

# Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 10



Luis Henrique Almeida Castro  
Thiago Teixeira Pereira  
Silvia Aparecida Oesterreich  
(Organizadores)

Atena  
Editora

Ano 2020

# Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 10



Luis Henrique Almeida Castro  
Thiago Teixeira Pereira  
Silvia Aparecida Oesterreich  
(Organizadores)

  
Atena  
Editora  
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação:** Natália Sandrini

**Edição de Arte:** Lorena Prestes

**Revisão:** Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie di Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
 Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da saúde [recurso eletrônico] : campo promissor em pesquisa 10 / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Thiago Teixeira Pereira, Silvia Aparecida Oesterreich. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF  
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
 Modo de acesso: World Wide Web  
 Inclui bibliografia  
 ISBN 978-85-7247-992-9  
 DOI 10.22533/at.ed.929201102

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil.  
 I. Pereira, Thiago Teixeira. II. Castro, Luis Henrique Almeida.  
 III. Oesterreich, Silvia Aparecida.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Atena Editora  
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

O estado de saúde, definido pela *World Health Organization* (WHO) como o “completo bem-estar físico, mental e social”, é um conceito revisitado de tempos em tempos pela comunidade científica. Hoje, em termos de ensino e pesquisa, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), distribui a saúde em sete áreas do conhecimento, sendo elas: Medicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Saúde coletiva e Educação física que, juntas, possuem mais de sessenta especialidades.

Essa diversidade inerente possibilita um vasto campo para a investigação científica. Neste sentido, corroborando com seu título, a obra “Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 5” traz a publicação de cento e vinte e sete trabalhos dentre estudos de casos, revisões literárias, ensaios clínicos, pesquisas de campo – entre outros métodos quanti e qualitativos – que foram desenvolvidos por pesquisadores de diversas Instituições de Ensino Superior no Brasil.

Visando uma organização didática, este e-Book está dividido em seis volumes de acordo com a temática abordada em cada pesquisa: “Epidemiologia descritiva e aplicada” que traz como foco estudos populacionais que analisam dados de vigilância em diferentes regiões do país; “Saúde pública e contextos sociais” que trata do estado de saúde de coletividades e tópicos de interesse para o bem-estar do cidadão; “Saúde mental e neuropatologias” que disserta sobre os aspectos cerebrais, cognitivos, intelectuais e psíquicos que compõe o estado de saúde individual e coletivo; “Integridade física e saúde corporal” que engloba os textos dedicados ao estudo do corpo e sua influência para a saúde humana; “Cuidado profilático e terapêutico” que traz em seus capítulos os trabalhos voltadas às opções de tratamentos medicinais sejam eles farmacológicos, alternativos ou experimentais; e, por fim, tem-se o sexto e último volume “Investigação clínica e patológica”, que trata da observação, exame e análise de diversas doenças e fatores depletivos específicos do estado de saúde do indivíduo.

Enquanto organizadores, esperamos que o conteúdo aqui disponibilizado possa subsidiar o desenvolvimento de novos estudos que, por sua vez, continuem dando suporte à atestação das ciências da saúde como um campo vasto, diverso e, sempre, promissor em pesquisa.

Luis Henrique Almeida Castro

Thiago Teixeira Pereira

Silvia Aparecida Oesterreich

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
ACALASIA DE ESÔFAGO IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA	
Gabriela de Andrade Lopes	
Ana Raquel de Moura	
Flávio Formiga Fernandes	
Marcela de Oliveira Gonçalves Nogueira	
Sylvane Fernandes Santos Oliveira	
Taísa Leite de Moura e Souza	
Thais Carvalho Marinelli	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9292011021</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>10</b>
AÇÃO DO CAMPO ELÉTRICO ALTERNADO EXTERNO EM CÉLULAS TUMORAIS DE MELANOMA E EM FIBROBLASTOS NORMAIS	
Adriana Cristina Terra	
Monique Gonçalves Alves	
Laertty Garcia de Sousa Cabral	
Manuela Garcia Laveli	
Rosely Cabette Barbosa Alves	
Rosa Andrea Nogueira Laiso	
Maria Carla Petrellis	
Sérgio Mestieri Chammas	
Thais de Oliveira Conceição	
Durvanei Augusto Maria	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9292011022</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>22</b>
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: A PERCEPÇÃO DO FAMILIAR NO CUIDADO	
Pablo Randel Rodrigues Gomes	
Aline Barbosa Correa	
Elias Rocha de Azevedo Filho	
Wanderlan Cabral Neves	
Alberto César da Silva Lopes	
Marcondes Edson Ferreira Mendes	
Reila Campos Guimarães de Araújo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9292011023</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>37</b>
ASPECTOS GERAIS DA INFECÇÃO PELO VÍRUS HTLV-1	
Lennara Pereira Mota	
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa	
Gabriel Barbosa Câmara	
Elielton Sousa Montelo	
José Fabrício de Carvalho Leal	
Márcia Valeria Pereira de Carvalho	
Adryana Ryta Ribeiro Sousa Lira	
Jairo José de Moura Feitosa	
Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes	
Ionara da Costa Castro	
Lausiana Costa Guimaraes	
Francisco de Assis da Silva Sousa	
Nimir Clementino Santos	
José Nilton de Araújo Gonçalves	

