



Memórias

BREVE HISTÓRIA DA CARDIOLOGIA DO HOSPITAL SANTA ISABEL



Dr. Roberto Buechle
> Cardiologista

O atendimento mais especializado a pacientes cardíacos começou com a vinda do Dr. Leopoldo Carvalho (in memoriam), graduado em 61 e iniciando suas atividades no Hospital Santa Isabel em princípios de 1962.

Em março de 1963, após um ano de estágio no Serviço de Cardiologia da 2ª Clínica Médica da USP (Serviço do Professor Luiz Venere Décourt) no Hospital das Clínicas, iniciei minha atividade médica em Blumenau; de início com consultório externo, mas atendendo os pacientes do Hospital que me eram referenciados; a partir de 1970, transferei o consultório para dentro do hospital.

Havia apenas como suporte tecnológico, o eletrocardiógrafo e o Rx do coração. Tínhamos como recursos, basicamente, o exame clínico, a escassa tecnologia e a terapia medicamentosa da época.

Assim caminhou a Cardiologia do Hospital até 1976, quando em 01/01/76, o Dr. Newton Mota entrou para o Serviço tornando-se responsável pela implementação da Unidade de Terapia Intensiva que, obviamente, também atendia pacientes cardiológicos.

Em 1979 (01/11) chega ao Hospital o Dr. Wálmore de Siqueira Júnior trazendo seu conhecimento em Ecocardiografia, ampliando nosso suporte tecnológico.

Em 1987 passa a fazer parte do grupo o Dr. Sérgio Zimmermann com expertise na área de arritmias.

O grupo aumenta com o s ingressos do Dr. Ricardo Beduschi (dez/91), Alexandre José Ferreira (1992), Marcos Vinicius Clausen Moura (1997), Flávio Hoffmann (1997) e Dr. Francisco Eduardo Cruz de Oliveira (1998 - in memoriam).

Em novembro de 1997 é inaugurada a UTI Coronariana, grande avanço no atendimento cardiológico.

Em 2000, um novo marco com a vinda do Hemodinamicista Dr. Adrian Paulo Morales Kormann, com sólida formação no Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese e que substituiu o Dr. Virgílio de Mares que vinha prestando serviço na área desde março de 1998.

Aos poucos aumenta o atendimento aos pacientes cardíacos com o ingresso dos seguintes profissionais: Dr. Alexandre Kloppel, Daniel Jung, Edson de Freitas, Frederico Ultramar, Giovani Stolf, Guilherme de Azevedo, James Alberton, Joelson Leite, Júlio César Canto, Marcelo Farinazzo, Maurício Ortiz, Maurício Bussolo, Nelson Kleimann Jr., Renato Paulino, Sílvio Clefti e Vinicius Leal.

Atualmente, a Cardiologia do HSI conta com cobertura tecnológica nas áreas de Cintilografia, Radiologia, Tomografia Computadorizada, Ecocardiografia dentro do Hospital e Ressonância Magnética e Angiotomografia em serviço conveniado.

O Setor de Hemodinâmica com os médicos Adrian Kormann, Frederico Ultramar e Marcelo Farinazzo cobre com reconhecida qualidade toda a parte diagnóstica e intervencionista.

A Cirurgia Cardíaca que mereceria um capítulo a parte, é representada pelos Drs. Frederico José DiGiovanni, Everton Varella, Newton José Martins Mota, Eduardo Moeller Mota e Ana Carolina Domanski complementando a parte resolutiva do atendimento cardiológico.

Neste rápido resumo, mostramos a evolução da estrutura de atendimento aos pacientes cardíacos no Hospital Santa Isabel, cuja qualidade orgulha Blumenau.

“Ser sábio é melhor do que ser forte; o conhecimento é mais importante do que a força.

Afinal, antes de entrar numa batalha, é preciso planejar bem, e, quando há muitos conselheiros, é mais fácil vencer.”

