 5 anos na doença avançada é de 10%, e nos estágios iniciais e de 75% (1,3,5).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, INCA (Instituto Nacional do Câncer), Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer Pro-Onco. Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino. Rio de Janeiro; 1996. 17. Pinho AA, França-Junior I.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2005. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: INCA; 2005. 2. Brasil.

[1] Docente do curso de Medicina na Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
[2] Acadêmica do curso de Medicina da UCPel.

3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Divisão de Informação. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil: 1979-1999. Brasília: INCA; 2002.
4. Eluf-Neto J, Booth M, Muñoz N, Bosch FX, Meijer CJLM, Walboomers JMM. Human Papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. Br J Cancer 1994.
5. World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.

✉ Contato do autor
Helena Harter Tomaszeski
helena.tomaszeski@hotmail.com

Carcinossarcoma bilateral de ovário: relato de caso

Amanda Denti Favero[1], Eduardo de Barros Coelho Bicca[2], Fernanda Franco Pereira[1], Helena Harter Tomaszeski[1], Janine Margutti Lançanova[1], Lorena Leal de Castro[1], Luana Oliveira Jost[1]

INTRODUÇÃO

Pouco frequente, o câncer de ovário é o tumor ginecológico mais difícil de ser diagnosticado e o de menor chance de cura. Cerca de 3/4 dos cânceres desse órgão apresentam-se em estágio avançado quando diagnosticado – dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimaram 6.150 novos casos para 2016, com uma taxa de mortalidade de 3.283 –, sendo a maioria desses tumores carcinomas (2). Uma das suas diferenciações, o carcinossarcoma de ovário, é um tumor bifásico, composto por elementos malignos de origem epitelial e mesenquimatosa. Classicamente, era incluído no grupo dos sarcomas ovarianos. No entanto, estudos recentes apontam para sua origem monoclonal epitelial em que o componente sarcomatoso deriva dos elementos epiteliais malignos, sendo, portanto, um carcinoma metaplásico. O componente epitelial parece ser o principal determinante na agressividade tumoral, sendo responsável pela maioria das metástases e pela invasão vascular (1,3,4).

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 60 anos, com história de massa ovariana bilateral, é submetida a ooforectomia bilateral e histerectomia radical. Durante a cirurgia, foi realizada inicialmente salpingo-ooforectomia direita, com exame transoperatório de congelação, revelando lesão ovariana macroscopicamente suspeita de malignidade. A análise macroscópica do espécime mostrou ovário direito, com 21,0 x 12,0 x 8,5 cm, exibindo superfície externa pardo-acinzentada e bosselada, com algumas vegetações. Aos cortes, exibia extensas áreas sólidas, ora pardo-acinzentadas, ora brancacentas e foscas, com extensas zonas de aspecto necro-hemorrágico e focos de aspecto condroide. O ovário esquerdo, com 11,0 x 5,5 x 5,0 cm, exibia superfície externa pardo-acinzentada, bosselada, com algumas vegetações pardo-acinzentadas em sua superfície. Ao corte, exibia áreas císticas preenchidas por material pardo e líquido e extensas zonas sólidas, pardo-acinzentadas e foscas, com áreas de aspecto hemorrágico e outras de aspecto condroide. O exame histopatológico de ambos mostrou aspecto compatível com Tumor Mesodérmico Misto Maligno, exibindo componente glandular maligno e zonas de aspecto sarcomatoso condroide, com presença de células neoplásicas na superfície externa ovariana, sendo recomendado exame imuno-histoquímico complementar. Este mostrou: 1) AE1/AE3, pancitoqueratina (AE1/AE3, Cell Marque): positivo no componente epitelial; 2) EMA, antígeno de

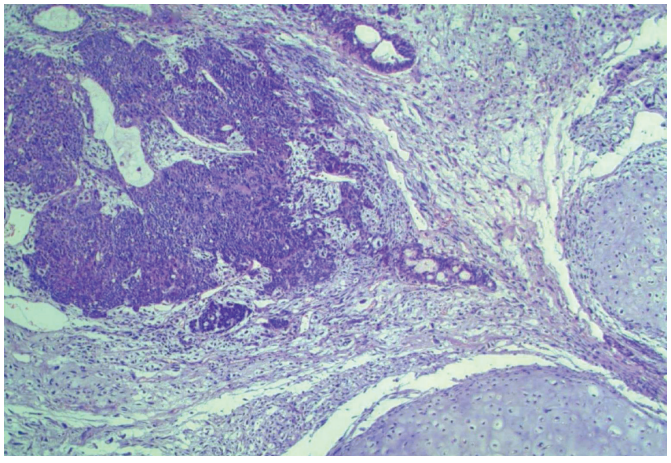


Figura 1. Visão panorâmica (coloração Hematoxilina-Eosina).

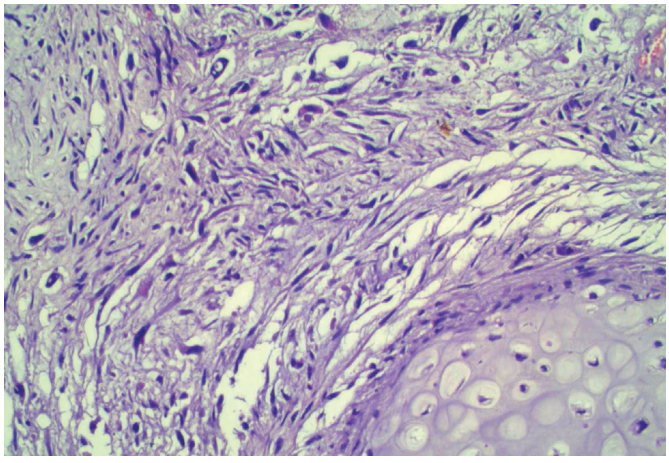


Figura 2. Detalhe: área sarcomatosa (coloração Hematoxilina-Eosina).

[1] Acadêmico da Universidade Católica de Pelotas (UCPel)
[2] Médico pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Patologista pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Mestre e Doutor em Saúde e Comportamento pela UCPel.

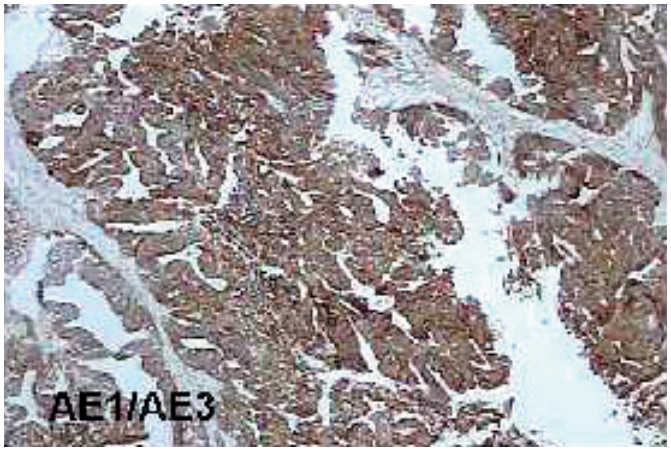


Figura 3. Imuno-histoquímica.

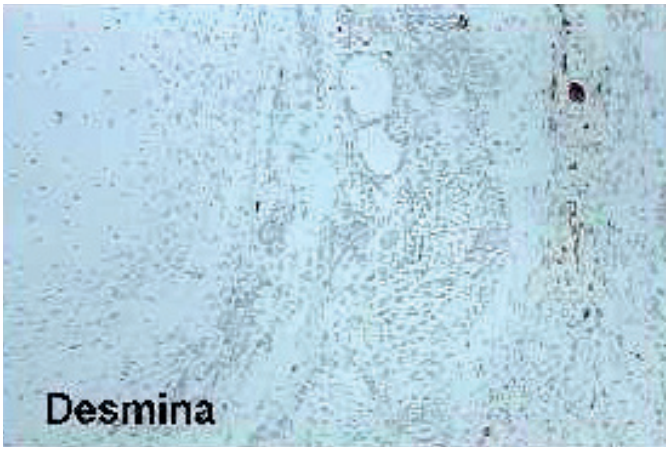


Figura 4. Imuno-histoquímica.

membrana epitelial (clone E29, Cell Marque): positivo, no componente epitelial; 3) P53, supressor tumoral p53 (clone DO7, Dako): positivo, no componente epitelial e mesenquimal; 4) Desmina (clone D33, Cell Marque): negativo. Tal perfil imuno-histoquímico foi compatível com carcinossarcoma (tumor mesodérmico misto maligno), contendo componentes carcinomatoso endometrioide e sarcomatoso heterólogo (condromatoso) na amostra.

CONCLUSÃO

Carcinossarcoma, também conhecido como Tumor Mesodérmico Misto Maligno, compreende entre 2 e 7,5% dos carcinomas de ovário, com idade média de apresentação aos 75 anos (1). São tipicamente grandes, com abundante hemorragia e necrose e apresentam-se em uma fase avançada quando diagnosticados. É classificado como tumor bifásico, pois apresenta características histológicas de elementos epitelial e estromal malignos (3). O componente epitelial maligno – principal determinante na agressividade tumoral, sendo responsável pela maioria das metástases e pela invasão vascular – mais comumente se assemelha ao carcinoma seroso de alto grau, embora outros subtipos tenham sido relatados. O componente estromal maligno geralmente contém células hipercromáticas, arredondadas ou espetadas, com atipia nuclear e alto índice mitótico. Elementos heterólogos, tais como cartilagem, osteoide e rabdomioblastos, podem ser observados. Essas neoplasias são altamente agressivas e comportam-se de forma semelhante ao carcinoma seroso de alto grau, tanto no padrão de disseminação, como na resposta à quimioterapia à base de platina e prognóstico (1,3,4).

REFERÊNCIAS

1. Luz R, Ferreira J, Rocha M, Jorge AF, Félix A. **Uterine Carcinosarcoma: Clinicopathological Features and Prognostic Factors**. Acta Med Port, 2016.
2. Ginecologia Oncológica – Manual de Condutas – A.C.Camargo, Cancer Center, 2014.
3. Tovar JR, Callejas MER, Bermejo JIA, Armas LFC, Martinez FGP, Navarro LC. Malignant mixed mullerian tumors. Clin Transl Oncol, 2006.
4. Garavan F, Grainger R, Jeffers M. Endometrioid carcinoma of the urinary bladder complicating vesical Mullerionosis: a case report and review of the literature. Virchows Arch. 2004.

✉ Contato do autor
Janine Margutti Lançanova
janinelancanova@gmail.com

Complicações cutâneas em pacientes oncológicos: uma revisão de literatura

Helena Ribeiro Hammes[1], Fernanda Sant'Ana Tristão[2], Maria Angélica Silveira Padilha[3], Jefferson Sales da Silva[4], Elisangela Souza[5], Patrícia dos Santos Bopsin[6], Nubian Jandira Piva[7]

INTRODUÇÃO

A assistência ao paciente oncológico é uma tarefa importante na prática clínica do enfermeiro, pois, além dos cuidados com a doença propriamente dita, é necessário atentar para as possíveis complicações cutâneas que acometem esses pacientes. A avaliação e a terapêutica das lesões teciduais exigem conhecimento técnico-científico abrangente, a fim de resultar em um planejamento eficaz no processo de cicatrização e/ou prevenção de outros problemas cutâneos.

OBJETIVO

Identificar na literatura as complicações cutâneas mais comuns que acometem pacientes oncológicos, e as medidas de prevenção e tratamento utilizadas.

METODOLOGIA

Estudo de revisão integrativa da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para essa busca, empregaram-se os descritores: "*skin problems oncological patients"; "skin care nursing cancer", "skin lesions", "lesions treatment*". Para inclusão e análise dos artigos, foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos publicados na íntegra nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, no período de 2010 a 2016. Para a análise dos estudos, procedeu-se à descrição dos resultados após a organização de um quadro sinóptico.

RESULTADOS

Foram encontrados 876 estudos. Destes, 867 na PubMed e nove na LILACS. Destes, foram selecionados 28, sendo 24 artigos na PubMed e quatro na LILACS, os quais responderam aos critérios de inclusão deste estudo. Dentre as complicações cutâneas evidenciadas pela literatura, se destacam: radiodermites, ocasionadas pela radiação ionizante durante e após o tratamento de radioterapia (1, 2, 3, 4) e lesões por pressão e cisalhamento, devido à fisiopatologia da doença que propicia a desordem orgânica, podendo influenciar no processo e surgimento de lesões secundárias e na diminuição da capacidade cicatricial (5, 6, 7, 8). A prevenção dessas lesões consiste em avaliar a pele e realizar a sua higiene (9), hidratar com umectantes (10). O gel de camomila ou chá é indicado por ser um fitoterápico com propriedades anti-inflamatórias (11). Para as lesões por pressão e cisalhamento, o tratamento depende de uma avaliação criteriosa em relação ao grau de risco, para que a cobertura e as condutas sejam de acordo com a gravidade da lesão (12). Além disso, tecnologias em laserterapia foram indicadas no processo de melhora dessas complicações cutâneas (13, 14). Como tratamento, destacou-se para as radiodermites a aplicação dos princípios do tratamento tópico de feridas, o que implica em compressa de água e chá de camomila, loção à base de ácidos graxos essenciais (AGE), e *Aloe vera* no caso de lesões nos graus 3 e 4 após a avaliação da área irradiada através da escala de radiotoxicidade na pele (15, 16, 17, 18). Estabelecer conduta precoce, de acordo com o comprometimento tecidual, também foi uma conduta destacada (19, 20, 21). Educação permanente dos profissionais e implantação de protocolos de condutas para as práticas de manejo dessas complicações são evi-

[1] Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC). Pelotas. RS.
[2] Enfermeira. Doutora em Ciências pela UFPel. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Líder do GEPPTELC.
[3] Enfermeira. Mestre em Ciências pela UFPel. Coordenadora do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Vice-líder do GEPPTELC.
4 Enfermeiro. Técnico em Enfermagem do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Membro do GEPPTELC.
[5] Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Saúde Mental e Administração dos Serviços de Enfermagem. Enfermeira Assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
[6] Enfermeira. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Faculdade Inedi-CESUCA. Cachoerinha/RS.
[7] Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Membro do GEPPTELC.

denciadas como necessidade no trabalho de prevenção do surgimento dessas alterações cutâneas (22, 23, 24).

CONCLUSÃO

O gerenciamento do cuidado de enfermagem é reconhecido como método para alcance de um cuidado mais especializado e, consequentemente, mais adequado ao paciente oncológico, suscitando a qualificação da assistência prestada. Este estudo possibilitou a análise das principais complicações cutâneas que acometem pacientes oncológicos e quais as condutas necessárias para realização do tratamento e, principalmente, a necessidade do aprofundamento e capacitação na área dermatológica, visando auxiliar o paciente portador de lesão cutânea, acelerando o processo de cicatrização, proporcionando uma melhor qualidade de vida a esse paciente.

REFERÊNCIAS

1. PINTO, C.; BARONE, C.A.; GIROLOMONI, G.; RUSSI, E.G.; MERLANO, M.C.; FERRARI, D. et al. Management of Skin Toxicity Associated with Cetuximab Treatment in Combination with Chemotherapy or Radiotherapy. **The Oncologist**, v.16, n.2, p.228 –38, 2011.
2. SIBAUD, V.; DELORD, J.P.; CHEVREAU, C.; GANGLOFF, D.; GARRIDO-STOWHAS, I. Dermatologic adverse events of the new targeted anticancer therapies used in oncodermatology. **Annales de chirurgie plastique et esthetique**, v. 57, n.2, p.106–113, 2012.
3. DEHAVEN, C. Chemotherapy and Radiotherapy Effects on the Skin. **Plastic Surgical Nursing.** n. 34, v.4, p. 192–95, 2014.
4. PAVEY, R. A.; KAMBIL, S. M.; BHAT, R. M. Dermatological adverse reactions to cancer chemotherapy. **Indian Journal of Dermatology Venereology and Leprology**, v.81, n.4, p.434, 2015.
5. BURRIS, H. A.; HURTIG, J. Radiation Recall with Anticancer Agents. **The Oncologist**, n.15, v. 11, p. 1227–37, 2010.
6. CHOI, J. N. Chemotherapy-induced iatrogenic injury of skin: New drugs and new concepts. **Clinics in Dermatology**, n.6, v.29, p.587-60, 2011.
7. HUSZNO, J.; BUDRYK, M.; KOŁOSZA, Z.; NOWARA, E. The risk factors of toxicity during chemotherapy and radiotherapy in breast cancer patients according to the presence of BRCA gene mutation. **Contemporary Oncology**, n.19, v. p: 72-76, 2015.
8. KUBICKAWOŁKOWSKA, J.; KĘDZIERSKA, M.; LISIKHABIB, M.; POTEMSKI, P. Skin Toxicity in a Patient with Ovarian Cancer Treated with Pegylated Liposomal Doxorubicin: a Case Report and Review of the Literature. **Oncology Letters**, n.12, v. 6, p: 5332–34, 2016.
9. LACOUTURE, M.E.; ANADKAT, M.J.; BENSADOUN, R.J.; BRYCE, J.; CHAN, A.; EPSTEIN, J.B. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of EGFR inhibitor-associated dermatologic toxicities. **Support Care Cancer**, n.19, p.1079–95, 2011.
10. BERKEY, F. J. Managing the Adverse Effects of Radiation Therapy. **American Family Physician**, n.15, v. 4, p. 381-88, 2010.
11. KODIYAN, J.; AMBER, K. T. Topical antioxidants in radiodermatitis: a clinical review. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 21, n. 9, p. 446–452, 2015.
12. LIN, W.L.; TSENG, C.H.; CHUNG, Y.J.; CHUANG, H.C.; LIN, Y.L.; CHANG, P.H The effectiveness of care bundles in maintaining the skin integrity and reducing the incidence density of pressure ulcers in lung cancer inpatients. **Hu Li Za Zhi**, v.61, n.2, p.85-94, 2014.
13. PALAGI, S.; SEVERO, I.M.; MENEGON, D.B.; LUCENA, A.F. Terapia laser em úlceras de pressão: avaliação pela Escala de Úlcera de Pressão para Classificação de Resultados de Cura e Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.5, p.826-833, 2015.
14. KAZEMIKHOO N; RAHBAR, M. R.; AKRAMI, S.M. Low-level laser therapy along with intravascular laser in deep pressure ulcer resistant to conventional therapies. **Journal of Skin and Stem Cell**, v.2, n.4, p.e30686, 2015.
15. TABASSUM, N, HAMDANI, M. Plants used to treat skin diseases. **Pharmacognosy Reviews**, v.8, n.15, p.52–60, 2014.
16. STUBBE, C. E.; VALERO. M. Complementary Strategies for the Management of Radiation Therapy Side Effects. **Journal of the advanced practitioner in oncology**, v. 4, n. 4, p.219-31, 2013.
17. HADDAD, P.; AMOUZGAR–HASHEMI, F.; SAMSAMI, S.; CHINICHIAN, S.; OGHABIAN, M.A Aloe vera for prevention of radiation-induced dermatitis: a self-controlled clinical trial. **Current Oncology**, v.20, n.4, p.e345–e348, 2013.
18. DAWID-PAĆ, R. Medicinal plants used in treatment of inflammatory skin diseases. **Advances in Dermatology and Allergology**, v.30, n.3, p.170-7, 2013.
19. KUMAR, S.; JURESIC, E.; BARTON, M.; SHAFIQ, J. Management of skin toxicity during radiation therapy: a review of the evidence. **Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology**, v.54, n.3, p.264–279, 2010.
20. SCHNUR, J.B.; OUELLETTE, S.C.; DILORENZO, T.A.; GREEN, S.; MONTGOMERY, G.H. A Qualitative Analysis of Acute Skin Toxicity among Breast Cancer Radiotherapy Patients. **Psycho-oncology**, v.20, n.3, p.260–68, 2011.
21. WONG, R.K.; BENSADOUN, R.J.; BOERS-DOETS, C.B.; BRYCE, J.; CHAN, A.; EPSTEIN, J.B. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of acute and late radiation reactions from the MASCC Skin Toxicity Study Group. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n. 10, p. 2933–48, 2013.
22. NEKTARIA, M.; EKATERINI, S.; IOANNIS, K.; LEONIDAS, M.; MUHAMMAD WASIF, S. Hypersensitivity Reactions Associated with Platinum Antineoplastic Agents: A Systematic Review. **Metal-Based Drugs**, p.1-11, 2010.
23. ZIMMER, L.; VAUBEL, J.; LIVINGSTONE, E.; SCHADENDORF, D. Side effects of systemic oncological therapies in dermatology. **JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, v.10, n.7, p.475–486, 2012.
24. Zhu, G.; Lin, J.C.; Kim, S.B.; Bernier, J.; Agarwal, J.P.; Vermorken, J.B. et al. Asian Expert Recommendation on Management of Skin and Mucosal Effects of Radiation, with or without the Addition of Cetuximab or Chemotherapy, in Treatment of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. **BMC Cancer**, v.16, n.1, p. 40-42, 2016.