**CAPÍTULO 5 ..... 43**

**CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE COM DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA CRÔNICA: RELATO DE CASO**

Pedro Castor Batista Timóteo da Silva  
Murilo Pimentel Leite Carrijo Filho  
José Henrique Cardoso Ferreira da Costa  
Caio Tasso Félix Falcão  
Gustavo Afonso Duque Padilha  
Daniel Felipe Moraes Vasconcelos  
Filipe Martins Silva  
Anna Paula Silva Araújo  
Maria Vitória Dias Martins Leite  
Gabriel Stevanin Pedrozo  
Johnnes Henrique Vieira Silva  
Luiz Ricardo Avelino Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.9292011025

**CAPÍTULO 6 ..... 45**

**CORRELAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO FATOR DE RISCO NA OBESIDADE INFANTIL**

Lennara Pereira Mota  
Miriane da Silva Mota  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Alyson Oliveira Coelho Moura  
Brenda Monise Silva Sousa  
Edilane Henrique Leôncio  
Arnaldo Leôncio Dutra da Silva Filho  
Leonel Francisco de Oliveira Freire  
Rai Pablo Sousa de Aguiar  
Ag-Anne Pereira Melo de Menezes  
Antonio Lima Braga  
Lillian Lettiere Bezerra Lemos Marques  
Mariana de Fátima Barbosa de Alencar  
Ana Beatriz Oliveira da Silva  
Erika Santos da Cruz  
Rhauanna Mylena dos Santos Castro  
Arquimedes Cavalcante Cardoso

DOI 10.22533/at.ed.9292011026

**CAPÍTULO 7 ..... 52**

**DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Lennara Pereira Mota  
Francisco de Assis da Silva Sousa  
Leonel Francisco de Oliveira Freire  
Carlos Magno da Costa Moura  
Caio Gomes Martins  
Déborah Resende Camargo  
Inara Correia da Costa Moraes Venturoso  
Nycolas Rangel da Silva Raul  
José Augusto Gonçalves Souza Neto  
Olenka de Souza Dantas Wanderley  
Sanderson Rodrigo do Nascimento Raiol  
Almir Barbosa dos Santos Filho

Taynara de Sousa Rego Mendes  
Mayara Amanda da Silva Baba  
Andre Luiz Monteiro Stuani  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa

**DOI 10.22533/at.ed.9292011027**

**CAPÍTULO 8 ..... 58**

DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PRINCIPAIS RISCOS DE GESTANTES ACOMETIDAS POR ANEMIAS CARENCIAIS

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho  
Hélio Mateus Silva Nascimento  
Francisco Reis Santos  
Thais Scerni Antunes  
Francisco de Assis da Silva Sousa  
Igor de Jesus Pereira da Silva  
Andressa Silva Almeida de Mendonça  
Aduyris Dorneles Souza Santos  
Christianne Rodrigues de Oliveira  
Juliana Pereira Nunes  
Ewerton Charles Barros Dias  
Luana Áquila Lima da Silva Oliveira  
Maurício Jammes de Sousa Silva  
Áirica Correia Costa Morais Querido  
Amadeu Luis de Carvalho Neto  
Elvilene de Sousa Coêlho

**DOI 10.22533/at.ed.9292011028**

**CAPÍTULO 9 ..... 66**

DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA SECUNDÁRIA A HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO

Annanda Carolina de Araújo Martins  
Petra Samantha Martins Cutrim  
Thaís Oliveira Nunes da Silva  
Illana Catharine de Araújo Martins  
Tácio Danilo Araújo Pavão  
José Albuquerque de Figueiredo Neto  
Daniela Serra de Almeida

**DOI 10.22533/at.ed.9292011029**

**CAPÍTULO 10 ..... 71**

DOENÇA DE CAROLI: REVISÃO SISTEMÁTICA

Maria Bianca da Silva Lopes  
Mirella Costa Ataídes  
Joessica katiusa da Silva Muniz  
Glaycinara Lima Sousa  
Jardenia Lobo Rodrigues  
Juliana Silva Carvalho  
Júlia de Souza Novais Mendes  
Lais Ferreira Silva  
Gilmara Santos Melo Duarte  
Iury Douglas Calumby Braga  
Hosana da Luz Bezerra Leite dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.92920110210**

**CAPÍTULO 11 ..... 82**

ESOFAGITE EOSINOFÍLICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Anna Cecília Viana Maia Cocolo  
Gabriela Costa Pinto  
Rafaella Coscarelli Fortes

**DOI 10.22533/at.ed.92920110211**

**CAPÍTULO 12 ..... 86**

ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA: ASPECTOS GERAIS E O USO DE MOLUSCICIDAS VEGETAIS COMO ALTERNATIVA PARA O CONTROLE

Luciana Patrícia Lima Alves Pereira  
Maria Cristiane Aranha Brito  
Fernanda Oliveira Sousa Araruna  
Felipe Bastos Araruna  
Marilene Oliveira da Rocha Borges  
Antônio Carlos Romão Borges  
Wellyson da Cunha Araújo Firmo  
Denise Fernandes Coutinho