(Provérbio 24:5-6)

MITROFANOFF PRECOCE EM SÍNDROME DE PRUNE BELLY



Dra. Karine F Meyer

> Cirurgiã Pediátrica

> Professora na Universidade Regional de Blumenau (FURB)

Camila C Penedo

> Residente de Cirurgia Geral do Hospital Santa Isabel

Aline S Rusch

> Acadêmica de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (FURB)

INTRODUÇÃO

Síndrome de Prune Belly é uma doença rara, caracterizada pela tríade ausência ou hipoplasia de musculatura abdominal, criptorquidismo e mas formações do trato geniturinário.

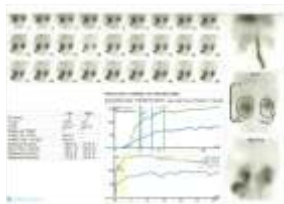
CASO CLÍNICO

RN, masculino, parto cesáreo com 38 semanas de gestação, oligodrâmio. USG morfológico neonatal uretero-hidronefrose bilateral. Ao nascimento, APGAR 10/10 diurese espontânea, evacuação presente. Ao exame físico: testículos não palpáveis bilateralmente e abdome em “ameixa”. Alta hospitalar com profilaxia para infecção urinária e acompanhamento com uropediatria.

USG de rins e vias urinárias no 2º dia de vida:

ureterohidronefrose grave bilateralmente e distensão vesical.

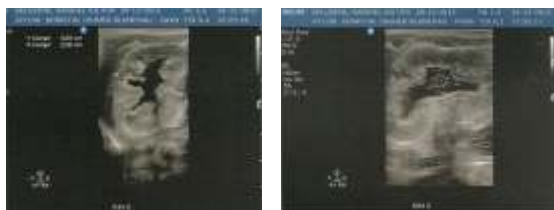
Uretrocistografia no 1º mês: bexiga de capacidade habitual, com irregularidade de contornos e divertículos na parede anterior projetando-se anteriormente; ausência de refluxo vesico-ureteral; dilatação da uretra prostática, membranosa e bulbar, com área de transição com calibre preservado na uretra bulbar distal, pequena quantidade de resíduo vesical pós-miccional. Repetidas ITUs nos primeiros meses de vida, mesmo com profilaxia contínua e parada no ganho ponderal. Não houve sucesso na sondagem intermitente uretral pela megalouretra.



DTPA pré- Mitrofanoff



Aspecto pré-operatório e da megalouretra



USG pré- Mitrofanoff

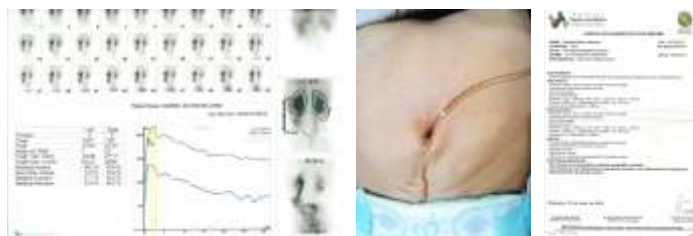
No 6º mês de vida realizado orquidopexia bilateral e apendico-vesicostomia continente (Mitrofanoff).

Mãe orientada quanto a sondagem intermitente de 3/3 horas durante o dia e sonda pelo Mitrofanoff fixa e aberta durante a noite.

Não apresentou mais ITU. DTPA no 30º pós-operatório com função glomerular preservada no rim esquerdo e deprimida em grau moderado no rim direito; padrão renográfico obstrutivo bilateralmente. DMSA com 1 ano de vida função renal diferencial de 37,4% no rim direito e 62,6% no rim esquerdo; função tubular relativa preservada bilateralmente e dilatação bilateral, maior a esquerda.

DPTA com um ano e seis meses função glomerular preservada em rim esquerdo e deprimida em grau discreto a moderado no rim direito; vias excretoras pérvias, dilatação das pelvis renais e ureteres, notadamente a esquerda.

