

ISSN 1517-8242

REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA



Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.4, n. 1-2, Janeiro - Dezembro / 2002



PUC-SP



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA
V.4 N.1-2 JANEIRO - DEZEMBRO 2002 - ISSN 1517-8242
Publicação Semestral da Faculdade de Ciências Médicas - CCMB/PUC-SP
SUMÁRIO/CONTENTS

EDITORIAL / EDITORIAL

TERAPIA GÊNICA
Marta Wey

III

ATUALIZAÇÃO / UPDATE

ATUALIZAÇÃO EM OSTEOPOROSE

Julio Cesar Gall

1

MORTE SÚBITA: CAUSAS, IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS SOB RISCO E PREVENÇÃO

João Pimenta

6

DISFUNÇÃO ERÉTIL

Leonardo Elras Messina

13

REVISÃO / REVIEW

ICTERÍCIA DO RECÉM-NASCIDO: ASPECTOS ATUAIS

José Lauro Araújo Ramos

17

TRATAMENTO DA ANEMIA COM ERITROPOETINA RECOMBINANTE HUMANA EM PACIENTES HEMODIALISADOS

Cinthy M. Ozawa, Delmo Sakabe, Eduardo Bertolli, Luiz Fernando A. L. Mantovani, Milca C. Chade, José Otávio A. Gozzano

31

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DO ESÔFAGO

Clóvis Duarte Costa

38

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

ESTUDO COMPARATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DO PESO E ESTATURA DE PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DE TURNER EM SITUAÇÕES CITOGENÉTICAS DIFERENTES

Carlos Alberto R. Colette, Frederico G. de Campos, Priscila C. Andrade, Rosália P. Padovani, Flávia G. Boschini, Júlio Boschini Filho

45

HIPOTENSÃO POSTURAL EM INDIVÍDUOS COM IDADE SUPERIOR A 60 ANOS

Marcos F. de Barros Filho, Rogério F. de Barros, Décio Luís P. de Campos, Delmo Sakabe, Hudson Hübner França

50

QUAL O DIAGNÓSTICO? / WHAT'S THE DIAGNOSIS?

DOR TORÁCICA HÁ VINTE DIAS

Ana C. Fávero, Fernanda Tassinari, Gustavo H. P. dos Santos, Luciana C. P. Ferreira, Valter A. Massiglia Filho, Mônica O. Bernardo,

José Rosalvo dos S. Maia

57

RELATO DE CASO / CASE REPORT

PSEUDOANEURISMA DO VENTRÍCULO ESQUERDO

José Carlos Rossini Iglesias

59

HISTOPLASMOSE PULMONAR

Alexandre Campos Moraes Amato, Rodrigo Braga Dichtchehenian, Marcos Galan Moillo

62

PONTO DE VISTA / VIEWPOINT

PODE-SE DIAGNOSTICAR FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA SEM UMA BIÓPSIA A CÉU ABERTO?

José Antônio Baddini Martinez

66

SOBRE A TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

José Carlos Menegacci

72

MEDICINA EM IMAGENS / IMAGES OF MEDICINE

DIAGNÓSTICO E RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO PLANA DE CRESCIMENTO LATERAL (L.S.T.) ATRAVÉS DA TÉCNICA DE MUCOSECTOMIA

J. L. Paccos, Rossini G. F., Averbach M., Comea P. A. F. P., Cutait R.

74

ESPAÇO ABERTO / FORUM

DIVAGAÇÕES SOBRE A VELHICE

José Rosemberg

75

EU E A FÍSICA

Edgar Steffen

83

VULTOS DA MEDICINA: ANTI-SEPSIA (PARTE 1)

José Carlos T. D. Ferreira

89

HISTÓRIA DA CIRCUNCISÃO

Saul Gun

92

O GUARDIÃO ANATÔMICO

Cristiano N. Albuquerque

93

COMO ESCREVER UM ARTIGO DE PERIÓDICO

Sueli Inês Pizzo

94

NOTAS DE LITERATURA / LITERATURE NOTES

“QUAL O NOSSO CONTRATO COM A SOCIEDADE?”