**DOI 10.22533/at.ed.92920110212**

**CAPÍTULO 13 ..... 113**

FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO CÂNCER INFANTOJUVENIL: COMUNIDADES EXPOSTAS A AGROTÓXICOS NO CEARÁ

Isadora Marques Barbosa  
Diane Sousa Sales  
Érilaine de Freitas Corpes  
Isabelle Marques Barbosa  
Miren Maite Uribe Arregi  
Raquel Maria Rigotto

**DOI 10.22533/at.ed.92920110213**

**CAPÍTULO 14 ..... 125**

FEBRE TIFÓIDE: INFECÇÃO POR *SALMONELLA TYPHI*

Lenara Pereira Mota  
Francisco de Assis da Silva Sousa  
Leonardo Nunes Bezerra Souza  
Denise Coelho de Almeida  
Jemima Silva Kretli  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Íngria Correia da Costa Morais Modesto  
Olenka de Souza Dantas Wanderley  
Felipe Alior Fernandes Louzada de Almeida  
Ellen Saraiva Pinheiro Lima  
Isadora Borges Castro  
Karine Lousada Muniz  
Anielle Lima Martins Santos  
Tauane Vechiato  
Giselle Menezes Gomes  
Maria Divina dos Santos Borges Farias

**DOI 10.22533/at.ed.92920110214**

**CAPÍTULO 15 ..... 131**

FRATURA DO TIPO BLOW-OUT: RELATO DE CASO

Marina Pereira Silva

Killian Evandro Cristoff  
José Stechman Neto  
DOI 10.22533/at.ed.92920110215

**CAPÍTULO 16 ..... 137**

HANSENÍASE: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E AÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Naiane Marques da Silva de Filocreão  
Gilvana Rodrigues de Oliveira  
Mariana dos Santos Simões  
Mikaella Glenda Gouveia da Silva  
Naiane Helena Benmuyal Caldas  
Oberdan da Silva Fernandes  
Otávio Fernandes dos Reis Neto  
Mírian Letícia Carmo Bastos

DOI 10.22533/at.ed.92920110216

**CAPÍTULO 17 ..... 142**

HEPATITE COLESTÁTICA AGUDA POR USO DE UC-II + MOVE

Heloisa Cassiano da Fonseca  
Anna Beatriz Araújo Medeiros  
Cláudia Cristina Ferreira Alpes de Souza  
Pedro Henrique Melo Meneses  
Taísa de Abreu Marques Nogueira  
Arthur Ivan Nobre Oliveira  
Maria Gabriele Duarte Mendes

DOI 10.22533/at.ed.92920110217

**CAPÍTULO 18 ..... 145**

IMPETIGO DISSEMINADO

Tatiana Aparecida Holosback Lima  
Marcus Vinícius da Cruz Mendonça  
Ana Lúcia Lyrio de Oliveira  
Lettícia Neves Parreira  
Marina Franco Panovich  
Marjorie Bodevan Rodrigues Trute

DOI 10.22533/at.ed.92920110218

**CAPÍTULO 19 ..... 148**

INFLUÊNCIA DOS POLIMORFISMOS NA REGIÃO ESTRUTURAL (ÉXON 1) E REGIÃO PROMOTORA ( X/Y-221; H/L -550 ) DO GENE LECITINA LIGANTE DE MANOSE ( MBL2) NA GRAVIDADE DA FIBROSE PERIORTAL ESQUISTOSSOMÓTICA EM PERNAMBUCO

Taynan da Silva Constantino  
Elker Lene Santos de Lima  
Lidiane Regia Pereira Braga de Brito  
Jamile Luciana Silva  
Maria Rosângela Cunha Duarte Coêlho  
Maria Tereza Cartaxo Muniz  
Paula Carolina Valença Silva  
Ana Lúcia Coutinho Domingues  
Saulo Gomes Costa  
Ilana Brito Ferraz de Souza  
Bertandrelli Leopoldino de Lima  
Anna Laryssa Mendes de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.92920110219