USG de vias urinárias do mesmo período com rim direito com dimensões e aspecto ecográfico normais; rim esquerdo hidronefrose grau leve e espessamento da parede vesical.



DTPA pós Mitrofanoff

Aspecto pós-operatório

USG pós Mitrofanoff

CONCLUSÃO

Malformações geniturinárias da síndrome de Prune Belly geralmente são de caráter obstrutivo. Derivação urinária é o procedimento de escolha. Devido as alterações anatômicas da parede abdominal com a ausência de prensa, o Mitrofanoff mostra-se mais eficaz quando comparado à vesicostomia nestes pacientes, reduzindo a dilatação do sistema coletor.

REFERÊNCIAS

- Soren C, Pujhari P, Subbarao PV. Eagle-Barret syndrome: a case report. J Clin Diagn Res. 2012 Fev; 6(1): 128-9.
- Zugor V, Schott GE, Labanaris AP. The prune belly syndrome: urological aspects and long-term outcomes of a rare disease. Pediatrics Reports. 2012; 4(e20):18-81.
- Orrego AH, GonzálezPB. Síndrome de prune belly (ciruela pasa). Reporte de um caso. Medicina UPB. 2010; 29(2): 155-61.
- Quispe FM, Borda SVP, Céspedes DEV, Arduz EAH, Guzmán ON, Santiesteban WZ. Síndrome de prune belly: diagnóstico y manejo pre y posnatal. Presentación de dos casos. Gac Med Bol. 2013; 36(1):35-38.

PRECISÃO PARA
O MÉDICO,



TRANQUILIDADE
PARA O PACIENTE.

ecomax
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

EXIBIR TÉCNICO RESPONSÁVEL
Dr. Marco R. Rodasini - CRM 2009 - RQE 585

IMPLANTES AUDITIVOS CIRÚRGICOS



Dr. Tobia Garcia Torres
> Otorrinolaringologista

A Medicina vivência uma revolução no tratamento das perdas de audição. A introdução de um grupo de implantes auditivos ao arsenal terapêutico da otologia, supra-especialidade da otorrinolaringologia que estuda o ouvido e suas afecções, modificou paradigmas. Tornou possível a reabilitação de pacientes com perdas de audição que, até então, não eram atendidos pelos aparelhos auditivos convencionais ou pelos procedimentos operatórios existentes.

São implantes auditivos compostos por equipamentos eletrônicos e dispositivos que, por meio de procedimentos cirúrgicos, são implantados no paciente e suprem a deficiência auditiva. Destacam-se os implantes auditivos de ancoragem óssea e o implante coclear. Cada um com indicações clínicas específicas e protocolos de seleção bastante criteriosos.

Inúmeras alterações no sistema auditivo podem provocar perda de audição. Defeitos anatômicos que comprometem a transmissão do som do ambiente externo para o ouvido interno causam perdas auditivas condutivas; disfunções das células auditivas ou do nervo auditivo resultam em perdas auditivas neurossensoriais; e a combinação das duas alterações anteriores gera as perdas auditivas mistas.

Os implantes auditivos de ancoragem óssea são indicados para pacientes com perdas condutivas ou mistas que não podem utilizar aparelhos auditivos convencionais (ex. malformações congênitas do ouvido, sequelas de otites crônicas, alterações pós-cirúrgicas do ouvido, otites externas recorrentes). Fixados ao osso temporal, sob ou através da pele, os implantes, ao receberem sons externos, provocam vibração óssea e, assim, conseguem transmitir o estímulo sonoro diretamente ao ouvido interno. Esse princípio de funcionamento garante excelentes resultados auditivos, pois substitui totalmente a alteração anatômica do ouvido e estimula o ouvido interno saudável. Estão indicados para crianças a partir dos 5 anos de idade e adultos.