Lauro Martins Júnior

97

LEMBRA DAQUELA EPIDEMIA DE MENINGITE?

Carlos von Krakaue Hübner

98

INSTABILIZAÇÃO MÚLTIPLA, SIMULTÂNEA DE PLACAS ATROSCLERÓTICAS

Ricardo Cairo de Camargo

99

CARTAS / LETTERS

100

AGENDA / AGENDA

102

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO / INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

104



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA
V.4 N. 1-2 JANEIRO - DEZEMBRO 2002
Sorocaba - São Paulo - Brasil

Editor Chefe
Saul Gun

Co-Editores
Luiz Ferraz de Sampaio Neto
Hudson Hübner França

Corpo Editorial

Aarão Mendes Pinto Neto - UNICAMP
Agostinho Tavares - UNIFESP
Álvaro Avezum Júnior - Hosp. Albert Einstein
Antonio Carlos Guerra da Cunha - PUCSP
Antonio Lázaro Valeriani Marques - USP
Antonio Matos Fontana - PUCSP
Antonio Rozas - PUCSP
Ari Timernam - Inst. Dante Pazzanese de Cardiologia
Azzo Widman - USP
Bussamara Neme - PUCSP
Caio Rosenthal - Hosp. Emílio Ribas
Carlos Eduardo Suaide Silva - Centro de Cardiologia não Invasiva
Carlos Gun - UNISA
Carlos von Krakauer Hübner - PUCSP
Cibele Isaac Saad Rodrigues - PUCSP
Cleide Enoir Petean Trindade - UNESP
Clóvis Duarte Costa - PUCSP
Déborah Regina Cunha Simis - PUCSP
Dikran Armaganijan - Inst. Dante Pazzanese de Cardiologia
Edie Benedito Caetano - PUCSP
Edna Teruko Kimura - USP
Eric R. Wroclawski - Fac. de Medicina da Fund. do ABC
Fernando Antônio de Almeida - PUCSP
Fernando da Rocha Camara - UNESP
Francisco Carlos de Andrade - PUCSP
Gentil Alves Filho - UNICAMP
Gilberto Santos Novaes - PUCSP
Gilson Luchezi Delgado - PUCSP
Gladston de Oliveira Machado - PUCSP
Gonzalo Vecina - USP
Guido Arturo Palomba - Associação Paulista de Medicina - SP
Hamilton Aleardo Gonella - PUCSP
Izilda das Eiras Tâmega - PUCSP
Izonete Tereza Palmieri - PUCSP
João Luiz Amaro - UNESP
João Luiz Garcia Duarte - PUCSP
João Pimenta - Hosp. do Servidor Público do Est. De S. Paulo
Jorge Márcio Soranz - PUCSP
José Augusto Costa - PUCSP

José A. Marin Neto - Hosp. Universitário FMUSP
José Ben-Hur Ferraz Neto - USP
José Carlos Menegoci - PUCSP
José Carlos Rossini Iglesias - INCOR - SP
José Carlos Trindade - UNESP
José Eduardo de Siqueira - Fac. de Medicina de Londrina
José Eduardo Martinez - PUCSP
José Mauro da Silva Rodrigues - PUCSP
José Roberto Pretel Pereira Job - PUCSP
Linamara Rizzo Battistella - USP
Luiz Alberto Bechelli Heten - USP
Luiz Antônio Guimarães Brondi - PUCSP
Luís Camanho - USP
Marcela Pellegrini Peçanha - UNISO
Marcos Boulos - USP
Marcos Vinícius da Silva - Hosp. Emílio Ribas
Marcos V. Sadi - UNISA
Maria Cecília Ferro - PUCSP
Maria Helena Senger - PUCSP
Mário Cândido de Oliveira Gomes
Marisa Campos Moraes Amato - UNIFESP
Nabil Ghorayeb - Inst. Dante Pazzanese de Cardiologia
Neil Ferreira Novo - UNISA
Nelson Rodrigues Neto Júnior - UNICAMP
Paulo Paredes Paulista - Inst. Dante Pazzanese de Cardiologia
Reinaldo José Gianini - PUCSP
Roberto Antônio Pinto Paes - Fac. de Ciências Médicas da Santa Casa de S. Paulo
Rosana Maria Paiva dos Anjos - PUCSP
Salvador José Toledo Amada Amato - UNISA
Sami Arap - USP
Sérgio dos Santos - PUCSP
Sérgio von Krakauer Hübner - Centro de Estudos do Corpo e das Relações
Valentim Gentil Filho - USP
Vicente Spínola Dias Neto - PUCSP
Wagner Farid Gattaz - USP
William Abrão Saad - USP
William Saad Hosnne - UNESP