<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>161</b>
LEVANTAMENTO ÁCARO FAUNÍSTICO EM POEIRA DOMICILIAR NA CIDADE DE ARAÇOIABA – PE	
Herivelton Marculino da Silva Auristela Correa de Albuquerque Ubirany Lopes Ferreira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.92920110220</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>177</b>
OTOTOXICIDADE INDUZIDA POR PLATINA A LONGO PRAZO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS	
Isabelle Santos Freitas Klinger Vagner Teixeira da Costa Anastácia Soares Vieira Isôlda Carvalho de Santana João Prudêncio da Costa Neto Leonardo Moreira Lopes Anna Carolina Alencar Lima Fernando Henrique de Oliveira Santa Maria Iêda Carvalho de Melo Marcelo Guimarães Machado Valéria de Paula Bartels Diegues	
<b>DOI 10.22533/at.ed.92920110221</b>	
<b>CAPÍTULO 22</b> .....	<b>183</b>
RELATO DE CASO: ABSCESSO PERIANAL COM FASCEÍTE NECROTIZANTE	
Ana Paula Pereira Miranda Grossi Alice Carneiro Alves da Silva Ana Cláudia Barros de Laurentys Ana Luiza de Magalhães Kopperschmidt Ana Luiza Prates Campos Thomás Santiago Lopes Furtado Diego Vieira Sampaio	
<b>DOI 10.22533/at.ed.92920110222</b>	
<b>CAPÍTULO 23</b> .....	<b>195</b>
RETRANSPLANTE HEPÁTICO TARDIO APÓS DISFUNÇÃO DE ENXERTO DE DOADOR VIVO: UM RELATO DE CASO	
Rafaela Ayres Catalão Maíra Mainart Menezes Mariana Luíza de Souza Amaral Maria Elisa Vilani Andrade Luana Albuquerque Pessoa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.92920110223</b>	
<b>CAPÍTULO 24</b> .....	<b>198</b>
REVISÃO DE LITERATURA – PROCESSO DE FORMAÇÃO DAS PLACAS ATEROSCLERÓTIAS E SUA RELAÇÃO COM O ENDOTÉLIO	
Francisco Inácio de Assis Neto Giovana Rocha Queiroz Naiara dos Santos Sampaio Carla Silva Siqueira Miranda Júlia de Miranda Moraes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.92920110224</b>	

**CAPÍTULO 25 ..... 207**

**SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EM UMA CRIANÇA DE 12 ANOS**

Francielly Anjolin Lescano  
Tuany de Oliveira Pereira  
Irlanda Pereira Vieira  
Kátia Flávia Rocha  
Angélica Amaro Ribeiro  
Lena Lansttai Bevilaqua Menezes  
Joelson Henrique Martins de Oliveira  
Eli Fernanda Brandão Lopes  
Michael Wilian da Costa Cabanha  
Jéssica Estela Benites da Silva  
Edivania Anacleto Pinheiro Simões

**DOI 10.22533/at.ed.92920110225**

**CAPÍTULO 26 ..... 212**

**SÍNDROME DE LOCKED-IN DEVIDO DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DAS ARTÉRIAS VERTEBRAIS:  
RELATO DE CASO**

Giuliana Maria Morais Gonzalez  
Ana Karoline de Almeida Mendes  
Maria Arlete da Silva Rodrigues  
Izabely Lima Assunção  
Thomás Samuel Simonian  
Myrela Murad Sampaio  
Gabriela Nogueira Motta  
Lucas Felipe Albuquerque da Silva  
Lethicia Maria Morais Gonzalez  
Danielle Brena Dantas Targino  
Osmir de Cassia Sampaio  
Daniel Geovane Silva Souza

**DOI 10.22533/at.ed.92920110226**

**SOBRE OS ORGANIZADORES..... 221**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 223**

## RELATO DE CASO: ABSCESSO PERIANAL COM FASCEÍTE NECROTIZANTE

*Data de aceite: 05/02/2020*

*Data de submissão: 04/11/2019*

### **Ana Paula Pereira Miranda Grossi**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Belo Horizonte – Minas Gerais

### **Alice Carneiro Alves da Silva**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Belo Horizonte – Minas Gerais

### **Ana Cláudia Barros de Laurentys**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Belo Horizonte – Minas Gerais

### **Ana Luiza de Magalhães Kopperschmidt**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Belo Horizonte – Minas Gerais

### **Ana Luiza Prates Campos**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Belo Horizonte – Minas Gerais

### **Thomás Santiago Lopes Furtado**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Belo Horizonte – Minas Gerais

### **Diego Vieira Sampaio**

Docente do Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; Médico e Cirurgião Geral do Hospital Alberto Cavalcanti; Coloproctologista pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

de pus localizada em tecido perianal. Apesar de apresentar diagnóstico e tratamento relativamente simples, uma porcentagem considerável dos casos é mal diagnosticada, principalmente pelo fato do atendimento inicial dos pacientes normalmente ser realizado por um médico não especialista. Uma complicação associada ao abscesso perianal com abordagem tardia ou inadequada é a fascite necrotizante, condição rapidamente progressiva e que apresenta alta mortalidade. A metodologia contempla o estudo de caso clínico-cirúrgico de paciente em hospital e em clínica em Belo Horizonte. Trata-se do relato de caso de paciente de 68 anos, sexo masculino, apresentando dor anal, edema e endurecimento da nádega esquerda. Em tratamento de abscesso perianal sem flutuação e com terapia antibacteriana, evoluiu para quadro de fascite necrotizante com queda do estado geral, febre, endurecimento das duas nádegas, ponto de drenagem na nádega esquerda e eliminação de secreção purulenta pelo ânus. Foi realizado desbridamento cirúrgico com cicatrização por segunda intenção e uso de alginato de cálcio, tendo apresentado boa resolução do caso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Necrose; Abscesso; Necrotizante; Desbridamento.