✉ Contato do autor
Helena Ribeiro Hammes
helenahammes@yahoo.com.br

Correlação entre adenocarcinoma de esôfago, prematuridade e peso ao nascer

Fernanda Coutinho Kubaski[1]

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma esofágico é uma patologia com crescente incidência (1), sendo em diversos países o tipo histológico mais prevalente dentre as neoplasias de esôfago (2). Com importante impacto na morbimortalidade, é responsável por pobre prognóstico e sobrevida em 5 anos de cerca de 15% (3). Os principais fatores de risco conhecidos para tal patologia são doença do refluxo gastroesofágico e esôfago de Barrett (4). Diante disso, estudos estão sendo realizados avaliando fatores como peso ao nascer e idade gestacional e seu impacto na ocorrência de Esôfago de Barrett e adenocarcinoma esofágico.

OBJETIVO

Elucidar a correlação entre prematuridade e peso ao nascer com adenocarcinoma de esôfago e esôfago de Barrett, considerando esôfago de Barrett como um possível precursor para o adenocarcinoma.

MÉTODO

Revisão bibliográfica a partir das bases de dados Scielo, PubMed, BVS e UpToDate.

RESULTADOS

Foram encontrados onze estudos sobre o tema, sendo quatro excluídos por não abordarem o assunto principal desejado. O nascimento prematuro revelou-se como fator de risco para adenocarcinoma de esôfago em cinco (3-7) dos sete estudos, e para esôfago de Barrett em um (1), sendo que, quanto menor a idade gestacional ao nascer, maior a probabilidade da ocorrência das patologias (3). Baixo peso ao nascer foi associado com adenocarcinoma esofágico em um estudo (6) e com esôfago de Barrett em outro (8). Ser grande para a idade gestacional foi citado como fator protetor para a ocorrência de esôfago de Barrett (1); contudo, a influência de ser pequeno para a idade gestacional variou, não sendo possível estabelecer uma correlação precisa.

Tabela 1. Número de trabalhos que evidenciaram as correlações estudadas.

Correlação	Número de trabalhos
Prematuridade como fator de risco para adenocarcinoma	5
Prematuridade como fator de risco para esôfago de Barrett	1
Baixo peso ao nascer como fator de risco para adenocarcinoma	1
Baixo peso ao nascer como fator de risco para esôfago de Barrett	1
Grande para a idade gestacional como fator protetor para esôfago de Barrett	1

Fonte: elaborada pela autora do artigo.

Possíveis explicações para tais resultados baseiam-se na maior ocorrência de doença do refluxo gastroesofágico (5,6) e na maior imaturidade na mucosa esofágica, de modo que o refluxo de conteúdo ácido seja ainda mais danoso, com maior probabilidade carcinogênica nos nascidos prematuros (3).

CONCLUSÃO

Tais achados são importantes na tentativa de suportar a ideia de que a ocorrência do adenocarcinoma esofágico possa ser, pelo menos em parte, influenciada pelas condições de nascimento dos indivíduos. Assim, tais condições devem ser consideradas na decisão de realização de um *screening* (não recomendado em nível populacional em âmbito nacional) para adenocarcinoma esofágico, com o intuito de promover um diagnóstico precoce e possibilitar uma maior sobrevida de tais doentes (4). Maiores estudos sobre o tema se fazem necessários visando a um melhor entendimento sobre o efeito da prematuridade e do peso ao nascer na ocorrência de adenocarcinoma esofágico e esôfago de Barrett.

REFERÊNCIAS

1. SHIOTA, Seiji; EL-SERAG, Hashem B.; THRIFT, Aaron P. Premature Birth and Large for Gestational Age Are Associated with Risk

[1] Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

of Barrett's Esophagus in Adults. **Digestive diseases and sciences**, v. 61, n. 4, p. 1139-1147, 2016.
2. RUSTGI, Anil K.; EL-SERAG, Hashem B. Esophageal carcinoma. **New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 26, p. 2499-2509, 2014.
3. LINA, Forssell et al. Risk of oesophageal adenocarcinoma among individuals born preterm or small for gestational age. **European journal of cancer**, v. 49, n. 9, p. 2207-2213, 2013.
4. SPECHLER, Stuart J.; SOUZA, Rhonda F. Barrett's esophagus. **New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 9, p. 836-845, 2014.
5. FORSSELL, Lina et al. Risk of esophagitis among individuals born preterm or small for gestational age. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 10, n. 12, p. 1369-1375, 2012.
6. KAIJSER, Magnus et al. Preterm birth, low birth weight, and risk for esophageal adenocarcinoma. **Gastroenterology**, v. 128, n. 3, p. 607-609, 2005.
7. SPECHLER, Stuart J.; SOUZA, Rhonda F. Barrett's esophagus. **New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 9, p. 836-845, 2014.
8. FORSSELL, Lina et al. Increased risk of Barrett's esophagus among individuals born preterm or small for gestational age. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 11, n. 7, p. 790-794, 2013.

✉ Contato do autor
Fernanda Coutinho Kubaski
💻 nandakubaski229@hotmail.com

Cuidados com a pele frente ao extravasamento de drogas antineoplásicas

Jefferson Sales da Silva[1], Suzana Grings Oliveira[2], Fernanda Sant'Ana Tristão[3], Patrícia dos Santos Bopsin[4], Elisângela Souza[5], Maria Angélica Silveira Padilha[6], Daniela Marques Herzer[7]

INTRODUÇÃO

O extravasamento é uma das complicações da administração de drogas antineoplásicas que causam alterações cutâneas que podem levar a danos irreversíveis. É um problema comum e, portanto, uma preocupação na prática clínica dos profissionais que trabalham em terapia oncológica. O conhecimento dos sinais e dos cuidados a serem estabelecidos auxilia a diminuir as complicações desse evento adverso (1).

OBJETIVO

Identificar na literatura as condutas e os cuidados com a pele frente ao extravasamento de drogas antineoplásicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado nos meses de fevereiro e março de 2017, consultando-se a Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On-line* (Medline) e *National Library of Medicine* (PubMed). A busca foi executada de acordo com a combinação dos descritores: "*nursing care*", "*extravasation of therapeutic materials*" e "*antineoplastic*" com operador booleano AND. Para inclusão, foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos publicados na íntegra, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, no período de 2010 a 2016. Excluiu-se: editoriais, cartas e trabalhos publicados na forma de resumos e dissertações e teses. Para análise, após leitura, cada artigo foi avaliado com base na questão condutora do estudo. Foi construído um quadro sinóptico contemplando o nome do periódico, título, local, data de publicação, objetivos e resultados. Os achados foram discutidos a partir da questão norteadora.

RESULTADOS

Foram identificados 24 artigos e selecionados oito. Para a análise, procedeu-se à descrição, considerando os cuidados com a pele frente ao extravasamento de drogas antineoplásicas. As alterações cutâneas relacionadas ao extravasamento descritas variam de acordo com o potencial agressivo da droga, sendo: descamação, bolhas, reação inflamatória, dano tecidual progressivo, endurecimento, irritação severa, edema, hiperemia, queimação, formação de vesículas, necrose, perda funcional, dor, os quais podem ocorrer no momento do extravasamento e até algumas semanas após (2). Os cuidados após o extravasamento identificados foram: interromper a infusão, indicado como o primeiro cuidado a ser realizado, orientando-se que o realize frente a qualquer sinal de dor, calor, rubor ou diminuição do gotejamento (3), e manter a agulha no local e aspirar a droga, retirar parte do conteúdo extravasado, evitando aumento da lesão tecidual (4, 5). O resfriamento local com gelo e compressas frias foi um cuidado citado, pois ambos têm ação vasoconstritora localizando a droga e limitando a área afetada (6, 7). O aquecimento local é indicado para o extravasamento dos alcaloides da vinca e das epipodofilotoxinas. A frequência e o tempo de aplicação de calor e frio variaram nos estudos de uma a seis vezes ao dia, e de cinco a trinta minutos. Os estudos existentes sobre a eficácia do uso de calor e frio são insuficientes, e, apesar de ser amplamente utilizados e recomendados, têm uma evidência fraca (8).

[1] Enfermeiro. Técnico em Enfermagem do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC).
[2] Enfermeira assistencial do Hospital do Câncer Mãe de Deus, especialista em Enfermagem Oncológica, membro do Núcleo de Tratamento da Dor e Cuidados Integrais do Hospital Mãe de Deus.
[3] Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Líder do GEPPTELC.
[4] Enfermeira. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Faculdade Inedi-CESUCA.
[5] Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Saúde Pública, Saúde Mental e Administração dos Serviços de Enfermagem.
[6] Enfermeira. Mestre em Ciências pela UFPel. Coordenadora do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Vice-líder do GEPPTELC.
[7] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Membro GEPPTELC.

O uso de antitóxicos ou antídotos não foi consenso (9). Outros cuidados também indicados foram: vistoriar o local por um período de até 15 dias, depois do extravasamento (10), e fotografar a área afetada a fim de acompanhar a difusão da droga no tecido e o percentual do dano lesado (8).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se a importância do desenvolvimento de estudos clínicos, bem como a elaboração de diretrizes que indiquem ações de cuidados após exposição para minimização das complicações relacionadas ao extravasamento de drogas antineoplásicas.

REFERÊNCIAS

1. SCHULMEISTER, L. Extravasation Management: Clinical Update. **Seminars in Oncology Nursing**, v.27, n.1, p.82-90, 2011.
2. COYLE, C.E.; GRIFFIE, J.; CZAPLEWSKI, L.M. Eliminating Extravasation Events: A Multidisciplinary Approach. **Infusion Nurses Society**, v.37, n.3, p.157-164, 2014.
3. BOSCHI, R.; ROSTAGNO, E. Extravasation of antineoplastic agents: prevention and treatments. **Pediatric Reports**, v.4, n.3, 2012.
4. CHANES, C. D.; PEDREIRA, G. L. M.; GUTIÉRREZ, R. G. M. Antineoplastic agents extravasation from peripheral intravenous line in children: a simple strategy for a safer nursing care. **European Journal of Oncology Nursing**, v.16, n.1, p.17-25, 2011.
5. AL-BENNA, S.; BOYLE, C.O.; HOLLEY, J. Extravasation Injuries in Adults. **ISRN Dermatology**, 2013.
6. GOZALES, T. Chemotherapy extravasation prevention, identification, management and documentation. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v.17, p.61-66, 2013.
7. BOULANGER, J.; DUCHARME, A.; DUFOUR, A.; FORTIER, S.; ALMANRIC, K. Management of the extravasation of anti-neoplastic agents. **Supportive Care in Cancer**, v.23, n.5, p.1459-71, 2015.
8. KREIDIEH, F.Y...; MOUKADEM, H.A.; EL SAGHIR, N.S. Overview, prevention and management of chemotherapy extravasation. **World Journal of Clinical Oncology,** v.7, n.1, p. 87-97, 2016.
9. ROE, H. Anthracycline extravasations: prevention and management. **British Journal of Nursing**, v.20, n.17, p.18-22, 2011.
10. DRÉANIC, J. et al. Cervical extravasation of bevacizumab. Anticancer Drugs, v.24, n.4, p.426-428, abr. 2013.

✉ Contato do autor
Jefferson Sales da Silva
💻 jeffe_salles@hotmail.com

Dermatomiosite secundária à neoplasia – um relato de caso

João Augusto Carvalho Bittencourt[1], João Peron Moreira Dias da Silva[2],
Lais Carneiro Guapo[1], Fábio de Moura Pinto[3], Sílvia Saueressig[4]

INTRODUÇÃO

A Dermatomiosite (DM) e a Polimiosite (DM) fazem parte do grupo das miopatias inflamatórias idiopáticas. A DM caracteriza-se por achados de fraqueza muscular esquelética proximal e evidência de inflamação do músculo, associada a manifestações cutâneas, sendo as mais comuns lesões em áreas fotoexpostas (1). A incidência combinada de DM e PM anualmente é de cerca de 2:100.000 habitantes, sendo mais prevalente em mulheres (2:1) (5). Este relato de caso tem por objetivo descrever uma entidade clínica infrequente, especialmente quando associada à neoplasia, e ampliar o conhecimento médico acerca do tema.

RELATO DE CASO

Paciente Z.M.M, 69 anos, aposentada, natural de Pelotas, previamente hipertensa. Em abril de 2016, percebeu lesões pruriginosas e descamativas em face e membros. Em maio de 2016, teve diagnóstico de câncer de mama direita do tipo ductal invasor após realizar mamografia de rotina, sendo submetida à quadrantectomia terapêutica no mesmo mês. Cerca de 3 semanas após diagnóstico da neoplasia, iniciou com perda de força em membros superiores e inferiores, de caráter progressivo, com dificuldade para levantar da cadeira sem auxílio e pentear os cabelos. Procurou auxílio médico, sendo prescrito corticoide oral, com remissão parcial do quadro, apresentando Creatinofosfoquinase (CPK) de 442 U/L. Iniciada quimioterapia adjuvante em agosto de 2016, com Ciclofosfamida e Docetaxel. Dois dias após, internou no Hospital Escola/UFPEL por quadro de Neutropenia Febril (NF). Evidenciavam-se lesões eritematosas em pele, pruriginosas e descamativas, mais abundantes em face, tronco e membros, com eritema mais pronunciado em áreas fotoexpostas, caracterizando os sinais a seguir, típicos de DM (Figuras 1, 2 e 3 – autorizadas pela paciente). Ao exame neurológico, apresentava sensibilidade preservada, reflexos profundos sem alterações e

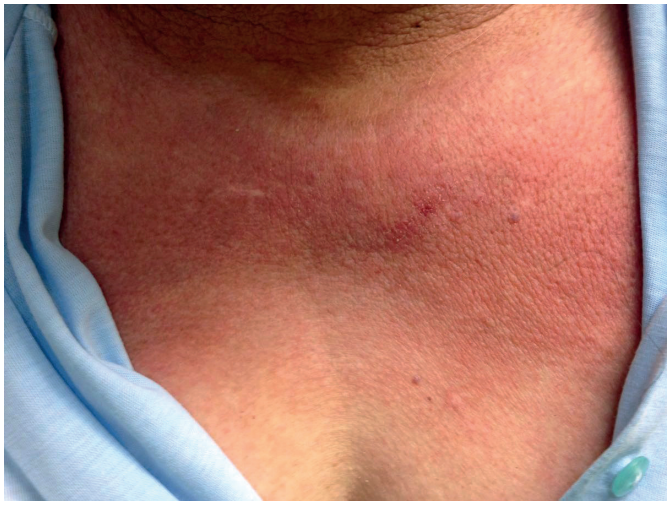


Figura 1. Heliótropo



Figura 2. Sinal do Xale

1 Acadêmico em Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
2 Médico residente de Medicina Interna da UFPel.
3 Médico com especialização em clínica médica. Preceptor de residência medicina interna Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPEL).
4 Médica com especialização em clínica médica pelo Hospital Conceição de Porto Alegre e Oncologia pela Santa Casa de Porto Alegre. Preceptora de oncologia do HE/UFPEL.



Figura 3. Pápulas de Gottron

diminuição de força proximal em membros superiores e inferiores grau 3+/5+.