Outra indicação deste modelo de implante são os casos de surdez unilateral, ou seja, pacientes com perda de audição total em apenas um dos ouvidos. Nessa situação bastante específica, porém não incomum, as capacidades do paciente de localizar espacialmente a fonte sonora e compreender a fala em ambientes ruidosos estão bastante comprometidas. Também fixa-se o implante ao osso temporal, sob ou através da pele, do lado do ouvido doente, porém, nestes casos, o objetivo é transmitir o estímulo sonoro, pela vibração óssea, para o outro ouvido, o lado saudável, e fornecer ao paciente a sensação de estar ouvindo com os dois ouvidos.

Para pacientes com perda auditiva neurossensorial bilateral de grau

severo a profundo e que não possuem resposta auditiva com o uso de aparelhos de audição convencionais, está indicado o implante coclear. Equipamento eletrônico de alta tecnologia, cirurgicamente implantável, que substitui a função da cóclea, órgão auditivo do ouvido interno, despertando sensações auditivas por estimulação elétrica direta do nervo auditivo.

É composto por uma unidade externa e uma unidade interna. A unidade externa é visualmente muito semelhante a um aparelho de audição convencional, que tem como função captar os sons externos, processá-los em sinais e enviá-los à unidade interna. Esta segunda unidade é a parte verdadeiramente implantada durante a cirurgia. Recebe os sinais da unidade externa, transforma-os em impulsos elétricos e direciona-os ao seu feixe de eletrodos, posicionado dentro da cóclea, que, por sua vez, estimula as fibras nervosas do nervo auditivo que conduzem as informações ao centro auditivo do cérebro.

O resultado auditivo dos implantes cocleares varia para cada paciente e esta diretamente relacionado ao grau de estimulação da via auditiva durante a vida de cada indivíduo. Os melhores resultados são observados em pacientes com surdez pós-lingual, ou seja, pessoas que tinham audição normal e tornaram-se surdas depois de já terem desenvolvido fala e linguagem. Nesses casos, o implante coclear é inserido numa via auditiva amplamente estimulada e com nervo e centro auditivos que experimentaram plena atividade.

Excelentes resultados também são obtidos em pacientes que nascem surdos e são implantados até os 2 anos de idade. O tratamento precoce permite que o implante coclear estimule a via auditiva plenamente a ponto de se desenvolver de forma muito semelhante a de um paciente com audição normal.

Pacientes com surdez pré-lingual implantados mais tardiamente tendem a apresentar, de acordo com o tempo de privação sonora e as doenças associadas, ganhos auditivos menores.

Independentemente do histórico, todos os pacientes, para usufruírem dos benefícios do implante coclear, necessitarão, após o procedimento cirúrgico, de reabilitação auditiva intensiva e prolongada com fonoterapia específica.

O tratamento das perdas de audição evoluiu muito nos últimos anos devido à incorporação dos implantes auditivos, no entanto, o sucesso terapêutico desses novos recursos depende, fundamentalmente, da avaliação pormenorizada de cada paciente, da correta indicação do tipo de implante e da realização dos procedimentos cirúrgicos por profissionais treinados e capacitados para atuar na área das doenças do ouvido e dessas novas terapias.


DICAS DE PUBLICAÇÕES MÉDICAS

Abrimos este espaço, inclusive para vossas sugestões.

As publicações aqui divulgadas podem ser acessadas no Boletim que consta da página do Hospital Santa Isabel (www.santaisabel.com.br > "O Hospital" > Boletim Científico). Basta clicar no link:

 [AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES 2017](#)

 [New 2017 GOLD Guidelines for COPD Released](#)

 [FDA Drug Safety Communication: FDA restricts use of prescription codeine pain and cough medicines and tramadol pain medicines in children; recommends against use in breastfeeding women](#)



NEUROENDOSCOPIA

VENTRICULAR E SUA HISTÓRIA



Dr. Luis Renato Garcez de Oliveira Mello
> Neurocirurgia
> Doutorado em Neurocirurgia pela UNIFESP