**RESUMO:** O abscesso perianal é uma coleção

**ABSTRACT:** Perianal abscess is a collection of pus located in perianal tissue. Despite having relatively simple diagnosis and treatment, a considerable percentage of cases are misdiagnosed, mainly because the initial care of patients is usually performed by a non-specialist doctor. The late or inadequate approach of perianal abscess is associated with necrotizing fasciitis, a condition that is rapidly progressive and is associated with high mortality rates. The methodology includes the clinical-surgical case study of a patient in a hospital and a clinic in Belo Horizonte. This is a case report of a 68-year-old male patient with anal pain, edema and left buttock induration. In treatment of perianal abscess without fluctuation and with antibacterial therapy, the patient developed necrotizing fasciitis with worsening of the general condition, fever, induration of both buttocks, drainage point on the left buttock and elimination of purulent discharge from the anus. Surgical debridement with secondary intention healing and calcium alginate was performed, with good resolution of the case.

**KEYWORDS:** Necrosis; Abscess; Necrotizing; Debridement.

### 1 | INTRODUÇÃO

O abscesso perianal é uma coleção de pus localizada em tecido perianal que ocorre em 70% das vezes devido à infecção das criptas glandulares. Essa infecção pode ser precipitada por microtraumas e estase fecal, formando criptas piogênicas que evoluem para o abscesso. Essa condição possui como fatores de risco: doença inflamatória intestinal, tabagismo, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), diabetes mellitus e outras doenças crônicas. Além disso, é mais comum em homens, com uma idade média de 40 anos (SAHNAN *et al.*, 2017). As supurações perianais apresentam uma incidência de 1-2:10000 habitantes por ano e representam cerca de 5% das consultas proctológicas (NETO *et al.*, 2016).

O quadro clínico apresentado pelos pacientes normalmente incluiu dor, inchaço e vermelhidão da região afetada, prostração, febre e calafrios. É importante fazer o diagnóstico correto e tratar o abscesso rapidamente, de preferência em até 24 horas, pois há risco de evolução para outras doenças, como a fascíte necrotizante e sepse (SAHNAN *et al.*, 2017). Também é muito comum a formação de fístulas associadas ao abscesso perianal, então é necessário procurar por elas com um exame proctológico (NETO *et al.*, 2016).

Entretanto, apesar de apresentar diagnóstico e tratamento relativamente simples, uma porcentagem considerável dos casos é mal diagnosticada, principalmente pelo fato do atendimento inicial dos pacientes normalmente ser realizado por um médico não especialista (NETO *et al.*, 2016).

A fascíte necrotizante, por sua vez, possui uma rápida progressão, com

intensa destruição tissular subcutânea e da fáscia superficial. Ela pode evoluir para sepse e falência múltipla de órgãos, apresentando altos índices de mortalidade, que variam de 13 a 30,8% no Brasil. Portanto, o diagnóstico precoce, juntamente com o tratamento adequado e agressivo são fatores determinantes no prognóstico do paciente (ABREU *et al.*, 2014) (DOS SANTOS *et al.*, 2018).

Assim como no abscesso perianal, são fatores de risco para a fascíte a presença de comorbidades associadas, como doenças crônicas e condições imunossupressoras. Mas também inclui uso de drogas endovenosas, alcoolismo, cirurgias, varicela em crianças, úlceras isquêmicas e de decúbito, psoríase, contato com pessoas infectadas por *Streptococcus* e traumas cutâneos (COSTA *et al.*, 2004).

Inicialmente, a fascíte manifesta com uma área eritematosa dolorosa que evolui para um edema importante, cianose local e formação de bolhas. A doença progride até essa área se tornar rapidamente demarcada, circundada por borda eritematosa e recoberta por tecido necrótico. A pele é inicialmente poupada, sendo comprometida com a extensão do processo necrótico (MOREIRA *et al.*, 2017) (COSTA *et al.*, 2004).

## 2 | OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo abordar a caracterização clínica, a sintomatologia, o diagnóstico e o tratamento do abscesso perianal complicado com fascíte necrotizante, bem como correlacionar com o relato de caso apresentado.

## 3 | MÉTODOS

Os materiais e métodos baseiam-se em coleta de dados no prontuário do paciente acompanhado em um hospital e em uma clínica de Belo Horizonte.

A introdução, discussão e conclusão foram embasadas em literaturas científicas para o tema. As buscas foram realizadas nas bases de dados Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*) e PubMed, onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito a obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão literária. Os descritores utilizados de modo associado e isolados foram: “Necrose”, “Abscesso Anal”, “Fasceíte Necrotizante” e “Desbridamento”.

## 4 | DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 68 anos, procurou o serviço de pronto atendimento queixando dor anal de cinco dias de evolução. Possui histórico de diabetes mellitus

(DM) tipo 2 e de hipertensão arterial sistêmica (HAS), fazendo uso de metformina, losartana e hidroclorotiazida. Na ocasião, após a avaliação do corpo clínico do hospital, o paciente foi diagnosticado com um provável abscesso perianal sem flutuação. Ele recebeu alta com antibioticoterapia (Ciprofloxacino + Metronidazol) e anti-inflamatório. Quatro dias após, o paciente retornou ao pronto atendimento com febre e queda do estado geral, apresentando dor, edema e endurecimento da nádega esquerda. Ele foi encaminhado para internação e iniciou-se a propedêutica. A tomografia computadorizada (TC) de pelve mostrou abscesso perianal dissecando o reto e o hemograma revelou uma leucocitose intensa (18.000/mm<sup>3</sup>).