EVOLUÇÃO

Foi iniciado tratamento com Cefepime e Vancomicina para NF, com resolução do quadro. CPK apresentava-se em queda (73 U/L). Biópsia muscular de músculo deltoide evidenciou infiltração linfocitária, com degeneração de fibras musculares e áreas de necrose, o que, associado à clínica, confirmou diagnóstico de Dermatomiosite secundária ao câncer de mama. Durante internação, a paciente mostrava melhora espontânea das lesões cutâneas e da força muscular, o que foi atribuído ao tratamento da neoplasia. Duas semanas após a internação, evoluiu com insuficiência renal pelo uso de Vancomicina. Apresentou insuficiência respiratória por edema agudo pulmonar, sendo intubada e transferida para a UTI. Teve resolução do quadro de IRA e, após 6 semanas de internação, tendo realizado traqueostomia, foi retirada da ventilação mecânica, recebendo alta da UTI. Nesse momento, tinha remissão das lesões de pele, CPK normal (17 U/L) e melhora progressiva de quadro motor. Recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial e fisioterapia.

CONCLUSÃO

Acredita-se que a associação de DM com neoplasias tenha relação com desordens paraneoplásicas (4). Assim, todo paciente recém-diagnosticado com DM/PM deve ser avaliado para uma possível malignidade sobreposta. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico, exame físico, dosagem de enzimas musculares e evidência de dano muscular (Eletroneuromiografia ou biópsia) (5). A CPK tem boa sensibilidade para demonstrar atividade da doença, porém seus valores podem estar normais ou levemente alterados na doença ativa. Quando está associada a neoplasias, sabe-se que apresenta maior morbimortalidade, podendo ter início mais agudo, com manifestações precoces e exacerbadas, resistentes ao uso do corticoide (2). O risco de malignidades aumenta em pacientes com DM, principalmente Câncer de Mama, Cólon, Ovário, Melanoma e Linfoma Não Hodgkin. A miosite pode melhorar com o tratamento da neoplasia ou seguir curso próprio.

REFERÊNCIAS

1. DALAKAS, Marinos C.. Inflammatory Muscle Diseases. **The New England Journal Of Medicine.** Philadelphia, p. 1734-1747. 30 abr. 2015.
2. GIÁCOMO, Carla Gaspar di et al. Atualização em dermatomiosite. **Revista Brasileira de Clínica Médica,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 8, p.434-439, set. 2010.
3. ORTIGOSA, Luciena Cegatto Martins. Dermatomiosite. **Associação Brasileira Dermatologia,** São Paulo, v. 5, n. 8, p.247-259, jul. 2008.
4. MILLER, Marc L. Malignancy in dermatomyositis and polymyositis. **UpToDate,** jan. 2016.
5. Miller, Marc L. Clinical manifestations of dermatomyositis and polymyositis in adults. **UpToDate, jan. 2017.**

✉ Contato do autor
João Augusto Carvalho Bittencourt
💻 ja.bittencourt@hotmail.com

Desnutrição através da ASG-PPP em pacientes oncológicos

Diana Araujo Eymael[1], Patricia Abrantes Duval[2]

INTRODUÇÃO

A desnutrição possui caráter multifatorial e é prevalente em pacientes oncológicos. Alterações no gasto energético e nas funções metabólicas são alguns dos principais fatores que ocasionam a perda ponderal de peso. Assim, a aplicação de um método que verifique o estado nutricional do paciente com câncer é fundamental.

A Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) é reconhecida por ser capaz de identificar pacientes em risco nutricional. Desenvolvida por Ottery e validada no Brasil por Gonzalez *et al*, é amplamente utilizada em pacientes oncológicos.

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi identificar a desnutrição e a necessidade de intervenção através da ASG-PPP em pacientes oncológicos internados em um hospital de ensino em Pelotas/RS.

METODOLOGIA

Este foi um estudo descritivo transversal, com pacientes adultos, de ambos os sexos, internados no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPel). A coleta de dados foi realizada no período de 1º de janeiro a 1º de março de 2017, através da aplicação da ASG-PPP nas primeiras 48h de internação, por uma estudante da Faculdade de Nutrição/UFPel devidamente treinada.

O estado nutricional foi classificado em A, B ou C. Além disso, os graus de intervenção nutricional foram classificados a partir de pontuação numérica.

RESULTADOS

Participaram do estudo 50 pacientes, sendo 60% do sexo masculino e a média de idade de 58 anos. A Figura 1 apresenta a distribuição dos pacientes por gênero e faxia etária. Em relação ao estado nutricional, 66% encontravam-se com algum grau de desnutrição e apenas 34% eutróficos no momento da internação hospitalar. De acordo com a pontuação numérica da ASG-PPP, observou-se que a totalidade dos pacientes necessitou de alguma forma de intervenção nutricional (Tabela 1).

Os resultados do presente estudo mostraram a prevalência de idade ≥ 60 anos e, conforme estudos de Oliveira Júnior e Cesse (1), o risco de morte por câncer sobe a partir dos 50 anos, alcançando 71% na faixa etária dos 70 aos 79 anos, constatando a prevalência do câncer em pessoas idosas.

E observou-se que 66% apresentaram algum grau de desnutrição (28% desnutrição grave), dados semelhantes aos do estudo de Fonseca *et al* (2), em que foi utilizado mesmo método de avaliação e evidenciado alto percentual de desnutrição, representando cerca de 57,15%, quando somado o risco de desnutrição e gravemente desnutrido.

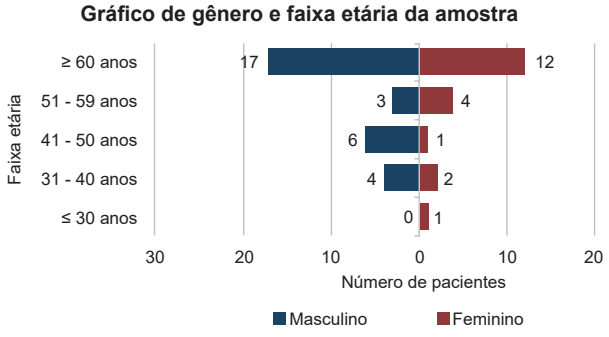


Figura 1. Distribuição da amostra por gênero e idade (n=50). Pelotas, 2017

Tabela 1. Características da amostra de acordo com a ASG-PPP (n=50). Pelotas, 2017

Variáveis	N	%
Estado nutricional (classificação categórica)		
A (sem décifit nutricional)	17	34,00
B (desnutrição moderada ou risco nutricional)	19	38,00
C (desnutrição grave)	14	28,00
Nível de intervenção nutricional (pontuação total)		
Sem necessidade de intervenção (0-1 ponto)	0	0,00
Educação nutricional (2-3 pontos)	6	12,00
Intervenção nutricional (4-8 pontos)	11	22,00
Necessidade crítica de intervenção nutricional (≥9 pontos)	33	66,00

[1] Graduanda do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
[2] Mestre em Nutrição e Alimentos pela UFPel.

O presente estudo também diagnosticou que a necessidade crítica de intervenção nutricional fez-se presente em 66%, destoando do estudo de Vale *et al* (3), no qual apenas 44,2% apresentavam necessidade crítica de intervenção. Essa diferença pode se caracterizar pela necessidade de intervenção estar associada à doença avançada e a ser idoso, no estudo de Vale *et al* (3).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos pacientes apresentava-se moderadamente ou gravemente desnutridos, e a totalidade dos pacientes necessitou de alguma forma de intervenção nutricional. Portanto, a avaliação nutricional faz-se necessária na prevenção ou melhora do quadro de desnutrição.

REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA JÚNIOR, F. J. M.; CESSE, E. A. P. Mortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. Rev. Bras. de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.51, n.3, p.201-208, 2005.
2. FONSECA A. D.; GARCIA R. R. M.; STRACIERI A. P. M.,Perfil Nutricional de Pacientes Portadores de Neoplasias Segundo Diferentes Indicadores. NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição, Ipatinga, v. 3, n. 5, p. 444-461, ago./dez. 2009.
3. VALE, I.A.V.; BERGMANN R.B.; DUVAL P. A.; PASTORE C. A.; BORGES L.R.; ABIB R.T., Avaliação e Indicação Nutricional em Pacientes Oncológicos no Início do Tratamento Quimioterápico. Rev. Bras. de Cancerologia 2015; 61(4): 367-372, 2015.
4. ASBRAN. *Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição.* 2014. Acesso em 17 de 09 de 2016, disponível em http://www.asbran.org.br/arquivos/PRONUTRI-SICNUT-VD.pdf
5. CALIXTO-LIMA L. & GONZALEZ, M. C. Triagem Nutricional. *Nutrição Clínica no dia a dia* (pp. 3-10). RJ: RUBIO. 2013.
6. COPPINI, L. Z. Avaliação Nutricional no Paciente com Câncer. In: D. LinetzkyWaitzberg, *Dieta, nutrição e câncer* (pp. 385-391). Atheneu. 2006.
7. INCA/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer*. 2015. Acesso em 18 de 09 de 2016, disponível em http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf
8. WAITZBERG D. L., Avaliação Nutricional.*Nutrição Oral, Enteral e Parental na Prática Clínica* (pp. 225-375). Atheneu. 2000.

✉ Contato do autor
Diana Araujo Eymael
diana-eymael@hotmail.com

Dinâmicas de grupo utilizadas como estratégia terapêutica no enfrentamento do câncer: um relato de experiência

Dápine Neves da Silva[1], Laura Fontoura Perim[2], Sidiane Teixeira Rodrigues[3], Taiara Fonseca da Silva[4], Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[5], Luana da Silva Soares[6], Juliana Marques Weykamp[7]

INTRODUÇÃO

O câncer como doença crônico-degenerativa pode desencadear no usuário e em seus familiares momentos de intensa angústia, sofrimento e ansiedade. Por tratar-se de uma enfermidade dolorosa, o usuário que vivencia esse processo, geralmente, apresenta diferentes sintomas que influenciam no desempenho de suas habilidades funcionais, vocacionais, causando incertezas quanto ao seu futuro (1). Destarte, essa doença e o seu tratamento representam um processo estressante ao usuário, sendo necessárias estratégias que o auxiliem no enfrentamento dessa situação. Entre as estratégias possíveis de serem desenvolvidas neste período, estão as dinâmicas de grupo que podem ser realizadas por diferentes profissionais (2). Entretanto, o enfermeiro exerce uma função de grande importância, pois ele está em contato direto com os usuários, desenvolvendo, além dos cuidados assistenciais de enfermagem, práticas educativas direcionadas ao usuário e à família. Por ser o profissional que permanece maior tempo junto ao usuário, existe a possibilidade de estabelecer vínculos de confiança, e, assim, desenvolver, com maior facilidade, estratégias para enfrentar as reais necessidades de saúde e bem-estar do usuário e sua família.

OBJETIVO

Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem durante as dinâmicas de grupo oferecidas aos usuários oncológicos na Associação de Apoio às Pessoas com Câncer (AAPECAN).

MÉTODO

Relato de experiência desenvolvido por acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Anhanguera de Pelotas/RS, por meio de um projeto de extensão realizado na AAPECAN. Nesse projeto, foram desenvolvidas atividades como consultas de enfermagem, acolhimento, dinâmicas de grupo, promoção e prevenção da saúde, no período de junho de 2013 a dezembro de 2014. O método de avaliação das ações ali realizadas ocorreu a partir de conversas e observação das reações e dos comportamentos dos usuários durante as dinâmicas, possibilitando a visualização de resultados relativamente positivos frente ao objetivo da atividade. Dentro dessas dinâmicas, realizavam-se atividades lúdicas, com relatos pessoais sobre o câncer (sofrimento físico e emocional), musicoterapia como forma de relaxamento, cuidados com a beleza, nutrição, leituras informativas e de autoajuda, e temas que surgiam no decorrer dos encontros.

RESULTADOS

Os resultados demonstraram que, após a atuação dos acadêmicos junto às dinâmicas de grupo, os usuários obtiveram uma melhora significativa no enfrentamento de sua patologia. Evidenciaram-se uma redução dos distúrbios emocionais (como ansiedade e depressão), um aumento do conforto e do bem-estar, uma melhoria dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais e ainda uma melhor adesão ao tratamento, visto que os usuários obtiveram um fortalecimento na autopercepção, contribuindo para o entendimento e a aceitação de seu estado patológico atual.

[1] Enfermeira. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (GEES/CNPq). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC).
[2] Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pelo Sistema de Ensino Gaúcho (SEG). Membro do GEES/CNPq.
[3] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Santa Vitória do Palmar. Membro do GEES/CNPq.
[4] Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Bartolomeu Taccini. Membro do GEPPTELC.
[5] Enfermeira e Administradora hospitalar. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente Emérita da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Líder do GEES/CNPq.
[6] Aluna de Graduação em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera de Pelotas. Membro do GEES/CNPq.
[7] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEES/CNPq. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CONCLUSÃO

A partir do exposto, conclui-se que a realização das dinâmicas junto aos usuários representou uma importante ferramenta de apoio psicossocial, na melhoria da autonomia, do autocuidado e do enfrentamento da doença. Frente a isso, acredita-se necessária a participação da enfermagem neste contexto, bem como na busca por novas estratégias que auxiliem os usuários no enfrentamento de sua doença.

REFERÊNCIAS

1. VENÂNCIO, J.L. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Rev. Bras de Cancerologia**. v. 50, nº 1, p.55-63, 2004.
2. COSTA, P.; LEITE, R.C.B.O. Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Rev Bras de Cancerol**. v. 55, nº 4, p. 355-364, 2009.

✉ Contato do autor
Dápine Neves da Silva
💻 dapine.silva@bol.com.br

Hemangiopericitoma intracraniano com metástase extracraniana tardia: um relato de caso

Mathias André Kunde[1], Gabriel Lenz[1], Leonardo Stone Lago[2]

INTRODUÇÃO

O hemangiopericitoma (HPC) é uma neoplasia mesenquimal maligna proveniente dos pericitos, células que envolvem capilares sanguíneos e vênulas pós-capilares (1). Corresponde a 1% dos tumores vasculares e pode ocorrer em ossos, crânio, cavidade oral, pulmões, retroperitônio, partes moles profundas ou membros inferiores. Possui maior ocorrência entre a terceira e quarta décadas de vida, sem predileção por gênero. A origem primária do HPC em região intracraniana é responsável por 0,5% de todos os tumores do sistema nervoso central (SNC). As cefaleias, crises epilépticas e déficits neurológicos focais são os sintomas mais comuns. Na imuno-histoquímica (IHQ), as células do HPC expressam vimentina, reticulina, BCL2, CD34, CD57 e fator VIIIa. As metástases extracranianas têm sido relatadas muito tempo depois que as lesões primárias são diagnosticadas. Ossos longos, fígado, pulmão, SNC e cavidade abdominal são os sítios de metástase mais relatados (2-8).

OBJETIVO

Relatar um caso de HPC intracraniano com metástase extracraniana tardia.

RELATO DE CASO

Paciente M.S.L., masculino, 44 anos, caucasiano, sapateiro, procedente de Igrejinha/RS. Refere história de *diabetes mellitus* do tipo 2 controlada com medicações. Nega tabagismo, etilismo e história familiar de neoplasias. Diagnóstico, há 16 anos, de HPC intracraniano. Apresenta lesão residual – avaliada como irressecável –, apesar das 4 ressecções prévias. Realizou radioterapia (RDT) em 08/2013, devido à recidiva com compressão de tronco encefálico. No início de 2014, apresentou quadro de fratura de úmero esquerdo. Paciente, através da Secretaria de Saúde, agendou atendimento com Ortopedia. Realizou a consulta no serviço do Hospital São Lucas da PUCRS em 12/2016. Do agendamento até a consulta, apresentou três novos episódios de fratura em úmero. No atendimento, relatou dor lombar progressiva, com início há 6 meses, culminando em paraplegia após 3 meses. Foram solicitadas ressonância magnética (RM), cintilografia óssea (CO) e tomografia computadorizada (TC).

RESULTADOS

Na RM, observou-se lesão expansiva ao nível de L1-L2, sugestivo de implante secundário. Através de CO, verificou-se aumento da atividade osteoblástica em úmero esquerdo. Na TC, observaram-se lesões em T9, L2, fêmur proximal e ilíaco esquerdos, além de nódulos pulmonares, pancreáticos e hepáticos. Segundo laudo de IHQ de úmero esquerdo, realizado em 01/2017, apresentou reação positiva para vimentina, BCL2 e CD34, confirmando HCP. O paciente realizou, em março de 2017, 12 sessões de RDT paliativa em segmento T12-L3.

DISCUSSÃO

O HPC foi descrito pela primeira vez por Stout e Murray, em 1942 (9). É uma rara neoplasia maligna, que pode acometer diferentes locais, sendo incomum a localização primária intracraniana, sendo documentada em apenas 0,5% de todos os tumores de SNC. A raridade da doença e poucas documentações na literatura sobre seu manejo têm dificultado o estabelecimento de critérios conclusivos que permitam a adequada conduta terapêutica e avaliação prognóstica. Sendo assim, o tratamento de escolha, até o presente momento, consiste na remoção completa da lesão, com RDT nos casos em que tenha sido executada apenas a ressecção parcial. Mesmo quando ocorre ressecção completa da neoplasia, são elevadas as taxas de recorrência local (50-80%) e metástases (14-30%). A quimioterapia não possui eficácia claramente definida no tratamento do HPC, apesar de alguns estudos demonstrarem que ela pode ser uma terapia paliativa em casos metastáticos (2,10).

[1] Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
[2] Serviço de Oncologia do Hospital São Lucas da PUCRS.

CONCLUSÃO

O relato desse caso se faz de suma importância por contribuir com a descrição clínica e tratamentos utilizados para um tipo de câncer raro, podendo ser útil para auxiliar em futuros diagnósticos e/ou tratamentos. Além disso, esse relato é importante por demonstrar a falta de efetividade do Sistema Único de Saúde, pois, devido à demora do encaminhamento de paciente com histórico de doença rara, a qual, em virtude desse atraso, progrediu expressivamente, culminando em paraplegia.