Secretaria Executiva

Daniel Horta Costa
Fernanda Tassinari
João Roberto Sala Domingues
Luiz Henrique Mazzonetto Mestieri

Revisão Bibliográfica

Isabel Cristina Feitosa de

Bibliotecária Responsável

Sueli Inês Pizzo

Diagramação

SZS Comunicação

Apoio

Editora da
PUCSP - EDUC

Impressão

Gráfica

Tiragem

2000 exemplares

ENDEREÇO PARA SOLICITAÇÃO DE EXEMPLARES, PERMUTAS E CORRESPONDÊNCIAS:

Biblioteca CCMB/PUC-SP: Pça. Dr. José Ermírio de Moraes, 290, Lageado, CEP 18030-230 Sorocaba/SP
e-mail: biblioteca@sorocaba.pucsp.br - Preço do exemplar: R\$ 5,00

HISTOPLASMOSE PULMONAR

Alexandre Campos Moraes Amato¹, Rodrigo Braga Dichtchekenian¹, Marcos Galan Morillo²

INTRODUÇÃO

A histoplasmoze é uma micose sistêmica associada a inúmeras síndromes clínicas, das quais, a mais freqüente é uma infecção respiratória semelhante à influenza, assintomática ou autolimitada; porém, pode se manifestar como doença pulmonar cavitária crônica, doença disseminada progressiva que afeta múltiplos órgãos, ou doença imunomediada do mediastino ou do olho. Apresenta como agente causador o *Histoplasma capsulatum*, um fungo dimórfico com duas variedades: *H. capsulatum* var. *capsulatum* (responsável pela histoplasmoze clássica) e *H. capsulatum* var. *duboisii* (causador da histoplasmoze africana).

A doença é adquirida através da inalação de partículas de poeira oriundas do solo contaminado com fezes de pássaros ou morcegos, que contêm pequenos esporos, a forma infecciosa do fungo.

Normalmente, o paciente apresenta tosse, febre, mal-estar, emagrecimento e adenopatia hilar com ou sem, uma ou mais áreas de pneumonite; mas, eventualmente, podem estar presentes gânglios cervicais e axilares patológicos, bem como eritema nodoso e outros tipos de *rash*.

A histoplasmoze é típica em zonas rurais, tropicais e temperadas, sendo verificada também, ao longo de rios e regiões ricas em cavernas. No Brasil, a Amazônia se destaca como a área de maior importância.

Histoplasmoze e tuberculose podem coexistir em um mesmo paciente e, muitas vezes, não se consegue estabelecer uma diferenciação radiológica entre elas. Frequentemente está associada a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e a situações nas quais se verificam alterações da imunidade celular, como na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, no uso de corticosteróides ou substâncias citotóxicas e secundária a transplantes de órgãos. A manifestação clínica em pacientes imunocompetentes é rara e a sua apresentação fora do meio rural é pouco freqüente. O caso relatado refere-se à presença de histoplasmoze

pulmonar em área urbana, acometendo indivíduo sabidamente HIV negativo.