No dia seguinte, após a avaliação da cirurgia plástica, foi prescrito curativo com Dermacerium (sulfadiazina de prata + nitrato de cério) a cada 12 horas, mantido a antibioticoterapia e solicitado uma interconsulta com a coloproctologia. Na avaliação da coloproctologia, o paciente apresentava endurecimento das duas nádegas, ponto de drenagem na nádega esquerda e eliminação de secreção purulenta pelo ânus. (Figura 1). Em tratamento de abscesso perianal sem flutuação, com terapia antibacteriana e antiinflamatória, o paciente evoluiu para o quadro de fascíte necrotizante. No bloco cirúrgico, com o paciente em decúbito ventral e sob raquianestesia, a coloproctologia realizou uma drenagem do abscesso perianal na nádega esquerda com desvitalização e debridamento extenso em ambas as nádegas, deixando as áreas abertas para cicatrização por segunda intenção. A ferida do glúteo direito apresentou uma área de 10 cm x 7 cm e a do glúteo esquerdo 12 cm x 10 cm. (Figura 2).



Figura 1: Pré-operatório da cirurgia realizada pela coloproctologia.

Fonte: acervo pessoal.



Figura 2: Após o procedimento de desvitalização e debridamento das nádegas.

Fonte: acervo pessoal.

O Dermacerium foi mantido, iniciada antibioticoterapia oral com Ceftriaxona + Metronidazol, por dez dias, e o paciente foi encaminhado para acompanhamento com o Centro Avançado no Cuidado de Feridas para maiores cuidados com os curativos, local no qual permaneceu internado por mais dez dias. (Figura 3). Durante a internação, não houve adaptação ao curativo a vácuo, então se optou pelo uso de alginato de cálcio. Passados o total de quinze dias de internação, o paciente recebeu alta com boa resolução do caso.





Figura 3: Paciente em acompanhamento com o Centro Avançado no Cuidado de Feridas.

Fonte: acervo pessoal.



Figura 4: Aspecto das feridas na consulta de retorno de pós-operatório.

Fonte: acervo pessoal.

Na semana seguinte, o paciente retornou ao consultório da coloproctologia para o acompanhamento de pós-operatório. As feridas estavam em ótimo aspecto com notada diminuição das áreas cruentas. (Figura 4). Foi solicitado um retorno em duas semanas e o paciente foi encaminhado para o ambulatório de cirurgia plástica. Após um mês, a ferida evoluiu com cicatrização completa.

## 5 | DISCUSSÃO

O abscesso perianal é o tipo mais comum de abscesso anorretal e é causado, em sua maioria, por uma obstrução e posterior infecção das criptas glandulares retais ou anais. Além de causar intenso desconforto para os pacientes, essa condição é caracterizada por um inchaço e vermelhidão da área afetada, bem como prostração, calafrios e constipação ou diarreia (GOSSMAN *et al.*, 2019) (SAHNAN *et al.*, 2017).

Na maioria dos casos, apenas o exame físico é necessário para a elaboração do diagnóstico. Em pacientes com um quadro menos típico, por outro lado, pode-se solicitar uma tomografia computadorizada (TC) ou uma ressonância magnética (RM), sendo esse último o melhor exame de imagem, devido à maior sensibilidade para detecção de pequenos abscessos em pacientes imunossuprimidos. Além disso, pode-se solicitar a realização de um hemograma, que na maioria das vezes revela uma leucocitose; a sua ausência, porém, não exclui o diagnóstico e nem implica em menor gravidade do quadro (GOSSMAN *et al.*, 2019).

O abscesso perianal possui como tratamento padrão a incisão e drenagem da região afetada, procedimento que deve ser feito mesmo nos casos onde não haja manifestações clínicas de flutuação. A incisão realizada deve ser ampla e feita no ponto máximo do incômodo, a fim de eliminar as secreções e tecido necrótico e reduzir, assim, a dor sentida pelos pacientes. Após o procedimento cirúrgico, não se faz necessário o uso de antibioticoterapia, a menos que o paciente seja imunodeprimido, diabético, possua celulites extensas, patologia valvar ou apresente uma evolução adversa do quadro (MARTINS; PEREIRA, 2010). Além disso, pacientes diabéticos e portadores de outras doenças que levam à imunossupressão requerem cuidados especiais, de modo a coibir a evolução para infecções mais graves. A cicatrização de feridas após o procedimento cirúrgico deve ser acompanhada nos serviços especializados, uma vez que a drenagem inadequada da região pode levar a uma nova formação de um abscesso, sendo necessárias repetidas abordagens terapêuticas. Os casos mal diagnosticados ou mal conduzidos terapeuticamente podem evoluir com graves complicações, dentre as quais se destacam a fístula anal, sepse perianal e a fascíte necrotizante, condição com alta mortalidade (GOSSMAN *et al.*, 2019).

A fascíte necrotizante, por sua vez, consiste em uma infecção rara e rapidamente progressiva que afeta, primariamente, a fáscia e o tecido subcutâneo. Apesar de poder acometer qualquer região do organismo, ela é mais comumente encontrada na parede abdominal, membros e períneo (TEIXEIRA NETO, 2011).