REFERÊNCIAS

1. Kumar, V., Fausto, N., Abbas, A. Robbins e Cotran Patologia: Bases patológicas das doenças. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 533 p.
2. Tzuu-Yuan, H. Intracranial hemangiopericytoma: Diagnosis, treatment and outcome. Chinese Med .J 2002; 65(7):305-306.
3. Wei, G., Kang, X., Liu, X., Tang, X., Li, Q., Han, J., Yin, H. Intracranial meningeal hemangiopericytoma: Recurrences at the initial and distant intracranial sites and extraneural metastases to multiple organs. Mol Clin Oncol. 2015;3(4):770-774.
4. Louis, D.N. et al. In WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System. 4th ed. Lyon, France: WHO, 2007. p. 173-180.
5. Rutkowski, M.J., Jian, B.J., Bloch, O., Chen, C., Sughrue, M.E., Tihan, et al. Intracranial hemangiopericytoma. Cancer, 2012;118:1628-1636.
6. Enzinger, F.M., Smith, B.H. Hemangiopericytoma. An analysis of 106 cases. Hum Pathol. 1976;7(1):61-82.
7. Vuorinen, V., Sallinen, P., Haapasalo, H., Visakorpi, T., Kallio, M., Jaaskelainen, J. Outcome of 31 intracranial hemangiopericytomas: poor predictive value of cell proliferation indices. Acta Neurochir 1996;138:1399-1408.
8. Rutkowski, M.J. et al. Management of recurrent intracranial hemangiopericytoma. J Clin Neurosci. 2011;18(11):1500-1504.
9. Stout, A.P., Murray. M.R. Hemangiopericytoma: a vascular tumor featuring Zimmermann's pericytes. Ann Surg. 1942;116(1):26-33.
10. Fredriksson, F., Nordborg, C., Hallén, T., Blomquist, E. Haemangiopericytoma presenting with acute intracerebral haemorrhage: a case report and literature review. Acta Oncol. 2013;52(4):753-758.

✉ Contato do autor
Mathias André Kunde
mathias.kunde@acad.pucrs.br

Hemorragia digestiva alta como primeira manifestação de linfoma de Burkitt: relato de caso

Maíra Cristina Ramos da Rosa[1], Thais de Assis Soares[2], Melinda Mallorquin Cabral[1], Patricia Paraboni Bersaghi[1], Andrea de Vargas Tomelero[1], Juliana da Cunha Rocha[3], Carolina Ziebell Carpena[4]

INTRODUÇÃO

Hemorragia digestiva alta (HDA) define-se como um sangramento que se origina no trato gastrointestinal (TGI), desde a boca até a flexura duodeno-jejunal ou ângulo de Treitz, exteriorizado por hematêmese, melena e/ou hematoquezia (1). Sua incidência é de 40-150 casos a cada 100.000 pessoas, apresentando grande associação com morbimortalidade, em especial se em idosos (2). Sabe-se que úlceras pépticas são a principal causa de HDA não varicosa, estando as outras principais causas listadas na Tabela 1.

Entre as neoplasias malignas do tubo digestivo, o câncer gástrico é o 2º mais comum entre os homens, sendo o 5º mais comum entre as mulheres. Histologicamente, os tumores de estômago podem ser epiteliais ou mesenquimais, sendo os adenocarcinomas gástricos os mais frequentes, correspondendo a 95% das neoplasias gástricas malignas, e os linfomas os segundos em frequência (3,4).

RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 27 anos, branco, com diagnósticos prévios de autismo e epilepsia, em uso contínuo de Carbamazepina, sem comunicação verbal devido à doença neurológica, interna em nosso serviço devido à hematêmese, anemia crônica e perda ponderal de 4 quilos em um mês, apresentando-se ao exame físico inicial hipocorado, taquipneico e com ausculta pulmonar abolida à esquerda.

Durante internação, manteve-se anêmico, necessitando de transfusão sanguínea. Apresentou picos febris e sudorese noturna, realizando-se antibioticoterapia com Levofloxacino por suspeita de infecção respiratória, seguindo com a mesma sintomatologia após término deste tratamento. Realizaram-se exames de imagem identificando-se em tomografia de tórax "volumosa lesão expansiva lobulada com impregnação heterogênea comprometendo grande parte do hemitórax esquerdo, de etiologia indeterminada, considerando-se a possibilidade de tumores de células germinativas, tumores tímicos ou linfoma" (Figura 1).

Para seguimento da investigação, realizou-se biópsia transcutânea desta lesão guiada por ecografia. Referente à queixa inicial de hematêmese, realizou-se uma endoscopia digestiva alta, a qual indicou "lesão gástrica ulceroinfiltrativa que se estendia da pequena curvatura até a incisura

Tabela 1. Causas mais comuns de HDA não varicosa.

Causas	%
Úlceras pépticas	28-59%
Doença erosiva da mucosa esofágica/ estomacal/duodenal	1-47%
Síndrome de Mallory Weiss	4-7%
Neoplasias do TGI	2-4%
Outros	2-7%
Não identificados	7-25%

Fonte: ESGE, 2015.

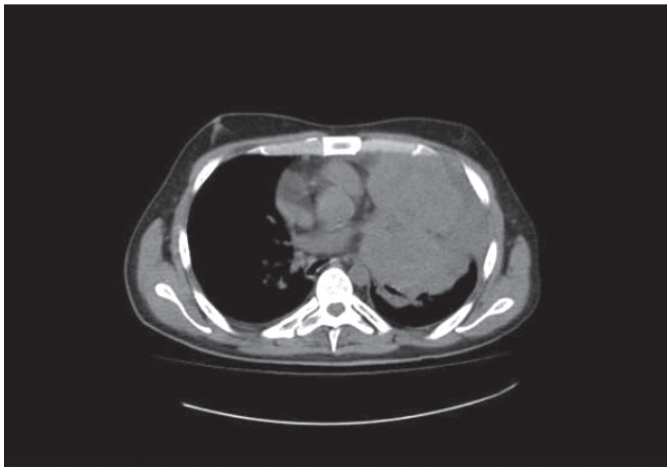


Figura 1. Lesão expansiva identificada em TC de tórax.

[1] Acadêmica de Medicina do 12º semestre na Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
[2] Acadêmica de Medicina do 9º semestre na UFPel.
[3] Médica Residente de Clínica Médica na UFPel.
[4] Médica gastroenterologista e professora auxiliar do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina na UFPel.

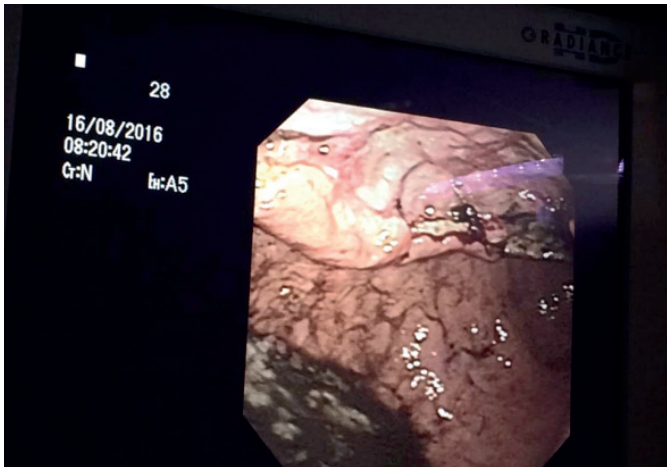


Figura 2. Lesão ulceroinfiltrativa identificada em EDA.

angularis, de consistência endurecida ao toque da pinça" (Figura 2). Essa lesão evidenciou após biópsia "abundante tecido de granulação e de permeio células atípicas linfocitoides com impressão de 'provável' linfoma a ser confirmado por estudo imuno-histoquímico".

Paciente recebeu alta hospitalar com diagnóstico de neoplasia maligna do estômago não especificada com plano de seguimento ambulatorial, aguardando laudo imuno-histoquímico da lesão gástrica e tratamento quimioterápico de acordo com imuno-histoquímica de lesão torácica, a qual apresentou resultado consistente com linfomas de células "B" Burkitt-like.

DISCUSSÃO

A HDA não varicosa continua sendo um desafio quanto ao seu diagnóstico. Neoplasias devem ser um diagnóstico diferencial sempre lembrado, sendo importante a avaliação de sintomas sugestivos de malignidade como disfagia, saciedade precoce, perda ponderal involuntária e caquexia (5).

Neoplasias do TGI superior representam menos de 3% dos casos de HDA severa (6).

Os linfomas são neoplasias malignas caracterizadas pela proliferação de células originárias dos tecidos linfoides. O linfoma não Hodgkin é um grupo heterogêneo de doenças malignas, cujo elo comum é a expressão monoclonal das células B ou T malignas. Os maiores determinantes do prognóstico são o tipo celular de origem e o padrão de crescimento (7).

CONCLUSÃO

A literatura aponta comprometimento gastrointestinal como o mais frequente depois das manifestações nodais (8). As neoplasias malignas gástricas não adenocarcinomas apresentam melhor evolução, apesar da heterogeneidade dos casos, sendo a quimioterapia um fator decisivo na sobrevida e na prevenção de recidivas. Dessa forma, o diagnóstico histopatológico deve ser sempre estabelecido para o delineamento da terapêutica quimioterápica de acordo com o tipo histológico específico.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, M.C.B.; SACRAMENTO, C.S.B; MURICY, M.C.O.N; PAES, I.B. **Hemorragia Digestiva Alta**. In: Zaterka S, Eisig JN. Tratado de Gastroenterologia: da graduação à pós-graduação. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
2. GRALNEK, Ian M. et al. **Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline**. Endoscopy 2015
3. NAKAMURA, S. et al. **Synchronous and metachronous primary gastric lymphoma and adenocarcinoma**. Cancer, Philadelphia. V. 79, n 6, p. 1077-1085. 1997.
4. PARRA-Medina, R.; LÓPEZ Correa, P.; CASTRO Quiroga, P. et al. J **Gastrointest Canc**. 2015.
5. CAPPELL, M.S.; FRIEDEL, D.; **Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy**. Med Clin North Am. 2008;92(3):491
6. SAVIDES, T.J.; JENSEN, D.M.; COHEN, J.; RANDALL, G.M.; KOVACS, T.O.; PELAYO, E.; CHENG, S.; JENSEN, M.E.; HSIEH, H.Y. **Severe upper gastrointestinal tumor bleeding: endoscopic findings, treatment, and outcome**. Endoscopy. 1996; 28(2): 244
7. ARAUJO, L.H.L et al. **Linfoma não hodgkin de alto grau: revisão de literatura.** Revista Brasileira de Cancerologia. 2008. 54(2): 175 – 183.
8. DURR, E.D.; BONNER, J.A.; STRICKLER, J.G.; MARTENSON, J.A.; CHEN, M.G.; HABERMANN, T.M.; DONOHUE, J.H.; EARLE, J.D.; GRILL, J.P. **Management of stage IE primary gastric lymphoma**. 1995. Acta Haematol. 1995;94(2):59-68

✉ Contato do autor
Maíra Cristina Ramos da Rosa
mairac.rosa@yahoo.com.br

Linfonodo sentinela e suas repercussões no câncer de mama

Fernanda Coutinho Kubaski[1]

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma patologia de alta prevalência, sendo responsável pela redução da qualidade e expectativa de vida de muitas pessoas. Segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA (1), é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma. O linfonodo sentinela constitui o primeiro local de metástase linfonodal, que recebe drenagem direta do tumor primário, sendo, portanto, muito importante para a avaliação da extensão da doença (2).

OBJETIVO

Elucidar as novas atribuições do linfonodo sentinela como uma ferramenta capaz de avaliar o prognóstico das pacientes e também orientar o tratamento, considerando os avanços no estudo de tema.

MÉTODO

Revisão bibliográfica a partir das bases de dados Pubmed, BVS e Scielo, selecionando artigos publicados nos últimos cinco anos.

RESULTADOS

A biópsia do linfonodo sentinela é um relevante marcador da recorrência e sobrevida de pacientes com câncer de mama (3), possuindo também grande importância no estadiamento e na orientação terapêutica (4). Revelou-se como um método menos invasivo, com menos complicações e com os mesmos resultados em relação à dissecção axilar, evitando tal procedimento em pacientes com linfonodo negativo e casos iniciais de linfonodo positivo (3, 5, 6). Ademais, mostrou-se eficaz para a avaliação e monitorização de tratamento neoadjuvante (6), principalmente quando há a realização de duas técnicas, em casos de linfonodo negativo ou iniciais de linfonodo positivo (3, 6). Ressalta-se a potencial realização da biópsia em linfonodos positivos, baseados na hipótese de que a disseminação sistêmica da doença ocorra precocemente, contudo, sem gerar repercussão clínica imediata, o que questiona o benefício de um controle localmente agressivo (7). Pesquisas sugerem a possibilidade de realização da biópsia do linfonodo sentinela em tumores mais avançados e também na avaliação em casos de recorrência (8), contudo, estudos posteriores ainda se fazem necessários (2, 5).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a utilização da biópsia de linfonodo sentinela é de grande benefício não apenas para pacientes com nódulo negativo, mas também nos positivos, de modo que diversos pacientes em estágio inicial não precisem de dissecção axilar, sendo então poupados de possíveis parefeitos como linfedema, parestesia e infecções (5, 7). Além disso, o método também é de grande valia na realização de tratamento neoadjuvante (6). Considerando o significativo impacto do câncer de mama na qualidade de vida da população brasileira, tal doença faz jus a grandes investimentos em pesquisa, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. Desse modo, mais estudos sobre os possíveis campos de aplicação da biópsia de linfonodo sentinela devem ser realizados.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama acesso em 21/06/2017 às 14:23.
2. NOTTEGAR, A. et al. Extra-nodal extension of sentinel lymph node metastasis is a marker of poor prognosis in breast cancer patients: A systematic review and an exploratory meta-analysis. **European Journal of Surgical Oncology (EJSO)**, v. 42, n. 7, p. 919-925, 2016.
3. PATTEN, D. K. et al. Sentinel lymph node biopsy after neo-adjuvant chemotherapy in patients with breast cancer: Are the current false negative rates acceptable?. **The Breast**, v. 24, n. 4, p. 318-320, 2015.
4. VU, Huan N. et al. Intraoperative injection of radiocolloid for sentinel node biopsy in breast cancer. **Journal of nuclear medicine technology**, v. 41, n. 4, p. 263-267, 2013.
5. LI, C. Z. et al. Axillary lymph node dissection versus sentinel lymph node biopsy alone for early breast cancer with sentinel node metastasis: A meta-analysis. **European Journal of Surgical Oncology (EJSO)**, v. 41, n. 8, p. 958-966, 2015.
6. RUBIO, I. T. Sentinel lymph node biopsy after neoadjuvant treatment in breast cancer: Work in progress. **European Journal of Surgical Oncology (EJSO)**, v. 42, n. 3, p. 326-332, 2016.
7. GHERGHE, M.; BORDEA, C.; BLIDARU, A. Sentinel lymph node biopsy (SLNB) vs. axillary lymph node dissection (ALND) in the current surgical treatment of early stage breast cancer. **Journal of medicine and life**, v. 8, n. 2, p. 176, 2015.

[1] Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

8. CORDOBA, Octavi et al. Detection of sentinel lymph node in breast cancer recurrence may change adjuvant treatment decision in patients with breast cancer recurrence and previous axillary surgery. **The Breast**, v. 23, n. 4, p. 460-465, 2014.

✉ Contato do autor
Fernanda Coutinho Kubaski
💻 nandakubaski229@hotmail.com

Manejo da dor em pacientes com feridas oncológicas

Michele Rodrigues Fonseca[1], Fernanda Sant'Ana Tristão[2], Patrícia dos Santos Bopsin[3], Maria Angélica Silveira Padilha[4], Daniela Marques Herzer[5]

INTRODUÇÃO

As feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. O manejo da dor deve ser parte integral do cuidado ao paciente com ferida oncológica, já que a dor compreende mecanismos fisiológicos de sensibilização periférica e neuroplasticidade que a perpetuam (1).

OBJETIVO

Identificar, segundo a literatura, como é realizado o manejo da dor em pacientes com feridas oncológicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura que teve como pergunta norteadora: Quais as formas de manejo da dor em pacientes com feridas ou lesões oncológicas? O levantamento bibliográfico foi realizado nos meses de fevereiro e março de 2017, consultando-se a Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis na Retrieval Sistem on-line (Medline), National Library of Medicine (PubMed). A busca foi executada de acordo com os descritores: "Carcinoma in Situ", "Pain Management", "Wounds Injuries", combinados entre si e com o operador booleano And. Para inclusão e análise dos artigos, foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos publicados na íntegra nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola; no período de 2010 a 2016.

RESULTADOS

Foram identificados 82 artigos. Após análise, foram selecionados 17 que responderam aos critérios de inclusão e procedeu-se à descrição. Nos artigos analisados, o manejo da dor em pacientes com feridas oncológicas é realizado da seguinte forma: através da redução da frequência na troca de curativos, empregando tecnologias que permitem maior tempo de permanência no leito da ferida (2). O manejo das feridas durante a troca de curativos desencadeia dor, coberturas que ficam mais tempo no leito da lesão favorecem o processo de cicatrização reduzindo a quantidade de tecido lesado, diminuindo a dor. Utilização de fármacos opioides como: morfina, codeína e dextrometorfano, usados para analgesia, com prescrição de dose individualizada para cada paciente levando em conta suas necessidades (3). E o uso de fármacos foi a forma de manejo mais indicada para o alívio da dor nos estudos analisados. Mudança de decúbito do paciente para alívio da dor e estabilidade da coluna vertebral em casos de compressão da medula espinhal metastática (4). A mudança de decúbito não deve ser frequente de modo a se evitar manipulação demasiada. Intervenções cirúrgicas terapêuticas como a realização de incisão cirúrgica total ou parcial em neoplasia com finalidade curativa ou paliativa de alívio da dor (5). Práticas que estimulam a espiritualidade e religiosidade transmitindo vitalidade e significado aos estímulos da vida, proporcionando melhora na qualidade de vida do paciente e encorajamento da retomada das interações sociais (6).