A visão direta do sistema ventricular cerebral sempre foi um desejo dos neurocirurgiões, em especial quando os ventrículos se dilatam, isto é, na hidrocefalia. Os primeiros endoscópios remontam da segunda metade do século XIX, mas foi somente em 1910 que Viktor Lespinaze realizou a primeira cirurgia transventricular neuroendoscópica, utilizando um cistoscópio, para coagular o plexo coroide de duas crianças, no sentido de reduzir a produção de líquido e curar a hidrocefalia. Coube a Walter Dandy a partir de 1922, o uso clínico da endoscopia para tratar a hidrocefalia obstrutiva, utilizando o acesso frontal para abrir a porção anterior do terceiro ventrículo e/ou coagular o plexo coroide. Scarff, nos anos cinquenta, abriu a olho desarmado a lâmina terminal, na porção anterior do 3º ventrículo, drenando o LCR ao espaço subaracnóideo onde era reabsorvido.

A hidrocefalia, independentemente de suas causas, a partir da década de sessenta, foi tratada através de implante de cateteres ligados a reservatórios contendo válvulas, que drenavam o líquido ventricular geralmente para o peritônio. O procedimento denomina-se Derivação Ventrículo Peritoneal (DVP). As inúmeras complicações, revisões, infecções e obstruções destes sistemas, desde os mais simples aos mais sofisticados, estimularam o redescobrimto do uso do endoscópio no final do século XX. Com o advento da fibra ótica houve melhora acentuada nos sistemas de magnificação e iluminação, além dos formatos mais funcionais dos instrumentos, agora utilizados para acessos minimamente invasivos ao sistema ventricular e à base do crânio.

Alguns neurocirurgiões empregam o endoscópio também para auxiliar e complementar microcirurgias.



Aparelho de Neuroendoscopia (Neuroendoscópio)

A Neuroendoscopia atualmente é utilizada para dois acessos principais:

- Acesso aos ventrículos (Endoscopia Ventricular);
- Acesso transnasoesfenoetmoidal para ressecção de tumores da base de crânio (Endoscopia da Base do Crânio).

Indicações de Neuroendoscopia Ventricular

A - Hidrocefalia não comunicante ou obstrutiva: alterações do trânsito líquido no interior do sistema ventricular, aumentando a pressão e dilatando as cavidades, que ocorrem nas seguintes doenças:

1 - Estenose Congênita do Aqueduto que corresponde a dois terços dos casos de hidrocefalia neonatal e infantil. Há dilatação de ambos os ventrículos laterais e do terceiro ventrículo (hidrocefalia triventricular), com interrupção ou bloqueio parcial do aqueduto. O quarto ventrículo tem dimensões normais. É a indicação máxima para Terceiro Ventriculostomia Endoscópica (TVE). A cura deste tipo de hidrocefalia com a TVE interrompeu uma sequência de operações e re-operações causando muito sofrimento e danos neurológicos a pacientes submetidos a cirurgia de válvula;



Cateter de Fogarty, utilizado para abrir o infundíbulo.

2 - Malformações da fossa posterior:

a) Dandy-Walker: hipoplasia de vermis cerebelar com formação de cistos líquidos que determina hidrocefalia triventricular e obstrução do aqueduto;

b) Arnold Chiari: deslocamento do cerebelo para o interior do canal raquidiano cervical. Este deslocamento provoca compressão do 4º ventrículo e obstrução da saída do LCR. Nestes dois tipos de malformação, a resposta à

TVE é boa. Nos primeiros seis meses de vida, a resposta à TVE não é boa, havendo necessidade de se realizar inicialmente DVP; caso haja mal funcionamento da válvula, após 6 meses de idade, indica-se a TVE.

3 - Tumores intraventriculares que ocluem o trânsito líquido por efeito de massa ou obstrução dos Forames de Monro, do aqueduto ou do quarto ventrículo.