Essa infecção pode ser classificada em quatro diferentes tipos, a depender dos achados microbiológicos encontrados. O tipo I, também conhecido como polimicrobial, é causado por microrganismos anaeróbios facultativos e obrigatórios, e normalmente encontra-se presente no tronco e na região perineal. O tipo II, também chamado de monomicrobial, é provocado por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, e acomete mais frequentemente os membros. Recentemente, com o aumento da incidência do *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), especialmente em usuários de drogas injetáveis, casos raros de infecções do tipo II por *Klebsiella* e por estreptococos do grupo B têm sido relatados (NAQVI; MALIK; JAN, 2009). O tipo III, por sua vez, é causado pelo *Clostridium*, bactérias gram-

negativas, *Vibrio spp.* ou *Aeromonas hydrophila*, e afeta comumente o tronco, membros e períneo; esse é o grupo que possui maior relação com episódios de traumas. O tipo IV, por fim, pode ser causado pela infecção por *Candida spp.* ou *Zygomycota*, atinge o tronco, membros ou períneo, e guarda estreita relação com quadros de imunossupressão (MISIAKOS *et al.*, 2014).

O principal fator etiológico descrito para o desenvolvimento da fascíte necrotizante é o trauma, normalmente decorrente de pequenas injúrias ou feridas cirúrgicas; apesar disso, sabe-se que 20 a 50% dos casos não podem ser atribuídos a nenhuma causa específica. Dentre as infecções intra-abdominais que mais frequentemente estão associadas ao quadro, destaca-se a apendicite supurada, infecção após o reparo de hérnias encarceradas, diverticulite perfurada, colecistite necrotizante, perfuração gastroduodenal e o câncer colorretal obstrutivo (MISIAKOS *et al.*, 2014). Além do trauma, diversas comorbidades podem estar relacionadas ao surgimento da fascíte, como a obesidade, tabagismo, alcoolismo, cirrose hepática, insuficiência renal, neoplasias e DM, sendo que essa última é especialmente encontrada no tipo polimicrobial da doença (VAN STIGT *et al.*, 2016).

Em relação à fisiopatologia, sabe-se que a invasão das bactérias ao tecido subcutâneo leva à produção e liberação de endo e exotoxinas, responsáveis por provocar destruição da fáscia e do tecido adiposo, e trombose microvascular, causando a isquemia do tecido. Essa isquemia, por sua vez, impede a destruição oxidativa das bactérias pelas células de defesa do organismo e diminui a disponibilidade dos antibióticos no local, o que explica a evolução para necrose liquefativa em estágios avançados. Em alguns casos mais graves pode haver, ainda, presença de choque séptico e falência múltipla de órgãos (NAQVI; MALIK; JAN, 2009).

O quadro clínico apresentado pelo paciente é bastante variável de acordo com o grau da infecção, e pode incluir eritema, aumento de sensibilidade da área, edema, endurecimento e isquemia da pele, bolhas hemorrágicas, febre, taquicardia, taquipneia e hipotensão. Nos estágios iniciais, os pacientes normalmente reportam uma dor intensa, que não pode ser explicada por uma lesão visível, uma vez que nesse estágio ainda não há comprometimento da pele. Essa dor, associada à outros sintomas inespecíficos como edema e eritema, normalmente levam o clínico à diagnosticar erroneamente o quadro como celulite. Nos estágios mais avançados, por sua vez, há ocorrência de endurecimento e flutuação da pele, bolhas hemorrágicas, necrose do tecido, e sintomas sistêmicos de infecção (DAPUNT *et al.*, 2013). Além disso, na forma fulminante da doença o paciente apresenta sintomas de choque séptico, com falência múltipla dos órgãos, e necrose extensa das partes moles. Apesar da tríade clássica da doença ser composta por dor, edema e eritema locais, os principais parâmetros que auxiliam na exclusão de possíveis diagnósticos

diferenciais consistem na taquicardia, febre seguida de hipotensão e taquipneia (MISIAKOS *et al.*, 2014).

O tratamento da fascíte necrotizante consiste na exploração cirúrgica e desbridamento precoce e agressivo do tecido necrótico, associado à antibioticoterapia empírica de amplo espectro e suporte hemodinâmico. O estudo radiográfico não deve atrasar o tratamento cirúrgico quando houver rápida progressão das manifestações clínicas e suspeita clínica, particularmente em pacientes de alto risco, como pacientes imunocomprometidos, diabéticos ou pós-cirúrgicos. A administração de antibioticoterapia sem realizar o desbridamento está associada a uma taxa de mortalidade próxima de 100% (ANAYA; DELLINGER, 2007).

O objetivo do manejo cirúrgico é realizar o desbridamento de todo tecido necrótico até que o tecido saudável e viável seja atingido. É de suma importância que esse procedimento seja realizado precocemente, antes de 24 horas de internação ou nas primeiras 6 horas após diagnóstico, para se evitar resultados insatisfatórios no tratamento e taxas de mortalidade mais altas. Por isso, realizar o desbridamento antes de encaminhar o paciente para um centro de referência em queimaduras ou instituição semelhante, com um ambiente multidisciplinar, resulta em redução da mortalidade em comparação com pacientes que são encaminhados sem nenhuma intervenção. Além disso, o aumento da idade (>50 anos) e aumento da creatinina sérica (>1,2 mg/dL) também são fatores de risco associados à mortalidade (WONG *et al.*, 2004) (HADEED *et al.*, 2016) (KALAIVANI *et al.*, 2013).