CONCLUSÃO

O manejo da dor é parte integral do cuidado ao paciente com ferida oncológica. O método mais utilizado para o manejo da dor são fármacos opioides; no entanto, indicam-se outros métodos não farmacológicos que envolvem desde tecnologias a serem utilizadas no leito das feridas a terapias comportamentais e espirituais. É fundamental que os profissionais conheçam os diversos métodos de manejo da

[1] Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Membro do Projeto de Extensão "Um Olhar Sobre o Cuidador Familiar: Quem Cuida Merece Ser Cuidado". Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC).

[2] Enfermeira. Doutora em Ciências. Mestre em Educação. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Líder do GEPPTELC.

[3] Enfermeira. Mestre em Ciências Médicas. Especialista em Gestão de Riscos e Segurança Hospitalar. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Inedi/CESUCA. Membro da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente.

[4] Enfermeira. Mestre em Ciência, Coordenadora do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPEL/EBSERH e Vice-Líder do GEPPTELC. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela UFPel e mestre em Enfermagem pela UFPel.

[5] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Gestão Hospitalar. Enfermeira do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPel/EBSERH. Membro do GEPPTELC.

dor oncológica para que possam auxiliar os pacientes nas escolhas que lhe proporcionem melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Rio de Janeiro: CEDC, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf>. Acesso em: 09 Abr. 2017.
2. RIOT, S.; de BONNECAZE, G.; GARRIDO,I.; FERRON,G.; GROLLEAU,J-L.; CHAPUT, B. Is the use of negative pressure wound therapy for a malignant wound legitimate in a palliative context? "The concept of NPWT ad vitam": A case series. **Palliat Med**, v. 29, n. 5,p. 470-3, 2015.
3. RAPHAEL, J.; AHMEDZAI, S.; HESTER, J.; URCH, C.; BARRIE, J.; WILLIAMS, J.; FARGUHAR-SMITH, P.; FALLON, M.; HOSKIN, P.; ROBB, K.; BENNETT, M.L.; HAINES, R.; JOHNSON, M.; BHASKAR, A.; CHONG, S.; DUARTE, R.; SPARKES, E. Cancer Pain: Part 1: Pathophysiology; Oncological, Pharmacological, and Psychological Treatments: A Perspective from the British Pain Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. **Pain Med**. n11, v.5, p 742-64, 2010.
4. LEE, S.H.; GRANT,R.; KENNEDY,C.; KILBRIDE,L. Positioning and spinal bracing for pain relief in metastatic spinal cord compression in adults. Cochrame Database Syst Rev, v. 24, n. 9, p. 01-17, 2015.
5. KATSOULAKIS, E.; LAUFER, I.; BILSKY, M.; AGARAM, N.P.; LOVELOCK, M.; YAMADA, Y. Pathological characteristics of spine metastases treated with high-dose single-fraction stereotactic radiosurgery. Neurosurg Focus, v. 42, n. 1, p.01-06, 2017.
6. CALDEIRA, S.; TIMMINS, F.; DE CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis. v. 54, n. 4, 1489-1502, 2017.
7. BAE,J.; GWAK,H.S.; KIM,S.; JOO,J.; SHIN,S.H.; LEE,S.H.; Percutaneous vertebroplasty for patients with metastatic compression fractures of the thoracolumbar spine: clinical and radiological factors affecting functional outcomes. Spine J, v, 16, n. 3, p. 355-64, 2016.
8. CIPTA, A.M, PIETRAS, C.J.; WEISS, T.E.; STROUSE, T.B..Cancer-related pain management in clinical oncology. **J Community Support Oncol**. v.13, n10, p. 347-55, 2015.
9. CHO, S.; PARK, H. S.; KIM, C.H.; CHUNG, R. K.; KIM, Y. J. Percutaneous Sacroplasty under Fluoroscopic Guidance Combined with Epidurogram for Sacral Insufficiency Fracture Resulting from Metastatic Tumor and Osteoporosis. **Pain Physician**, v. 19, n. 3, p. 473-80, 2016.
10. DAVIS, G.; CURTIN, C. M. Management of Pain in Complex Nerve Injuries. **Hand Clin**, v. 32, n. 2, p. 257-62, 2016.
11. JANSSEN, S.; BARTSCHT, T.; RADES, D. Prognosis of Patients with Metastatic Spinal Cord Compression from Adrenocortical Carcinoma. In vivo, v. 30, n. 5, p. 717-9, 2016.
12. PENG, L.; MIN, S.; ZEJUN, Z.; WEI, K.; BENNETT, M.I. Spinal cord stimulation for cancer-related pain in adults. Cochrame Database Syst Rev, V. 29, N. 6, 2015.
13. PRIYANKA S.; ADITI C. Complementary and Alternative Medicine in Cancer Pain Management: A Systematic Review. **Indian Journal of Palliative Care**. n. 21, v. 1 p. 105–15, 2015.
14. SPAŁEK, M. Chronic radiation-induced dermatitis: challenges and solutions. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology**. n. 9. p. 473–482, 2016.
15. SHAHDAD, S.; SEYED, M. S.; SEYED, A. S.;AMIR A.; , FATEMEH, H.; , FARIBA, M., VAKILI, N. M.Oncology Nurses Knowledge and Attitudes Regarding Cancer Pain Management. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.** v.16, p. 750-06, 2015.
16. SATIJA, A. et al. Breast Cancer Pain Management - A Review of Current & Novel Therapies. **The Indian Journal of Medical Research**. n. 139, v. 2, p. 216–25, 2014.
17. RUNNING, A; SERIGHT, T. Integrative Oncology: Managing Cancer Pain with Complementary and Alternative Therapies. **Current Pain and Headache Reports.** n. 4, v. 16, p 325–31, 2012.
18. VALERIANI, M.; SCARINGI, C.; BLASI, L.; CARNEVALE, A.; DE SANCTIS, V.; BONOME, P.; BRACCI, S.; MARRONE, G.; MINNITI, G.; ENRICI, R.M. Multifraction radiotherapy for palliation of painful bone metastases: 20 Gy versus 30. **Gy. Tumori**, v. 101, n. 3, p. 318-22, 2015.
19. WILLIAM, I.JR.; HYMAN, B. M.; DEBORAH K. M. Symptom Management in Metastatic Breast Cancer. **The Oncologist**. n.16: p. 1203–14, 2011.

✉ Contato do autor
Michele Rodrigues Fonseca
michelerf@bol.com.br

Melanoma nodular com tempo de evolução clínica atípico

Evelise Carla Genesini[1], Pedro Ferreira Ceretta[2], Camila Tlustak Soares[1], Bruna Brandão de Farias[1], Carolina Real Cappellaro[1], Júlia Geller Eidt[1], Luis Eugênio de Medeiros da Costa[3]

INTRODUÇÃO

O melanoma corresponde a 4% dos cânceres cutâneos, porém causa 74% das mortes por neoplasia de pele (1). Esse tipo de câncer apresenta, precocemente, disseminação por via linfática, sendo os linfonodos regionais os sítios mais comuns, e os sítios mais frequentes de metástases à distância são a pele, o tecido subcutâneo, o pulmão, o fígado e o cérebro (2). Na prática, a principal característica em relação a um possível melanoma são alterações no padrão do acrônimo ABCDE: assimetria, bordas irregulares, cor variável, diâmetro maior que 6mm e evolução. Destaca-se que o melanoma cutâneo é classificado em quatro subtipos histopatológicos: extensivo superficial, lentigo maligno, nodular e acral lentiginoso.

OBJETIVO

Relatar um caso de um melanoma nodular com evolução clínica temporal mais prolongada que o característico.

MÉTODO

Foi realizado acompanhamento clínico e cirúrgico do paciente, além de revisão de prontuário e pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS e SciELO.

RELATO DE CASO

Homem, 66 anos, trabalhador rural, fototipo II de Fitzpatrick, sendo encaminhado para atendimento por lesão de pele enegrecida em hemitórax. Segundo relato, a lesão surgiu quatro anos previamente à consulta com aspecto polipoide; porém, no último um ano e meio, aumentou de forma mais acelerada, tornando-se mais escura, com presença de secreção sanguinolenta constante. Ao exame físico, notava-se lesão vegetante azul-enegrecida, ulcerada, com sangramento, medindo, aproximadamente, 4,5x6 cm em quadrante superior lateral da mama esquerda (Figura 1), com possível metástase-satélite, sendo os linfonodos axilares palpáveis. Foram descartados outros sintomas sistêmicos.



Figura 1. Lesão em hemitórax esquerdo.

Fonte: Arquivo pessoal.

A biópsia constatou neoplasia epitelioide e fusocelular pigmentada dérmica. Além disso, a tomografia computadorizada (TC) de tórax demonstrava presença de lesão expansiva com margens lobulares e impregnação heterogênea localizada na parede torácica, comprometendo a pele, o subcutâneo e em contato com o músculo peitoral. Ademais, havia linfonodo de 2,2x1,1 cm com morfologia alterada na região axilar. Porém, não havia demais alterações na topografia. A TC de abdômen não demonstrou alterações, descartando, juntamente com o exame da região torácica, a presença de metástases à distância.

Foi realizada ressecção da lesão com linfadenectomia axilar radical em bloco e reconstrução com enxerto de pele parcial (Figura 2). A histopatologia revelou melanoma

[1] Acadêmica do curso de Medicina na Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
[2] Médico residente de cirurgia geral no Hospital São Francisco de Paula (HUSFP), Pelotas/RS.
[3] Médico cancerologista e especialista em cirurgia oncológica. Mestre em Saúde e Comportamento e professor adjunto nos Departamentos de Cirurgia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e da UCPel.

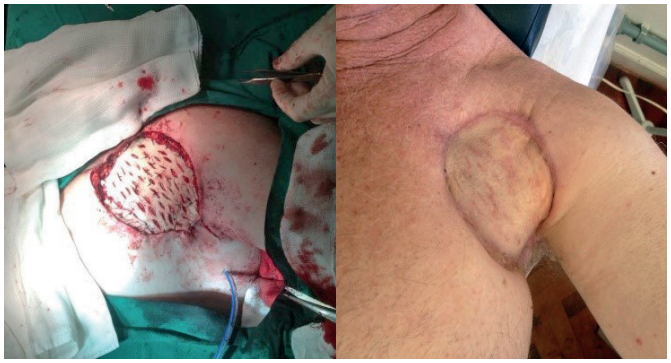


Figura 2. Reconstrução com enxerto de pele parcial.

Fonte: Arquivo pessoal.

maligno nodular com crescimento radial e vertical, ulceração e nível de invasão Clark V. Confirmou-se presença de nódulo-satélite, micrometástases em dois de quatorze linfonodos retirados e margens cirúrgicas livres. Tratava-se, portanto, de melanoma T3N3M0 e estadio clínico III. Paciente submetido a acompanhamento ambulatorial e a terapia adjuvante com interferon.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o tipo nodular é o segundo padrão histológico mais comum de melanoma (3). Geralmente, o seu desenvolvimento ocorre com extrema rapidez, sendo mencionada pelos pacientes como lesão que não existia antes (3), ao contrário do caso relatado no qual havia um histórico de aproximadamente quatro anos. Sabe-se ainda que, nesse subtipo, as metástases são precoces. Contudo, no caso citado, mesmo com todo o tempo de evolução, ocorreram apenas metástases locais e não à distância.

Quanto ao procedimento adotado, por possuir menor espessura, foi preferido o enxerto frente ao retalho devido à maior facilidade de detecção de recidiva local. Finalmente, destaca-se a importância do conhecimento do acrônimo ABCDE, visando a diagnósticos mais precoces e à possibilidade de tratamentos que proporcionem melhor qualidade de vida ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. MARQUES, S. A.; SANTANA, M. F.; STOLF, H. O.; ABBADE, P. F.; CAMPOS, E. B. P.; MARQUES, M. E. A. **Melanoma cutâneo com longo tempo de história clínica. Impacto na conduta e no prognóstico. Relato de caso**. Diagn Tratament, 2009. 14(1):22-7.
2. DIMATOS, D. C.; DUARTE, F. O.; MACHADO, R. S.; VIEIRA, V. J.; VASCONCELLOS, Z. A. A.; BINS-ELY, J. **Melanoma cutâneo no Brasil**. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2009. Volume 38, Suplemento 01.
3. JUNIOR, J. D. M; ABBADE, L. P. F; STOLF, H. **As múltiplas faces do melanoma cutâneo primário: série de casos.** Diagn Tratamento. 2015;20(3):95-9.

✉ Contato do autor
Evelise Carla Genesini
evelisecarlagenesini@gmail.com

Metástase cerebral de um carcinoma adenoescamoso de corpo uterino: um relato de caso

Gabriel Lenz[1], Leonardo Stone Lago[2], Thiago Krieger[3]

INTRODUÇÃO

O carcinoma de endométrio ocupa o 4º lugar em prevalência global dentre as neoplasias do trato genital feminino, sendo a mais incidente em países desenvolvidos (1). A neoplasia endometrial é mais comum após os 50 anos de idade, sendo 25% e 75% dos casos em mulheres na pré e pós-menopausa, respectivamente (2,3). Observa-se como fatores de risco alto índice de massa corporal (IMC), *diabetes mellitus* (DM), elevada exposição a estrogênio, infertilidade, nuliparidade, menarca precoce e menopausa tardia (3,2). O carcinoma adenoescamoso é considerado, por muitos patologistas, uma variante do adenocarcinoma, com mau prognóstico.

OBJETIVO

Relatar um caso de uma paciente com metástase cerebral após diagnóstico de um carcinoma adenoescamoso de corpo uterino.

RELATO DE CASO

VRCO, procedente de Charqueadas-RS, 56 anos, caucasiana, aposentada, negava tabagismo. História de DM com má adesão ao tratamento. IMC de 32 kg/m². Nuligesta, menarca aos 11 e menopausa aos 44 anos. Em 08/2015, foi encaminhada ao Hospital Santa Rita, devido a sangramento uterino anormal (SUA) – iniciado há 3 meses – e espessamento endometrial evidenciado por ecografia transvaginal (Figura 1). Realizou ressonância magnética (RNM) de pelve que mostrou útero com características de neoplasia. Em 12/2015, foi submetida à Pan-Histerectomia. O exame anatopatológico descrevia adenoescamoso com diferenciação escamosa grau 3, com invasão de miométrio em mais de 50%, invasão linfovascular e comprometimento do anexo esquerdo. O estadiamento pós-operatório ficou como T3bNxMx/IIIB, alto risco. No mesmo mês, interna por sintomas respiratórios com suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP). Em tomografia computadorizada (TC) de tórax, evidenciam-se nódulos pulmonares, sugestivos de implantes secundários, bem como os achados de TEP (Figura 2). Foi encaminhada à Oncologia em 01/2016, quando foi decidido iniciar Carboplatina AUC 5 + Paclitaxel. Após o 3º ciclo de quimioterapia (QT), houve resposta radiológica completa das lesões pulmonares conforme TC. A manutenção dessa resposta também foi registrada por

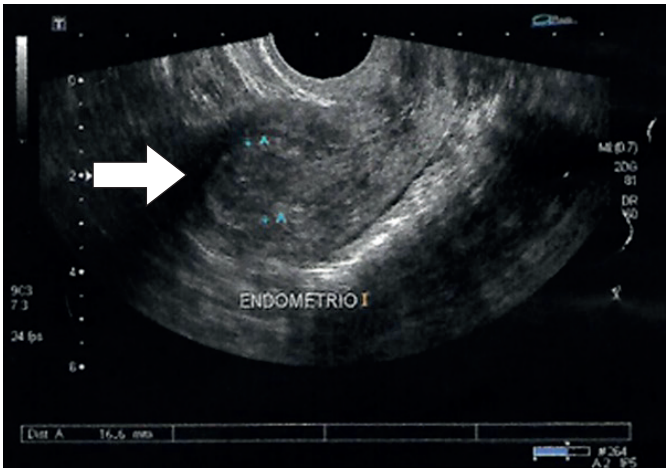


Figura 1. Ecografia transvaginal – útero em AVF, de dimensões e ecogenicidade normais, medindo 6,3x3,9x3,5cm de diâmetro (volume = 46 cm³). Endométrio com 1,6cm de espessura, heterogêneo.

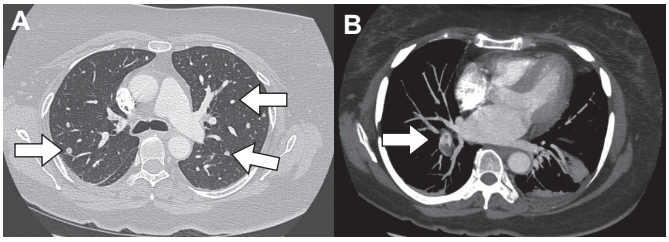


Figura 2. (A) TC de tórax demonstra vários pequenos nódulos pulmonares bilaterais com distribuição aleatória e com características de implantes secundários. (B) No estudo de estadiamento, a paciente apresentou quadro de TEP como demonstrado na imagem com corte axial com contraste intravenoso e com trombo na artéria interlobar direita.

[1] Acadêmico da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
[2] Médico Preceptor do Serviço de Oncologia do Hospital São Lucas (HSL-PUCRS). Oncologista do Hospital Santa Rita.
[3] Médico Radiologista do HSL-PUCRS e do Hospital Santa Rita

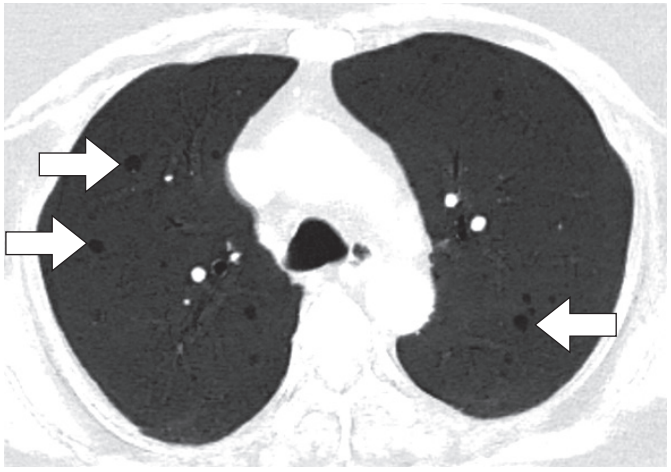


Figura 3. Corte axial da TC com técnica MinIP de controle. Regressão completa dos nódulos pulmonares permanecendo lesões císticas hipoatenuantes nestes sítios.