4 - Inflamações e infestações parasitárias do SNC, em especial a forma cística intraventricular da **neurocisticercose**. Algumas infecções bacterianas que formam septações e obstruções foraminais também respondem ao tratamento endoscópico.

B - Hidrocefalia comunicante de pressão normal ou Síndrome de Hakim

Adams: Nesta eventualidade clínica a dinâmica do líquido cefalorraquidiano processa-se normalmente dentro dos ventrículos, porém, a absorção líquórica extra-ventricular encontra-se prejudicada, gerando aumento gradativo do sistema ventricular, especialmente dos ventrículos laterais e terceiro ventrículo.

C - Cistos aracnoideos de convexidade: são cavidades líquóricas na convexidade cerebral, onde o líquido fica retido, causando compressão de córtex cerebral.

Técnicas Cirúrgicas em Endoscopia Ventricular

As principais são: Terceiro Ventriculostomia Endoscópica (TVE), Septostomia, Plastias de Forame de Monro e de Aqueduto, Ressecção e Abertura de Cistos e Ressecção e/ou Biópsia de Tumores Intraventriculares.

Terceiro Ventriculostomia Endoscópica:



Através de orifício de trépano ao nível da sutura coronal faz-se a penetração do endoscópio, incidindo a dura-máter, punccionando o corno frontal, atingindo o ventrículo lateral, o Forame de Monro e porção anterior do 3º Ventrículo onde se realiza abertura do infundíbulo, liberando o LCR na cisterna pré-pontina e posterior reabsorção.

Septostomias endoscópicas

Utiliza-se quando da necessidade de comunicar os ventrículos seja por obstrução inflamatória ou tumoral de um Forame de Monro ou pela presença de tumor.

Abertura e Comunicação de Cistos

Caso o cisto seja grande, no interior do parênquima, com comunicação ventricular, perfura-se o mesmo várias vezes impedindo-se seu preenchimento novamente.

O cisto colide do terceiro ventrículo é lesão frequente e pode ocluir severamente ambos os Forames de Monro, causando hidrocefalia progressiva. A cirurgia consiste na sua perfuração e ressecção cuidadosa.

Biópsia e Ressecção de Tumores

Alguns tumores como astrocitomas, ependimomas, neurocitomas, craniofaringeomas e meningiomas podem ser intraventriculares e sua ressecção ou biópsia ocorre com técnica endoscópica minimamente invasiva que, em mãos experientes, podem substituir a microcirurgia.

Experiência do Serviço de Neurocirurgia

Iniciamos a técnica em 2005 após realização de estágios e cursos práticos, já tendo realizado aproximadamente cem casos. A aquisição do material inicial foi com recursos próprios do Serviço de Neurocirurgia, porém, mesmo com bastante dificuldade, temos recebido apoio do HSI com aquisições de acessórios e reparos.

A maior parte dos casos operados são de Estenoses de Aqueduto em crianças e adultos jovens, muitas vezes após sucessão de revisões de válvulas, com elevado índice de cura e satisfação de pacientes. Alguns casos marcantes como cistos aracnoideos e tumores benignos intraventriculares, demonstraram a eficiência e a baixa invasividade da técnica.

EXPEDIENTE



Dr. Luis Renato Garcez de Oliveira Mello (Direção Clínica): e-mail
Dra. Jaqueline Akemi Okada (Vice-Direção Clínica): jaqueok@terra.com.br
Dr. Fábio Siquinelli (Presidência CEHOSI): cehosi@terra.com.br
Dr. Marcos De Toni (Coordenação COREME): ensino@santaisabel.com.br
Dr. Walter R. Teixeira (Conselho Médico): wakaiile@terra.com.br
Leticia Venera (Assessoria de Comunicação): comunicacao@santaisabe.com.br
Philippe Oliveira (Assessoria de Comunicação): comunic02@santaisabel.com.br