APRESENTAÇÃO DO CASO

D.R.P., masculino, 59 anos, branco, casado, nascido em Graúna (SP), residente em Santo André há dez anos, porteiro de uma autorizada Volkswagen há dez anos. Queixa-se de dor no peito há um ano e meio. Paciente refere que há mais ou menos um ano e meio, iniciou uma dor em região esternal, com irradiação para todo tórax, em pontada, de média a forte intensidade, relacionada com o decúbito lateral esquerdo e sem relação com esforço físico, acompanhado de sudorese fria, sem náuseas e sem vômitos, melhorava com aspirina, às vezes, com duração de 24 horas com piora progressiva da intensidade. Com febre diária vespertina de 39°C, sudorese profusa durante a madrugada, com perda de 1Kg neste período.

Há seis meses procurou cardiologista onde realizou ECG, radiografia de tórax e exames de sangue. Após 15 dias, quando retornou, foi constatada alteração na radiografia de tórax, sendo orientado a usar AAS e a procurar um pneumologista para investigação, tendo realizado TC tórax, broncoscopia com lavado e biópsia inconclusivos. Em janeiro de 2000, fez uma toracotomia com biópsia de nódulo com diagnóstico de Histoplasmoze Crônica Pulmonar. Refere, ainda, falta de ar, chiado no peito, tosse seca esporádica. Nega *Diabetes Mellitus*, HAS, cardiopatias, pneumopatias. Internação há 30 anos, mais ou menos, por fratura de costela (atropelamento). Nega outras internações e tratamentos. Trabalhou na roça na infância; fábrica de fogos e cerâmica na adolescência; vinte anos na fábrica Ford, no setor de pintura (tintas +

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 4, n. 1-2, p. 62-65, 2002

1 - Acadêmicos do curso de Medicina - CCMB/PUC-SP.

2 - Médico Assistente do Serviço de Clínica Médica do Hospital Jaraguá, pós-graduando em Medicina - Hospital Jaraguá-SP.

solventes) e há dez anos como vigia da autorizada Volkswagen. Retirada de nódulo em perna direita há 40 anos, mas não sabe o tipo histológico da lesão. Tabagista por 45 anos, um maço e meio por dia. Parou há dois meses. Não é etilista. Mãe falecida aos 74 anos com cardiopatia isquêmica e pai aos 76 anos pelo mesmo motivo. Irmão com cardiopatia (50 anos). Filhos saudáveis.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, brevíssimo pele íntegra, panículo adequado, gânglios não palpáveis, osteomuscular normotrófico, cicatriz na face medial da perna direita, Pressão arterial: 120x70mmHg. Murmúrios vesiculares presentes com discretos roncos em base de hemitórax esquerdo. Bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros. Abdome distendido, dor discreta à palpação no flanco esquerdo. Consciente, orientado, não apresenta déficit motor ou sensitivo. Sem edema, presença de lesões interdigitais de pé direito. Com o diagnóstico em mãos, pudemos aguçar a anamnese e chegar ao motivo da infecção. O paciente, vigia de uma concessionária, dormia em seu expediente em cima de um papelão que ficava guardado a mercê de morcegos.



Figura 1: Radiografia simples do tórax, evidenciando um infiltrado no interstício alveolar difuso e bilateral, em maior predomínio no terço médio inferior, associado à área de hiperdensidade ovalar mal definidas.

Arcabouço ósseo íntegro. Observa-se infiltrado alveolar difusamente e bilateralmente, estando em maior predomínio no terço médio inferior, associado à área de hiperdensidade ovalar mal definidas, de natureza a esclarecer que podem ser nódulos. Seios e cúpulas frênicas livres. Aorta alongada. Pequeno aumento do índice cardíaco torácico.