TC ao final do 6º ciclo (Figura 3). Na avaliação da equipe Radioterapia, optou-se por não indicar tratamento complementar. Cerca de 13 meses após o diagnóstico, referia cefaleia em região posterior, vertigem e vômitos, há cerca de 1 mês. Foi realizado RNM de encéfalo, revelando várias lesões expansivas, compatíveis com lesões neoplásicas (Figura 4). Optou-se, então, por realizar radioterapia (RT) paliativa do SNC.

RESULTADOS

Paciente apresentou resposta radiológica completa após 6 ciclos de QT. Após diagnóstico de metástase (MTX) cerebral, optou-se por seguir um tratamento paliativo com RT.

CONCLUSÃO

Cerca de 3/4 das pacientes ao diagnóstico tem doença restrita ao útero, tendo essas pacientes uma taxa de sobrevida em 5 anos de 90% (3). Quando há MTX, usualmente é por via linfática para os linfonodos pélvicos e para-aórticos (4). Pela via hematogênica, a doença pode se estender para os pulmões, incluindo a pleura e o mediastino, fígado, ossos e o SNC. Alguns *guidelines* sugerem que a RT de consolidação em região pélvica poderia diminuir a chance de recidiva local (3,5,2,1). No caso desta paciente, devido à sua resposta clínica e radiológica exuberantes, optou-se por discutir a indicação de RT. Não sabemos se essa conduta, neste caso em específico, traria algum benefício na prevenção da disseminação hematogênica, sabendo que a MTX cerebral corresponde a apenas 0,7% das doenças avançadas do carcinoma endometrial (6). Conforme literatura, há um intervalo mediano, do diagnóstico primário à metástase cerebral, de 17 meses. Nesse caso, este intervalo foi de 13 meses (6). Cabe aqui o questionamento se o adenoescamoso não é de fato um subtipo de pior prognóstico.

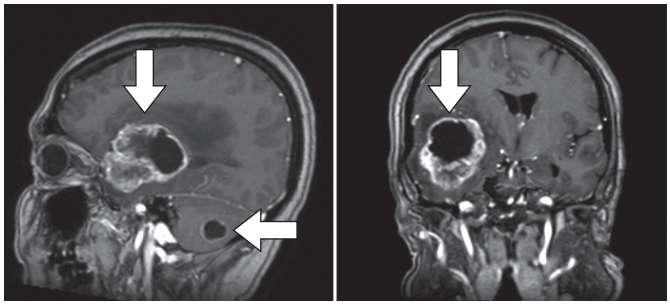


Figura 4. Imagens de RNM nos planos sagital e coronal com gadolíneo demonstrando lesão expansiva sólido-cística na transição têmporo-parietal direita com edema vasogênico e realce com contraste. No corte sagital é observada outra lesão menor no cerebelo do mesmo lado. Essas alterações são compatíveis com implantes secundários.

REFERÊNCIAS

1. Denschlag D, Ulrich U, Emons G. The Diagnosis and Treatment of Endometrial Cancer: Progress and Controversies. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2011;108(34-35):571-577. doi:10.3238/arztebl.2011.0571.
2. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, Gonzalez-Martin A, Ledermann J, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology. 2016;27(1):16-41. Epub 2015/12/05.
3. Galaal K, Al Moundhri M, Bryant A, Lopes AD, Lawrie TA. Adjuvant chemotherapy for advanced endometrial cancer. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(5):CD010681. Epub 2014/05/17.
4. Wei JJ, Paintal A, Keh P. Histologic and immunohistochemical analyses of endometrial carcinomas: experiences from endometrial biopsies in 358 consultation cases. Archives of pathology & laboratory medicine. 2013;137(11):1574-83. Epub 2013/10/31.
5. Meyer LA, Bohlke K, Powell MA, Fader AN, Franklin GE, Lee LJ, et al. Postoperative Radiation Therapy for Endometrial Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the American Society for Radiation Oncology Evidence-Based Guideline. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2015;33(26):2908-13. Epub 2015/07/08.
6. Piura E, Piura B. Brain metastases from endometrial carcinoma. ISRN oncology. 2012;2012:581749. Epub 2012/04/24.

✉ Contato do autor
Gabriel Lenz
gabriel.lenz@acad.pucrs.br

Nova análise das ligas acadêmicas de medicina da Universidade Federal de Pelotas: mudanças nas produções em ensino, extensão e pesquisa de 2015 a 2017

Alisson Leandro Glitz[1], Ana Paula Gouvêa[2], Brenda Stefanello Golart[3], Carolina Silvieira da Silva[4], Frederico Timm Rodrigues de Sousa[3], Gustavo Szczecinski Puchalski[2]

INTRODUÇÃO

As Ligas Acadêmicas de Medicina são organizações estudantis sem fins lucrativos, que desenvolvem atividades didáticas, científicas, culturais e sociais, abarcando uma escolhida área da medicina, com o objetivo de proporcionar o seu aprendizado e desenvolvimento, organizadas por acadêmicos sob a supervisão de professores. Através de jornadas, oficinas, estágios, trabalhos e outras atividades, os acadêmicos têm uma excelente oportunidade para desenvolver e aprimorar ainda mais os conhecimentos essenciais durante o curso. Já através do desenvolvimento de programas e campanhas de conscientização, a comunidade tem acesso a importantes informações que não só melhoram a sua qualidade de vida, mas também aumentam a integração dos futuros médicos com a população.

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, há o registro do surgimento das Ligas Acadêmicas existentes até o dia de hoje, em 2008, com a criação da Liga Acadêmica de Oncologia (LAO). Regidas sobre o princípio universitário de pesquisa, ensino e extensão, têm proporcionado, ao longo dos últimos anos, o aprofundamento do conhecimento de diferentes especialidades aos alunos integrantes. Nesse período, diversos trabalhos científicos já foram desenvolvidos, bem como publicados nos mais variados congressos do país.

Nesse contexto, a Liga Acadêmica de Oncologia desenvolveu, em 2015, um trabalho que visava conhecer as atividades das ligas acadêmicas dessa universidade, intitulado "Ligas Acadêmicas de Medicina da Universidade Federal de Pelotas: uma análise descritiva" (1). Assim, o presente estudo visa a atualizar os dados obtidos em 2015 montando um paralelo evolutivo das atividades desenvolvidas pelas ligas acadêmicas dessa universidade nos últimos anos.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi analisar o panorama das ligas acadêmicas em atividade na Universidade Federal de Pelotas e estabelecer uma análise descritiva quanto aos princípios básicos das mesmas: ensino, pesquisa e extensão.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de delineamento transversal descritivo que teve como público-alvo ligas acadêmicas ativas vinculadas a estudantes de Medicina da UFPel, com um total de 23 ligas. Foram excluídas da análise ligas com fechamento declarado até o momento da coleta dos dados, a qual ocorreu em junho de 2017. Como instrumento de coleta de dados, foi aplicado um questionário online com presidentes ou vice-presidentes de tais ligas acadêmicas, através da plataforma Google Formulários. Eles foram orientados acerca do anonimato de suas informações e informados sobre a participação facultativa na pesquisa. O questionário abordou a realização de atividades em "ensino" (jornadas, monitorias, internatos, palestras ou oficinas), "extensão" (campanhas ou Programa de Internação Domiciliar – PID) e "pesquisa" (publicação de trabalhos em congressos científicos, artigos em revistas acadêmicas ou livros) no período de outubro de 2015 até o presente momento. Além disso, abordou o ano de fundação da liga, o número de membros e a presença ou não de um professor ou médico preceptor.

RESULTADOS

Foram analisadas 23 ligas acadêmicas de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) através das seguintes variáveis em questionário online a respeito do período de outubro de 2015 a junho de 2017: "Em que

[1] Estudante de Medicina do 2º semestre da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
[2] Estudante de Medicina do 8º semestre da UFPel.
[3] Estudante de Medicina do 5º semestre da UFPel.
[4] Estudante de Medicina do 4º semestre da UFPel.

ano a liga foi fundada?"; "Quantos membros a liga possui atualmente?"; "A liga possui algum professor ou médico preceptor atualmente?"; "Em relação ao ensino, a liga trabalhou com alguma das seguintes atividades: jornadas, oficinas, monitorias, palestras, internato, estágio, nenhuma"; "Em relação à pesquisa, a liga trabalhou em alguma das seguintes atividades: publicação de trabalhos em congressos, publicação em artigos ou revistas científicas, publicação em livros, nenhum"; "Em relação à extensão, a liga trabalhou em alguma das seguintes atividades: campanhas, outros, nenhum". Além disso, foram coletados dados do trabalho anterior da LAO em outubro de 2015, a respeito de 22 ligas acadêmicas existentes na época, com as mesmas variáveis analisadas.

No ano de 2015, das 22 ligas funcionantes naquele momento e analisadas, 18 (82%) haviam sido fundadas entre 2012 e 2015. Em análise atual, as ligas acadêmicas de Medicina existentes em 2017 na UFPel foram fundadas entre os anos de 2008 e 2017, sendo que apenas uma foi fundada em 2008 (4,34%), a segunda em 2010 (4,34%), 12 (52,17%) ligas entre 2013 e 2014. Ainda, 4 (17,39%) ligas foram criadas em 2016, 2 (8,69%) em 2017 e 1 (4,34%) não sabe o ano de fundação.

Em relação ao número de membros em 2015, aproximadamente 45% das ligas atuavam com 11 a 15 integrantes, e 18% com menos de 10. Já em 2017, os números variam de 4 a 28 membros, sendo que 6 ligas (26,08%) possuem de 11 a 15 membros, e 2 ligas (8,69%) menos de 10 participantes. Ainda, em 2017, 56,52% das ligas possuem de 15 a 20 membros.

Todas (100%) as ligas analisadas alegaram possuírem preceptor, em 2017, portanto, estão em funcionamento no momento.

Em relação ao ensino, no ano de 2015, foi verificado que 19 (86,36%) das 22 ligas analisadas possuíam atividades desse tipo, além dos seminários semanais ou quinzenais realizados nos encontros com os membros, sendo essa a atividade em primeiro lugar entre ensino, extensão e pesquisa. Dentre as práticas de ensino, as jornadas acadêmicas eram as mais frequentes, correspondendo a 41% delas, e os estágios 27%, sendo essas as principais atividades das ligas acadêmicas até então.

Já em 2017, apenas uma liga alegou não ter realizado nenhuma prática de ensino desde outubro de 2015, enquanto as outras 22 ligas (95,65%) realizaram um total de 40 atividades, sendo que 8 ligas, isto é, 35% do total de ligas, realizaram jornadas, 7 (30%) ministraram oficinas, 13 (56%) palestras, 3 (13%) internatos, 5 (22%) estágios, 4 (17%) monitorias.

No ano de 2015, 45% das ligas haviam contemplado até então atividades de extensão, sendo que 41% do total de ligas fizeram campanhas com a população e 4% realizaram PID. Em 2017, foram coletados os seguintes dados: 13 ligas (56,52%) não trabalharam com nenhum projeto de extensão desde outubro de 2015 até agora. As outras 10 (43% das ligas) realizaram campanhas, e, de 23, apenas 1 liga (4%) fez PID.

No pilar pesquisa, em 2015, 41% haviam realizado alguma atividade até o momento, e 22% realizaram publicação em nível de revista ou livros, e apresentações em congressos estavam presentes em 100% das ligas que promoviam atividades em pesquisa, ou seja, 41% do total de ligas.

Já em 2017, foi observado que 11 (47,82%) ligas não fizeram nenhuma atividade em pesquisa. Já as outras 12 ligas que realizaram esse tipo de atividade totalizaram 16 pesquisas. Assim, 11 ligas (48%) enviaram trabalhos para congressos, 4 (17%) publicaram em revistas e 1 (4%) em livro.

CONCLUSÃO

De acordo com o primeiro trabalho realizado em 2015, grande parte das ligas acadêmicas da UFPel não conseguia contemplar de maneira igualitária os três pilares da formação acadêmica: ensino, pesquisa e extensão. Percebeu-se neste segundo momento um quadro muito semelhante. De forma geral, as ligas acadêmicas ainda priorizam as atividades de ensino, deixando de lado não só a pesquisa como também as práticas de extensão.

Foi possível analisar algumas alterações no panorama das atividades realizadas pelos acadêmicos, bem como o aumento do número de ligas em atividade. Em 2015, eram 22 ligas ativas, porém entre os anos de 2015 e 2017 algumas ligas foram desativadas e outras criadas, totalizando 23 ligas acadêmicas de Medicina ativas na UFPel, em junho de 2017.

Diante desse panorama, foi notável uma mudança na porcentagem de distribuição dos três pilares da formação acadêmica. Em 2017, as ligas acadêmicas relataram realizar mais atividades em ensino e pesquisa; entretanto, houve diminuição das atividades de extensão, comparado ao ano de 2015.

No âmbito do ensino, percebe-se uma diminuição no número de ligas acadêmicas que realizam seminários apresentados pelos próprios alunos; no entanto, foi evidenciado aumento no número de palestras dirigidas por profissionais. As jornadas acadêmicas também sofreram redução na sua porcentagem, em oposição às oficinas e monitorias. Em relação à pesquisa, houve aumento da porcentagem apenas dos trabalhos apresentados em congressos, ao passo que a publicação de artigos e livros continuou a mesma. O panorama da extensão foi o único que sofreu redução entre os três pilares, representando um menor interesse das ligas acadêmicas nas atividades práticas com maior envolvimento social.

A partir desta análise, foi possível concluir que as ligas acadêmicas estão em constante alteração de acordo com seus objetivos principais. Pressupõe-se que uma das principais dificuldades das ligas acadêmicas esteja relacionada à falta de apoio, não só da entidade administrativa, como também dos docentes da universidade. Ainda são necessários maiores estudos que avaliem as reais necessidades das ligas acadêmicas como atividades extracurriculares e suas repercussões na formação médica.

REFERÊNCIA

1. DOWMBROSKI, G.; GOUVÊA, A.P.; BUCHNER, G.; PILGER, M.C.; LOREA, R.L; CAPILHEIRA, M.F. Ligas acadêmicas de medicina da Universidade Federal de Pelotas: uma análise descritiva. Apresentado na Semana Acadêmica de Medicina, 2015.

✉ Contato do autor
Alisson Leandro Glitz
💻 alisson.glitz@gmail.com

ANEXOS

Anexo 1. Atividades desempenhadas pelas ligas acadêmicas da UFPel nas áreas de pesquisa, ensino e extensão até outubro de 2015.

		Quantidade de ligas que desempenharam a atividade
Ensino 19 ligas (86%)	Jornadas	9 (41%)
	Oficinas	5 (23%)
	Palestras	2 (9%)
	Internato	3 (14%)
	Estágio	6 (27%)
	Monitoria	1 (4%)
Pesquisa 9 ligas (41%)	Artigos	4 (18%)
	Livros	1 (4%)
	Apresentação em congresso	9 (41%)
Extensão 10 ligas (45%)	Campanhas	9 (41%)
	PID	1 (4%)
Total 22 ligas		**100%**

Anexo 2. Atividades desempenhadas pelas ligas acadêmicas da UFPel nas áreas de pesquisa, ensino e extensão de outubro de 2015 a junho de 2017.

		Quantidade de ligas que desempenharam a atividade
Ensino 22 ligas (96%)	Jornadas	8 (35%)
	Oficinas	7 (30%)
	Palestras	13 (56%)
	Internato	3 (13%)
	Estágio	5 (22%)
	Monitoria	4 (17%)
Pesquisa 12 ligas (52%)	Artigos	4 (17%)
	Livros	1 (4%)
	Apresentação em congresso	11 (48%)
Extensão 10 ligas (43%)	Campanhas	10 (43%)
	PID	1 (4%)
Total 23 ligas		**100%**

Novas tecnologias no tratamento de feridas oncológicas

Felipe Ferreira da Silva[1], Fernanda Sant'Ana Tristão[2], Fernanda Borges de Souza[1], Natália de Lourdes Diniz Menezes[1], Maria Angélica Silveira Padilha[3], Jefferson Sales da Silva[4], Daniela Marques Herzer[5]

INTRODUÇÃO

As feridas oncológicas ocorrem a partir da infiltração de células malignas no tecido epitelial, afetando a sua integridade. Essas lesões apresentam mau prognóstico, geralmente não cicatrizam e exigem cuidados para aliviar os sintomas, diminuir complicações e melhorar a qualidade de vida do paciente. O tratamento deve ser de forma paliativa, ou seja, a intenção é minimizar sinais e sintomas, provendo o conforto e bem-estar do paciente (1).

OBJETIVO

Identificar na literatura estudos que tratem sobre novas tecnologias no tratamento de feridas oncológicas, indicando as mais utilizadas e qual o motivo para sua ampla utilização. Métodos: Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura que teve como pergunta norteadora: Quais as novas tecnologias utilizadas no tratamento das feridas oncológicas descritas na literatura? O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de março de 2017, consultando-se a Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (Medline) PubMed (National Library of Medicine). A busca foi executada de acordo com os descritores "Treatment", "Wound" e "Oncology". Para inclusão e análise, foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos publicados na íntegra na língua portuguesa, inglesa e espanhola; no período de 2012 a 2016, que utilizaram modelos humanos. Excluíram-se desse estudo: editoriais, cartas e trabalhos publicados na forma de resumos, dissertações e teses. Para análise, foi construído um quadro sinóptico que contemplou a questão de pesquisa e informações como data de publicação, periódico, objetivos e resultados.

RESULTADOS

Foram identificados 238 artigos e, após exclusão de artigos repetidos ou que não atendiam aos critérios de inclusão, foram incluídos para síntese 14. Os resultados estão apresentados em cinco categorias: controle da dor, exsudato, odor, sangramento e prurido. Para o controle da dor, foram citados o uso de opioides pré-curativo, avaliação da dor pela aplicação da escala de dor, uso de lidocaína 2% ao redor da ferida, aplicação de gazes com hidróxido de alumínio diretamente na lesão, manutenção do meio úmido e manipulação cuidadosa do leito da ferida. No controle do exsudato, foi citado o uso de curativos absortivos com a utilização de hidrogel, carvão ativado, alginato de cálcio, hidrofibra impregnada com prata, espuma de poliuretano. Indica-se também o uso de antibioticoterapia sistêmica, gaze como cobertura secundária, gaze salina hipertônica e esteroides tópicos. No controle do odor, foram citados a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9%, uso de metronidazol tópico e sistêmico, aromaterapia tópica com óleo de lavanda, patchouli e melaleuca, carvão ativado, saquinhos de chá verde e hidróxido de alumínio. No controle do sangramento foram citados a aplicação de pressão direta sobre os vasos sangrantes, aplicação de soro fisiológico 0,9% gelado, curativos à base de colágeno hemostático, adrenalina tópica e coagulantes orais. No controle do prurido, há indicação do uso de dexametasona creme 0,1% e sulfadiazina de prata 1%. O uso do mel está indicado por apresentar propriedades antibacterianas, antiaderentes e favorecer o desbridamento.

CONCLUSÃO

São vários os produtos disponíveis para o tratamento de feridas oncológicas. Observou-se que as intervenções utilizadas com o objetivo de reduzir o exsudato também ocasionaram a redução do odor. A avaliação dos resultados, na maioria dos estudos, foi baseada nos relatos dos pacientes, limitando suas evidências. Cabe enfatizar a importância da condução de estudos clínicos por enfermeiros que vivenciam este conteúdo em sua prática, para que seja possível estabelecer condutas para o manejo mais preciso e efetivo das feridas oncológicas.

[1] Aluno de graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC).
[2] Enfermeira. Doutora em Ciências pela UFPel. Docente da Faculdade de Enfermagem na UFPel. Líder do GEPPTELC.
[3] Enfermeira. Mestre em Ciências pela UFPel. Coordenadora do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPel/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Vice-líder do GEPPTELC.
[4] Enfermeiro. Técnico de enfermagem do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPel/EBSERH. Membro do GEPPTELC.
[5] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira do Grupo de Pele do Hospital Escola UFPel/EBSERH. Membro do GEPPTELC.

REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO, I.C.; COSTA, R.K.S.; TORRES, G.V.; FERREIRA JUNIOR, M.A. Tratamento de feridas: a especificidade das lesões oncológicas. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.7, n.2, p.303-313, 2014.
2. AGRA, G.; FERNANDES, M.A.; PLATEL, I.C.S.; FREIRE, M.E.M. Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.1, p.95-104, 2013.
3. BRITO, K.K.G.; SOUSA, M.J.; SOUSA, A.T.O. Feridas crônicas: abordagem de enfermagem na produção científica da pós-graduação. **Revista de Enfermagem UFPE On Line,** Recife, v.7, n.2, p.414-421, 2013.
4. CASTRO, D.L.V.; SANTOS, V.L.C.G. Controle do odor de feridas com metronidazol: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, nº 5, p.858-63, 2015.
5. FRYKBERG, R.G.; BANKS, J. Challenges in the treatment of chronic wounds. **Advances In Wound Care**, v.4, nº 9, p.660-582, 2015.
6. GOZZO, T.O.; TAHAN, F.P.; ANDRADE, M.; NASCIMENTO, T.G.; PRADO, M.A.S. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. **Escola Anna Nery**, v.18 nº 2, p.270-76, 2014.
7. KING, A.; STELLAR, J.J.; BLEVINS, A.; SHAH, K.N. Dressing and products in pediatric wound care. **Advances In Wound Care**, v.3, n.4, p.324-334, 2014.
8. LISBOA, I.N.D.; VALENÇA, M.P. Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas. **Estima**, v.14, nº 1, p.21-28, 2016.
9. MARQUES, A.D.B.; SANTOS, L.M.D.; MAGALHÃES, P.H.; MOURÃO, L.F.; FEITOSA, A.L.M.; DA SILVA, E.A. O uso do mel no tratamento de feridas de difícil cicatrização: revisão sistemática. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v.1, n.4, p.42-51, 2015.
10. PROBST, S.; ARBER, A.; FAITHFULL, S. Malignant fungating wounds – The meaning of living in an unbounded body. **European Journal of Oncology Nursing**, n.17, p.38-45, 2013.
11. ROWAN, M.P.; CANCIO, L.C.; ELSTER, E.A.; BURMEISTER, D.M.; ROSE, L.F.; NATESAN, S.; CHAN, R.K.; CHRISTY, R.J.; CHUNG, K.K. Burn wound healing and treatment: review and advancements. **Critical Care**, n.19, p.243, 2015.
12. SARABAHI, S. Recent advances in topical wound care. **Indian Journal of Plastic Surgery**, v.45, n.2, p.379-387, 2012.
13. SILVA, P.N.; DE ALMEIDA, O.A.E.; ROCHA, I.C. Terapia tópica no tratamento de feridas crônicas. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, n.33, p.46-58, 2014.
14. SOOD, A.; GRANICK, M.S.; TOMASELLI, M.L. Wound dressing and comparative effectiveness data. **Advances In Wound Care**, v.3, n.8, p.511-529, 2014.
15. TAMAI, N.; MUGITA, Y.; IKEDA, M.; SANADA, H. The relationship between malignant wound status and pain in brest cancer patients. **European Journal of Oncology Nursing**, n.24, 8-12, 2016.

✉ Contato do autor
Felipe Ferreira da Silva
felipeferreira034@gmail.com

Nutrição em pacientes oncológicos em cuidados paliativos: uma revisão bibliográfica

Giovana Parron Paim[1], Mariana Parron Paim[2], Ana Paula Gouvêa[1]

INTRODUÇÃO

Sabe-se que as doenças crônicas constituem a principal causa de morte no mundo, e, para aqueles pacientes considerados terminais, a assistência dos profissionais de saúde deve sempre visar à melhoria da sua qualidade de visa, ou seja, a prevenção e o alívio de sintomas que causem sofrimento, para gerar bem estar e autonomia ao doente. Nesse sentido, ao se tratar de nutrição e hidratação nesse grupo de pacientes surgem dúvidas sobre como manejá-lo.

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é discutir o manejo referente à nutrição e hidratação nos pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

MÉTODO

Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica realizada no portal Google Acadêmico com o uso da expressão "nutrição em pacientes paliativos". Foram obtidos como resultado da busca 1700 artigos, dos quais foram lidos os que continham as páginas de 1 a 12, entre os quais foram selecionados seis pela sua relevância no tema e por estarem relacionados especialmente com pacientes oncológicos paliativos, sendo excluídos artigos que não incluem esse tipo de paciente.

RESULTADOS

Em casos paliativos, a nutrição poderá apresentar diversos papéis. Um deles é prevenir efeitos colaterais das medicações e da radioterapia, como enjoos, náuseas, constipação, xerostomia, entre outros sintomas comumente relatados durante o tratamento. Além disso, ela retarda o aparecimento da síndrome de anorexia/caquexia, que piora o estado emocional do paciente. A nutrição nesse tipo de paciente também apresenta a função de ressignificar o alimento e as refeições, já que pode trazer prazer ao paciente e atuar como um meio de comunicação e interação familiar. Esse último item citado evidencia o papel social e emocional da alimentação, ou seja, a nutrição no paciente paliativo tem um papel muito além do fisiológico, devendo sempre priorizar o prazer pela ingesta alimentar e sua socialização com a família, ao minimizar, assim, o desconforto que a alimentação pode causar (1). Dessa forma, é imprescindível a comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente e seus familiares para se avaliar a vontade e comodidade da alimentação, pois nem sempre essa prática promoverá o conforto e o bem-estar dos pacientes, principalmente naqueles que utilizam técnicas de nutrição artificial (enteral ou parenteral) (2,3). Tanto a alimentação quanto a hidratação devem ser priorizadas por via oral em pacientes paliativos (4,5). Há também casos em que o mais adequado é suspender a alimentação por falta de benefício para o paciente (4). Ainda, estudos randomizados não mostraram ganhos com uma nutrição vigorosa na resposta tumoral e na sobrevida do paciente (4). A hidratação é importante, e sua falta pode causar confusão mental e desconforto; contudo, em paciente no final de sua vida, é difícil determinar o volume necessário para se obter esse resultado. Um ensaio randomizado de 2013 incluiu 129 pacientes com câncer avançado que receberam cuidados paliativos; eles foram aleatoriamente designados para receber hidratação parenteral (1 L de solução salina normal durante quatro horas diárias) ou placebo (100 mL por dia). Ao final, observou-se que não houve diferença entre os grupos de tratamento e controle nos escores de delírio ou sintomas de desidratação (pontuação composta de fadiga, mioclonia, sedação e alucinações) aos quatro ou sete dias. Também não houve diferença estatisticamente significativa na sobrevida global e que pacientes em ambos os grupos observaram melhora nos sintomas de desidratação no quarto dia, sugerindo que esses benefícios podem estar mais relacionados com o aumento da frequência de visitas e avaliações com enfermeiros pesquisadores ou com um efeito placebo, em vez do fornecimento de fluidos (6).

[1] Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
[2] Acadêmica de Nutrição da UFPel.

CONCLUSÃO

Portanto, deve-se encarar a dieta sempre como uma opção, não pressionando o paciente a se alimentar, e estimular a dieta e a hidratação por via oral sempre que possível. A nutrição deve ter como objetivo principal auxiliar na diminuição da ansiedade, trazer prazer, integração com o meio e bem-estar ao paciente. É importante lembrar, porém, que a recusa alimentar pode ser um manifestação de sintomas depressivos, devendo sempre ser investigada. Famílias que consideram a nutrição e a hidratação como tendo um valor simbólico que ultrapassa os limites da assistência médica devem ter seu ponto de vista respeitado, desde que não entre em conflito com os desejos expressos anteriormente expressos pelo paciente.

REFERÊNCIAS

1. Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Rev Dor. São Paulo, 2010 out-dez; 11(4): 282-288.
2. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009 set; 25 (9): 1875-1882.
3. Corrêa PH, Shibuya E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. Rev Bras de Cancerologia 2007; 53(3): 317-323.
4. Reiriz A.B., *et al.* Cuidados paliativos – há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? Rev Soc Bra Clin Med 2008; 6(4): 150-155.
5. Reis P.C. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. REVISTA NUTRÍCIAS 15: 24-27, APN, 2012.
6. Bruera E, Hui D, Dalal S, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. J Clin Oncol 2013; 31:111.

✉ Contato do autor
Giovana Parron Paim
giovana_paim@hotmail.com

O lúdico no cuidado a crianças com câncer hospitalizadas: percepção dos familiares

Juliana Amaral Rockembach[1], Rosani Muniz[2], Deisi Cardoso Soares[3]

INTRODUÇÃO

A internação hospitalar na infância pode ser vista como uma experiência traumática, afasta a criança do seu cotidiano, promove vivências dolorosas, podendo aflorar sensações de passividade, angústia e medo. Faz-se necessário compreender que a atenção hospitalar em oncologia pediátrica deve ser diferenciada, levando em conta todas as características envolvidas no processo de ser criança, entre elas o ato de brincar. O lúdico está intrínseco na criança, uma vez que é a sua maneira de interatuar com o mundo e manifestar sua personalidade (1)

O ato de brincar é uma tentativa de transformação no ambiente hospitalar. Sendo assim, acredita-se que o lúdico é capaz de trazer melhorias no cuidado prestado às crianças, uma vez que é capaz de dar suporte em sua adaptação, aceitação e autonomia frente ao processo de hospitalização. O ato de brincar pode ser visto como ferramenta mediadora, na tentativa de aproximar o universo hospitalar do universo infantil (2).

OBJETIVO

Verificar a relevância de atividades lúdicas durante a internação da criança em uma unidade pediátrica.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Os sujeitos foram pais de crianças internadas que contemplaram os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram: ter filho internado na Unidade Pediátrica no momento do estudo, ter filho com diagnóstico de câncer de qualquer tipo, concordar em participar do estudo. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. Previamente à coleta de dados, foram realizadas atividades lúdicas no cuidado às crianças. Durante o período de internação, foi utilizada uma abordagem com o uso de brinquedos terapêuticos, fantoches e histórias. Tais técnicas foram inseridas previamente a algum procedimento invasivo, para explicar à criança a técnica e sua importância, utilizando a linguagem infantil. Além disso, o uso do brinquedo e das brincadeiras propiciava um momento de conversa, para que a criança confiasse no profissional e relatasse como estava se sentindo. Após, foi aplicada como técnica de coleta de dados uma entrevista semiestruturada com os pais dessas crianças, na qual foram abordadas questões referentes à sua percepção relacionada à abordagem lúdica durante o tratamento de seu filho(a). As entrevistas foram realizadas em uma sala só com a pesquisadora e o participante, no dia anterior à alta hospitalar da criança. Os dados foram gravados com aparelho de áudio, transcritos e analisados de acordo com a análise operacional de Minayo (3). Neste estudo, foram mantidos os preceitos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, foi resguardado o anonimato dos participantes, sendo identificados pela silha P01, P02 e assim consecutivamente. Este estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPel sob o parecer 080/2012.

RESULTADOS

Os pais relataram as dificuldades encontradas na hospitalização de seus filhos, abordando que a criança demonstrou medo, saudade de casa e comoção, como pode ser visto nas falas expressas a seguir:

"Ah, é difícil pra ele porque ele tem medo da medicação e também sente falta da família." (P01)

"No começo ele ficou apavorado [...] Ele se comoveu de ver os bebês aqui, com a mesma coisa que ele, com acesso venoso no braço. Ele nunca tinha visto pessoas assim, vestidas de branco. Então pra ele tudo é novidade." (P02)

A adaptação é um processo difícil porque afasta a criança de sua família, amigos, seus brinquedos, além de enfrentar situações dolorosas e novas rotinas. Entretanto, nas falas a seguir pode-se notar que, com a utilização do lúdico, as crianças passaram a ver no hospital traços em comum com o seu universo particular.

"Ele tem se sentindo assim, parece que 'tá' em casa [...] No desenho ele demonstrou que ele gosta daqui, desse

[1] Enfermeira pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Mestre em Ciências da Saúde pela UFPel.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP).
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFPel.

hospital principalmente. Ele gosta e diz que é o melhor por causa da recreação." (P03)

"Ele tem ficado mais animado e te diz que 'tá' bem, que 'tá' se sentindo em casa." (P02)

As crianças se distraíam durante as brincadeiras e obtinham um momento para expressar aquilo que lhes causava temor, aliviando a tensão de estar dentro de um hospital. Além disso, a utilização de instrumentos lúdicos foi de suma relevância durante a aplicação de procedimentos técnicos e terapêuticos, na qual passaram a ver o profissional como alguém que estava ali para ajudar. Dessa forma, compreendiam a importância de tal medida para sua recuperação e tornaram-se mais à vontade, seguros e colaborativos.

"As brincadeiras distraem bastante [...] meu filho agora já sorri. Ele estava triste e agora ele 'tá' sempre rindo, já ficou empolgado [...] São coisas assim que acho que tem que continuar porque ajudam muito as crianças no hospital." (P02)

Observou-se que a utilização do brinquedo foi capaz de auxiliar na adaptação na unidade, gerar mudanças de comportamento, criar bons vínculos com a equipe de saúde, bem como auxiliar durante os procedimentos. Acredita-se que tais benefícios sejam importantes para um melhor prognóstico e precaução de possíveis traumas futuros.

CONCLUSÃO

Percebeu-se a necessidade inerente de levar a ludicidade para o universo hospitalar, aproximando-o com o mundo infantil. O brinquedo tornou-se peça fundamental, sendo capaz de prover melhor adaptação, redução de ansiedade, medo, agressividade e tristeza, além de melhorar a aceitação para a realização de procedimentos dolorosos, tornando o momento menos impactante para a criança. Assim, o ambiente hospitalar se tornou menos hostil e ameaçador, facilitou a adesão ao tratamento, fatos comprovados pelo sorriso e pela participação das crianças nas brincadeiras.

REFERÊNCIAS

1. PIAJET, Jean. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. 4ª Ed. São Paulo: LTC, 2010.
2. Ribeiro CA, Borba RIH, Melo LL, Santos VLA. Utilizando o brinquedo terapêutico no cuidado à criança. In: Carvalho SD. **O enfermeiro e o cuidar multidisciplinar na saúde da criança e do adolescente**. São Paulo (SP): Atheneu; 2012. p.127-34.
3. MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento.** 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2012.

✉ Contato do autor
Juliana Amaral Rockembach
💻 ju.rockembach@hotmail.com

Risco carcinogênico associado ao consumo de carnes: uma revisão de literatura

Nathalia Helbig Dias[1], Elizabete Helbig[2]

INTRODUÇÃO

A International Agency for Research on Cancer (IARC) classificou, em 2015, carne processada como "carcinogênica para humanos" e carne vermelha como "provavelmente carcinogênica para humanos". O elevado consumo de carne pode estar relacionado ao aumento do risco de câncer colorretal, pancreático, estomacal, esofágico, prostático e mamário. As principais substâncias responsáveis por essa carcinogenicidade são: compostos N-nitrosos (NOC), hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (HAP) e aminas aromáticas heterocíclicas (AAH) (1, 2, 3). Sendo assim, o objetivo desta revisão de literatura é descrever o risco de desenvolvimento de câncer e os principais tipos de cânceres relacionados a compostos carcinogênicos presentes em carnes.

METODOLOGIA

Uma busca na literatura foi realizada na base de dados PubMed, com o corte temporal de 5 anos (2012 a 2017), usando os seguintes descritores: "*cancer and food*" e "*carcinogenic food*". Estudos realizados em animais foram descartados. Com relação ao idioma, foram considerados artigos publicados em português, espanhol e inglês. Dos 463 artigos identificados na busca, 234 resumos foram lidos e 18 artigos foram selecionados.