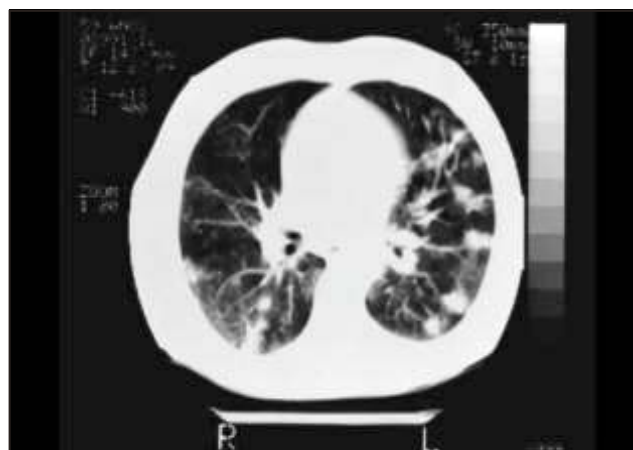


Figura 2: Tomografia computadorizada do tórax, evidenciando opacidades nodulares múltiplas em parênquima pulmonar bilateral.

O estudo tomográfico computadorizado do tórax, realizado sem a injeção EV de contraste iodado, com cortes axiais de 10mm de espessura e 10mm de incremento mostra: partes moles extratorácicas sem anormalidades; ausência de líquido livre na cavidade pleural bilateralmente; traquéia centrada; brônquios-fontes de calibre normal; aorta ascendente, croça e descendente de morfologia e dimensões normais; mediastino centrado, sem evidências de massas ou adenomegalias; opacidades nodulares múltiplas com contornos irregulares, tamanhos variados e traves densas, periféricas, em parênquima pulmonar bilateral: hilos preservados bilateralmente; ausência de calcificações patológicas.

Conclusão: opacidades nodulares múltiplas em parênquima pulmonar bilateral (secundárias?).

BIÓPSIA

Foram feitas duas biópsias, uma em 26/11/99 e outra em 5/1/00. O resultado da primeira biópsia transbrônquica, com pesquisa de BK e fungos foi: parede brônquica com discreta reação inflamatória crônica; parênquima pulmonar com tumefação de células de revestimento alveolar, discreta fibrose e discreta reação inflamatória crônica; não há granulomas. A pesquisa de fungos e de bacilos álcool-ácido-resistentes, por colorações especiais, resultou em negativo, não havendo sinais de malignidade. A coloração usada foi Hematoxilina-Eosina, Ziehl-Neelsen e Methenamine-Silver.

O resultado da Segunda biópsia foi do nódulo direito do pulmão direito: não há sinais de malignidade;

histoplasmose em tecido pulmonar; os fungos arredondados, com cerca de quatro micra de diâmetro, sendo corados pela técnica de Methenamine-Silver; os fungos estão localizados

no interior de granulomas, formados por células gigantes de tipo Langhans e por células epitelióides. Há difusa fibrose.

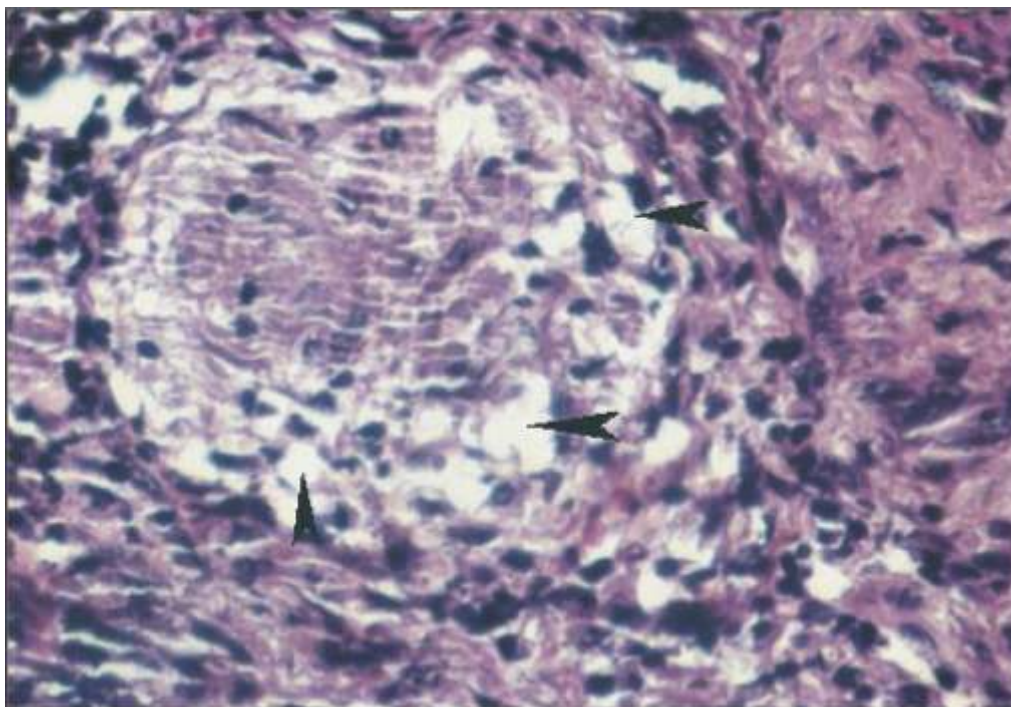


Figura 3: HE - núcleo de um granuloma, onde é possível notar estruturas não coráveis.

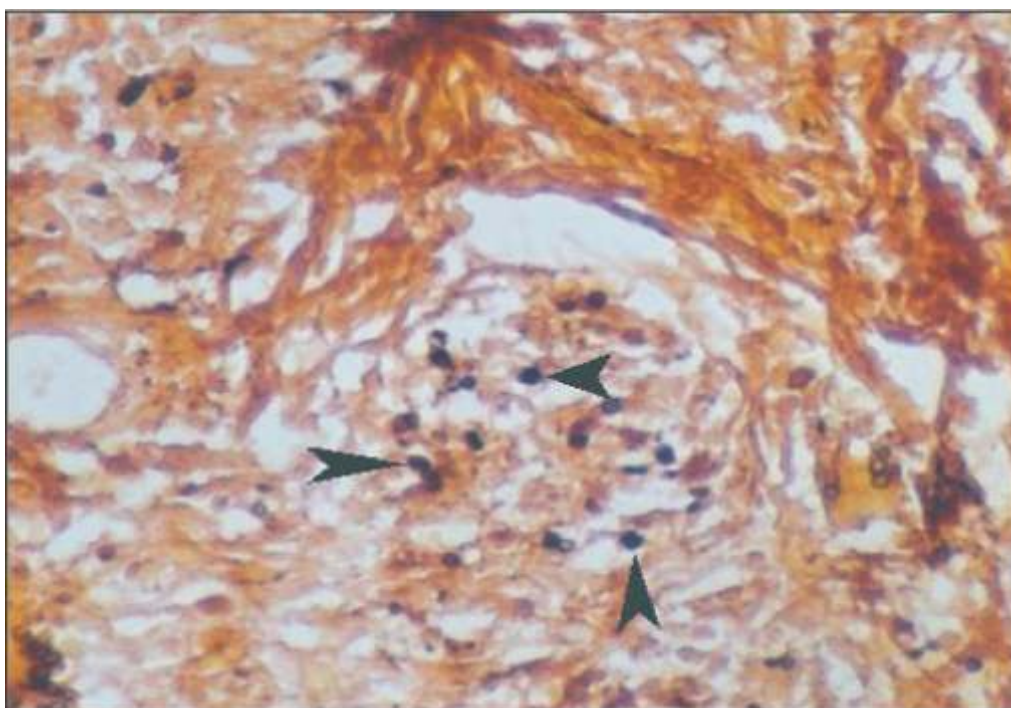


Figura 4: Methenamine-Silver - neste granuloma é possível perceber estruturas coradas em castanho, que são os fungos.