RESULTADOS

O alto consumo de ferro heme, presente em carnes, está relacionado à formação endógena de compostos N-nitrosos (NOC) no trato gastrointestinal. Esse elemento promove estresse oxidativo e dano ao DNA, aumentando o risco de câncer de esôfago, gástrico e colorretal (1, 4). As aminas aromáticas heterocíclicas (AAH) são encontradas em carnes cozidas e bem passadas. Quanto maiores a temperatura de preparo e a quantidade de creatina presente na carne, maior é a quantidade de aminas aromáticas heterocíclicas formadas (2). Os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (HAP) são gerados no processamento de carne e no preparo em altas temperaturas (grelhar, fritar e assar). A maior formação deste composto ocorre quando a carne está em contato direto com a chama (5).

Observações da corte Nurses Health Study II associaram o consumo de carne vermelha com aumento de câncer de mama em mulheres na pré-menopausa; os resultados, no entanto, não foram significativos quando consideradas as mulheres pós-menopausadas. A corte evidenciou menor risco de câncer de mama entre todas as mulheres com a substituição de carne vermelha por outra grande fonte de proteínas. Os mecanismos pelos quais carcinógenos presentes em carnes poderiam causar câncer de mama ainda são incertos (6).

Papaioannou (7) observou que um tipo específico de AAH induz proliferação de MCF-7 (células de câncer de mama responsivas a estrógeno) de forma tempo e dose-dependente, através da ativação de receptor de estrogênio alfa.

Um estudo promovido pela Netherlands Cohort Study associou o consumo de ferro heme ao risco de carcinoma de células escamosas do esôfago em homens (1). O câncer colorretal é uma neoplasia prevalente em países ocidentais. Sua associação com grande consumo de carne está bem estabelecida. Evidências experimentais sugerem que a microbiota intestinal possui papel na carcinogênese do câncer colorretal. A deficiência de butirato, um produto da fermentação da fibra dietética na flora intestinal, intensifica o potencial carcinogênico da carne. Ademais, dietas ricas em proteína e gordura animal favoreceram o enterótipo bacteroide, o qual está significativamente mais presente em pacientes com este tipo de câncer (8, 9).

CONCLUSÃO

Conclui-se que o processamento e o modo de preparo de carnes podem expor a população ao risco de desenvolvimento de câncer em diferentes locais do organismo. Portanto, é necessário reduzir o consumo de carne processada e encorajar medidas para reduzir a formação de compostos nitrosos (NOC), aminas aromáticas heterocíclicas (AAH) e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (HAP) durante

[1] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicida da Universidade Federal de Pelotas (FAMED/UFPel).
[2] Docente da Faculdade de Nutrição da UFPel.

a preparação do alimento, como evitar o contato direto da carne com a chama e grelhar a baixas temperaturas.

REFERÊNCIAS

1. KESZEI, A. P. Dietary N-nitroso compounds, endogenous nitrosation, and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes in the Netherlands Cohort Study. The American Journal of Clinical Nutrition, v. 97, n.1, jan. 2013.
2. HAMIDI, N. E. Polycyclic Aromatic Hydrocarbons (PAHs) and their Bioaccessibility in Meat: a Tool for Assessing Human Cancer Risk. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 17, n. 1, set. 2016.
3. SMET, S. Meat: The balance between nutrition and health. A review. **Meat Science**, v. 120, nº 1, abril 2016.
4. ZHUN, Y. Dietary N-nitroso compounds and risk of colorectal cancer: a case-control study in Newfoundland and Labrador and Ontario, Canada. British Journal of Nutrition, v. 111, n. 6, mar. 2014.
5. TRAFIALEK, J**.** Dietary exposure to meat-related carcinogenic substances: is there away to estimate the risk? **International Journal of Food, Science and Nutrition**, v. 65, n. 6, set. 2014.
6. FARVID, M. S. Adolescent meat intake and breast cancer risk. International Journal of Cancer, v.136, n. 8, abril 2015.
7. PAPAIOANNOU, M. D. The cooked meat-derived mammary carcinogen 2-amino-1-methyl-6-phenylimidazo [4,5-b]pyridine (PhIP) elicits estrogenic-like microRNA responses in breast cancer cells. **Toxicology Letters**, v. 229, n. 1, maio 2014.
8. O'KEEFE, S. J. Diet, microorganisms and their metabolites, and colon cancer. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, v. 13, n. 12, dez. 2016.
9. VIPPERLA, K. Diet, microbiota, and dysbiosis: a 'recipe' forcolorectal cancer. **Food & Function**, V. 7, n. 4, abril 2016.
10. BRYAN, N. S**.** Ingested nitrate and nitrite and stomach cancer risk: An updated review. **Food Chemical Toxicology**, v. 50, n. 10, out. 2012
11. CAPPELLANI, A. Strong correlation between diet and development of colorectal cancer. **Frontiers in Bioscience**, v. 18, n. 1, jan. 2013.
12. DOMINGO, J. L. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat: What about environmental contaminants? **Environmental Research**, v. 145, n. 1, dez. 2016.
13. HEBELS, D. G. A. J. Red meat intake-induced increases in fecal water genotoxicity correlate with pro-carcinogenic gene expression changes in the human colon. **Food and Chemical Toxicology***, v. 50, n. 2, fev. 2012*
14. HERNÁNDEZ, A. R. An estimation of the carcinogenic risk associated with the intake of multiple relevant carcinogens found in meat and charcuterie products. **Science of the Total Environment***, v. 514, n.1, maio 2015.*
15. HERNÁNDEZ, A. R. Consumption of organic meat does not diminish the carcinogenicpotential associated with the intake of persistent organicpollutants (POPs). **Environmental Science and Pollution Research***, v. 24, n. 5, fev. 2017.*
16. HOLTROP, G**.** Diet Composition Is Associated with Endogenous Formation of N-Nitroso Compounds in Obese Men. **The Journal of Nutrition Nutrient Physiology, Metabolism, and Nutrient--Nutrient Interactions**, v. 142, n. 9, jul. 2012.
17. POUCHIEU, C. Prospective association between red and processed meat intakes and breast cancer risk: modulation by an antioxidant supplementation in the SU.VI.MAX randomized controlled trial. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 5, jul. 2014.
18. WANG, Y. Mass Spectrometric Characterization of an Acid-Labile Adduct Formed with 2Amino-1-methyl-6-phenylimidazo[4,5b] pyridine and Albumin in Humans. **Chemical Research in Toxicology**, v. 30, n. 2, fev. 2017.

✉ Contato do autor
Nathalia Helbig Dias
helbignathalia@gmail.com

Tiazolidinonas derivadas do 4-(metiltio) benzaldeído e 4- (metilsulfonil) benzaldeído apresentam potencial terapêutico em linhagem de carcinoma de mama MCF-7

Taíse Rosa de Caravalho[1], Daniel Schuch da Silva[2], Juliana Hofstatter Azambuja[3], Wilson Cunico[4], Roselia Maria Spanevello[5], Elizandra Braganhol[6]

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a segunda neoplasia mais incidente entre as mulheres (1). Esta neoplasia compõe um grupo amplamente heterogêneo, propiciando diferentes respostas às terapêuticas utilizadas (2). Apesar de já existirem protocolos consolidados para esta patologia, cerca de 20% a 30% das pacientes desenvolvem recidiva em 10 anos e em torno de 40% são inicialmente diagnosticadas em estágio localmente avançado, resultando em terapêutica menos eficaz (3).

A classe de heterociclos das tiazolidinonas possui importantes atividades anti-inflamatórias e antitumorais já descritas, o que as tornam uma opção de potencial terapêutico interessante para neoplasia mamária (4,5). O potencial anti-inflamatório das tiazolidinonas possui impacto promissor sobre a atividade antitumoral devido ao fato de um ambiente pró-inflamatório estar relacionado ao crescimento e progressão tumoral (6).

OBJETIVO

O objetivo do estudo foi investigar a atividade antitumoral de uma série de tiazolidinonas em linhagem celular de carcinoma de mama MCF-7, e ainda investigar a atividade citotóxica destes compostos em linhagem de ovário CHO, protótipo celular.

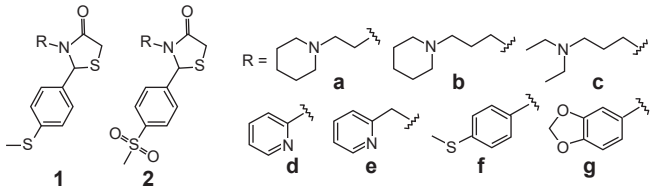


Figura 1. Estrutura química das tiazolidinonas derivadas do 4-(metiltio) benzaldeído e 4-(metilsulfonil)benzaldeído.

MÉTODO

Uma série de tiazolidinonas foi sintetizada de acordo com Silva *et al*, 2016 (7), a partir de reações multicomponentes, pelo Laboratório de Química Aplicada a Bioativos (LaQuiABio-UFPel) (7). As tiazolidinonas 1 são derivadas do 4-(metiltio)benzaldeído e as 2 são derivadas do 4-(metilsulfonil)benzaldeído, sendo cada estrutura designada com um código de letra, que indica um substituinte diferente na posição da amina envolvida na reação (Figura 1).

Para o tratamento *in vitro*, as tiazolidinonas foram dissolvidas em DMSO (solvente não tóxico para as linhagens utilizadas). As linhagens de MCF-7 e CHO obtidas no American Type Culture foram cultivadas em DMEM 10% e mantidas em estufa em condições pa-

[1] Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

[2] Graduado em Farmácia pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Mestre em Bioquímica e Bioprospecção pela UFPel. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Bioquímica e Bioprospecção da UFPel.

[3] Graduada em Biotecnologia pela UFPel. Mestre em Bioquímica pelo Programa de Pós-Graduação em Bioquímica e Bioprospecção da UFPel. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Biociências pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

[4] Graduado em Química Industrial pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutor em Química pela UFSM. Professor adjunto do Centro de Ciências Químicas, Farmacêuticas e de Alimentos da UFPel. Integrante do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Química e do Programa de Pós-Graduação em Bioquímica e Bioprospecção, da UFPel.

[5] Graduada em Ciências Biológicas pela UFSM. Mestre em Ciências Biológicas (Bioquímica Toxicológica) pela UFSM. Doutorado em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora adjunta de Bioquímica da UFPel. Bolsista em produtividade em pesquisa (Nível PQ 2) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Orienta no Programa de Pós-Graduação em Bioquímica e Bioprospecção da UFPel.

[6] Graduada em Farmácia pela UFRGS. Mestre em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela UFRGS. Doutora em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela UFGRS. Professora/pesquisadora e vice-coordenadora do Programa de Pós- Graduação em Biociências da UFCSPA.

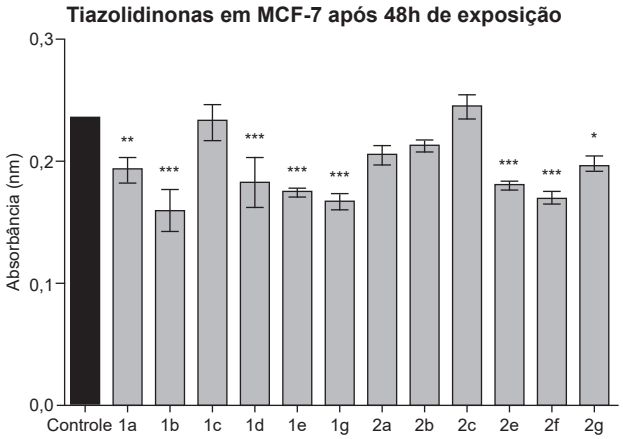


Figura 2. Viabilidade celular em MCF-7 após 48h de tratamento com tiazolidinonas. Análise pelo método do MTT. Absorbância proporcional à viabilidade celular ao fim das análises. *p<0,05

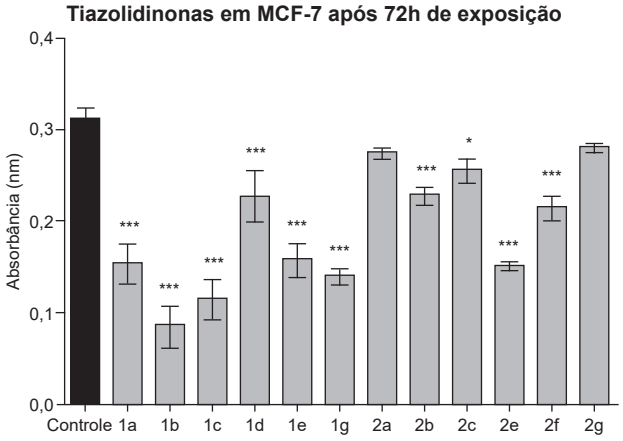


Figura 3. Viabilidade celular em MCF-7 após 72h de tratamento com tiazolidinonas. Análise pelo método do MTT. Absorbância proporcional à viabilidade celular ao fim das análises. *p<0,05

drão (5% CO_2, 37ºC e atmosfera umidificada). As células foram semeadas na quantidade de 5 x 10^3 células/poço em placas de 96 poços. Após semeadas, as placas foram mantidas em estufa por 24h e, posteriormente, foram expostas às tiazolidinonas na concentração de 100 μM. DMSO foi utilizado como controle. Após 48h ou 72 h de exposição às tiazolidinonas, a viabilidade celular restante foi determinada pelo método do 3-(4,5-dimetiltiazol-2yl)-2,5-difenil brometo de tetrazolina (MTT). O teste do MTT é um teste colorimétrico, o qual estima a quantidade de células metabolicamente viáveis através da clivagem de tetrazólio até cristais de formazan, processo que só ocorre quando há presença de mitocôndrias ativas e funcionantes. Foram realizados 3 experimentos independentes e, para estatística, foi utilizado o teste ANOVA, seguido do *post-hoc* de Tukey. Os dados foram considerados significativamente diferentes do controle para um $P \leq 0,05$.

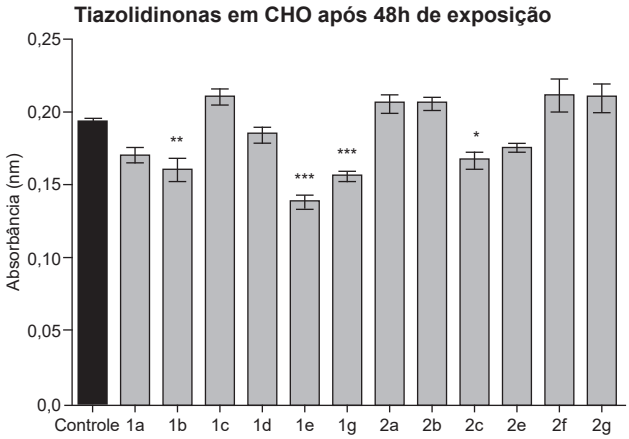


Figura 4. Viabilidade celular em CHO após 48h de tratamento com tiazolidinonas. Análise pelo método do MTT. Absorbância proporcional à viabilidade celular ao fim das análises. *p<0,05

RESULTADOS

Dentre as 12 tiazolidinonas estudadas, 8 apresentaram potencial de redução da viabilidade celular de MCF-7 em 48h. Entretanto, para este tempo, nenhuma das moléculas reduziu mais do que 40% da viabilidade (Figura 2).

Para o tempo de 72h, 10 moléculas reduziram a viabilidade celular de MCF-7 e, dentre estas, 6 reduziram 50% ou mais os níveis de viabilidade celular (Figura 3).

Ao testarmos as tiazolidinonas em CHO, para avaliar o potencial de toxicidade destas moléculas em células saudáveis do organismo, constatamos que apenas as moléculas 1b, 1e, 1g e 2c demonstraram toxicidade. As demais moléculas não demonstraram diferença significativa em relação ao controle, demonstrando segurança de uso (Figura 4).

CONCLUSÃO

As tiazolidinonas 1a, 1b, 1c, 1e, 1g, e 2e demonstraram importante potencial antitumoral em relação ao carcinoma de mama, sendo as moléculas 1a, 1c e 2e altamente seletivas na ação antitumoral, não demonstrando potencial danoso para o modelo de célula saudável, indicando segurança terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. TAO, Z; SHI, A; LU, C; SONG, T; ZHANG, Z; ZHAO; J. Breast Cancer: Epidemiology and Etiology. **Cellular Biochemistry and Biophysics.** Volume 72, p 333–338, 2015.
2. ZARDAVAS, D; IRRTHUM, A; SWANTON, C; PICCART, M. Clinical management of breast cancer heterogeneity. **Nature Reviews Clinical Oncology**. Volume12, p 381–394, 2015.
3. BUITRAGO, F; UEMURA, G; SENA, M. Prognostic factors in breast câncer. **Ciências Saúde**. Volume 22, p 69-82, 2011.
4. MACCARI, R; VITALE, R; OTTANA, R; ROCCHICCIOLI, M; MARRAZZO, A; CARDILE, V; GRAZIANO, A; AMODEO, P; MURA, U; DEL CARDOSO, A. Structure–activity relationships and molecular modelling of new 5-arylidene-4-thiazolidinone deriv-

atives as aldose reductase inhibitors and potential anti-inflammatory agentes. **European Journal of Medicinal Chemistry.** Volume 81, p 1-14, 2014.
5. TRIPATHI, Avinash. 4-Thiazolidinones: The advances continue... **European Journal of Medicinal Chemistry.** Volume 72, p 52-77, 2014.
6. LEIBOVICH-RIVKIN, T; LIUBOMIRSKI, Y; MESHEL, T; ABASHIDZE, A; BRISKER, D; SOLOMON, H; ROTTER, V; WEIL, M; BEM-BARUCH, A. The inflammatory cytokine TNFα cooperates with Ras in elevating metastasis and turns WT-Ras to a tumor-promoting entity in MCF-7 cells. **BMC Cancer**. Volume 14, 2014.
7. DA SILVA, D; DA SILVA, C. ; SOARES, M; AZAMBUJA, J; DE CARVALHO, T; ZIMMER, G; FRIZZO,C; BRAGANHOL, E; SPANEVELLO, R; CUNICO, W**.Thiazolidin-4-ones from 4-(methylthio)benzaldehyde and 4-(methylsulfonyl)benzaldehyde: Synthesis, antiglioma activity and cytotoxicity.** European Journal of Medicinal Chemistry, Volume 124, p 574-582, 2016.

✉ Contato do autor
Taíse Rosa de Carvalho
taisecarvalho_@hotmail.com