DISCUSSÃO DO CASO

Na biópsia do nódulo de pulmão direito, podemos perceber fungos arredondados, com cerca de quatro micra de diâmetro, corados pela técnica de Methenamine-Silver. Isto condiz com a literatura, que descreve que tais fungos têm seu tamanho variando entre dois a cinco μ m. Os fungos estão localizados no interior de granulomas, formados por células gigantes de tipo Langhans e por células epitelióides. Sabemos que infecções por *Histoplasma* produzem granulomas de células epitelióides, o que colabora com o diagnóstico.¹²

A biópsia é essencial para se descartar outros diagnósticos diferenciais como coccidioidomicose, tuberculose e sarcoidose.¹²

Na radiografia simples, de acordo com o consenso atual, na forma pulmonar crônica, pode haver envolvimento pleural, fibrose e contração do lobo ou segmento afetado com alteração no diâmetro do tórax e desvio do mediastino. Acometimento de linfonodos adjacentes aos brônquios por histoplasmose pode causar o colapso do lobo médio ou de outros segmentos pulmonares. Os segmentos apicais posteriores são acometidos e a cavitação é comum, persistindo, freqüentemente, por um longo período. Essas cavidades persistentes, muitas vezes, aumentam de tamanho gradualmente, podendo tornarem-se muito grandes. É comum o acometimento do pulmão adjacente e a fibrose pode tornar-se extensa.⁴ Mas, nesse caso, não encontramos essas alterações.

Lesões em placas ou nodulares mal definidas encontram-se espalhadas por toda extensão de ambos os pulmões, o que coincide com o caso relatado.⁴

De acordo com a literatura, na tomografia computadorizada (TC) pode-se verificar presença de nódulos localizados na região intra e interlobular do pulmão, que podem ter distribuição perivascular. A TC é um excelente método para demonstrar os efeitos da fibrose mediastinal.⁸ No caso, observamos

opacidades nodulares múltiplas com contornos irregulares, tamanhos variados e traves densas periféricas em parênquima pulmonar bilateral. Hilos preservados bilateralmente e ausência de calcificações patológicas. Não percebemos a fibrose mediastinal, mas os nódulos descritos na literatura estão presentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berkow R, Fletcher AJ. Manual Merck de medicina. 16ª ed. São Paulo: Roca; 1995. P.158-9.
2. Burgener FA, Korman M. Differential diagnosis in conventional radiology. 2ª ed. New York: Thieme; 1991. P.406-70.
3. Capone D, Wanke B, Monteiro PCF, Wanke B, Monteiro PC, Lazera MS, de Noronha Andrade G, do Valle AC. Chronic pulmonary histoplasmosis in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Mycopathologia* 1999; 145(2):75-9.
4. Crummy A, Juhl J. Interpretação radiológica. 6ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara-Koogan; 1996. P.738-41.
5. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, eds. Harrison medicina interna. 14ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998. P.1231-2.
6. Freundlich IM, Bragg DG. A radiologic approach to diseases of the chest. 2ª ed. Maryland: Williams & Wilkins; 1997. P.481-4.
7. Gill GN, Kokko JP, Mandell GL, eds. Cecil tratado de medicina interna. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1997. v.2. P.2004-8.
8. Grainger RG, Allison D. Grainger & Allison's diagnostic radiology: a textbook of medical imaging. 3ª ed. New York: Churchill Livingstone; 1997. v.1. P.320-30.
9. Groskin SA. O pulmão. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 1997. P.481-3.
10. Paciornik R. Dicionário médico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1978. P.310.
11. Prado FC, Ramos J, Valle JR. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento. 19ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. P.85-6.
12. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, eds. Patologia estrutural e funcional. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. P.289-90.
13. Severo LC. Histoplasmose mudando o entendimento epidemiológico no Rio Grande do Sul. Santa Casa Complexo Hospitalar. ISCMPA. Disponível em: <http://www.santacasa.org.br/revista/revista.asp?art=10> >1999.
14. Zanini AC, Oga S, Basile A, Follador W. Guia de medicamentos. 2ª ed. São Roque: Ipex; 1997. P.436-7.