Apesar do desbridamento cirúrgico, os patógenos ainda estarão presentes na ferida e contribuirão para retardar a cicatrização. Curativos antimicrobianos são frequentemente usados para minimizar a carga de micróbios na ferida e mitigar esses efeitos. Quando as trocas de curativos são frequentes, prioriza-se o uso de hipoclorito de sódio alternado a 0,025% (solução Dakin 1:20 diluída em água ou solução salina estéril) e PHMB / betaína (Prontosan) como uma imersão anti-séptica. Solução de acetato de mafenida ou iodo povidona são soluções anti-sépticas tópicas alternativas. Além disso, o curativo com alginato de cálcio pode ser utilizado nas feridas abertas atamente exsudativas, uma vez que possui elevado poder de absorção e promove estímulo à granulação (FRANCO; GONÇALVES, 2007).

A terapia de ferida por pressão negativa (TFPN), também chamada de fechamento de ferida assistida por vácuo, refere-se a sistemas de curativos que aplicam de forma contínua ou intermitente pressão subatmosférica a uma substância de enchimento (espuma ou gaze) colocada na superfície de uma ferida. A TFPN provou ser um excelente método, uma vez que facilita a capacidade do paciente de se movimentar com um curativo seguro e menos volumoso. A TFPN está contraindicado nas seguintes situações: estruturas vitais expostas, infecção em andamento, pele frágil (devido à idade, uso crônico de corticosteroide ou distúrbio

vascular do colágeno), presença de tecido maligno, tecido desvitalizado, alergia ao adesivo e feridas isquêmicas (SUMPIO *et al.*, 2008) (VENTURI *et al.*, 2005) (KAIRINOS *et al.*, 2009).

Em geral, o tratamento empírico da infecção necrotizante deve consistir em terapia antimicrobiana de amplo espectro, cobrindo microorganismos gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios, devendo ser iniciada após a obtenção de hemoculturas. Antibióticos aceitáveis para terapia empírica incluem: carbapenêmicos (imipenem, meropenem ou ertapenem) ou beta-lactâmicos associados com inibidores da beta-lactamase (piperaciclina-tazobactam, ampicilina-sulbactam ou tircacilina-clavulanato) mais vancomicina ou daptomicina mais clindamicina. Os antibióticos devem continuar até que não seja necessário desbridamento adicional e o estado hemodinâmico do paciente normalize, sendo que a sua duração deve ser adaptada às circunstâncias individuais do paciente (STEVENS *et al.*, 2005).

A oxigenoterapia hiperbárica (OTH) adjuvante pode diminuir a mortalidade e limitar a extensão do desbridamento na fascíte necrotizante. Quando usada para tratar infecções agudas, a OTH adjuvante deve ser implementada precocemente, com duas a três sessões diárias de 90 minutos de OTH a 3 atm. Essas altas pressões mantêm a tensão do oxigênio no tecido acima de 300 mmHg, suficiente para inibir a produção de esporos clostridiais e exotoxinas (WILLY; RIEGER; VOGT, 2012) (CREW *et al.*, 2013).

## 6 | CONCLUSÃO

O abscesso perianal é uma coleção de pus que ocorre, na maioria das vezes, devido à infecção das criptas glandulares. Representa uma patologia proctológica frequente nos prontos atendimentos. Seu conhecimento é fundamental, tanto por especialistas quanto por não especialistas, já que atrasos na abordagem diagnóstica e terapêutica estão relacionados com pior prognóstico e aumento da mortalidade. Destaca-se a importância de se realizar a incisão e drenagem da região afetada na abordagem do paciente, mesmo nos casos onde não haja manifestações clínicas de flutuação, para evitar que o abscesso evolua para complicações mais graves, como a fascíte necrotizante.

Por fim, em casos de evolução para fascíte necrotizante, é necessário realizar uma exploração cirúrgica, desbridamento do tecido necrótico, antibioticoterapia empírica de amplo espectro, suporte hemodinâmico e acompanhamento por um centro especializado em cuidados com feridas complexas.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Rone Antônio Alves de et al. **Síndrome de Fournier**: estudo de 32 pacientes do diagnóstico à reconstrução. *GED gastroenterol. endosc. dig*, 2014.
- ANAYA, Daniel A.; DELLINGER, Patchen E. **Necrotizing soft-tissue infection**: diagnosis and management. *Clinical Infectious Diseases*, v. 44, n. 5, p. 705–710, 2007.
- COSTA, Izelda Maria Carvalho et al. **Fasciíte necrosante**: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 79, n. 2, p. 211-224, 2004.
- CREW, JR et al. **Treatment of acute necrotizing fasciitis using negative pressure wound therapy and adjunctive neutrophase irrigation under the foam**. *Wounds*, v. 25, n. 10, p. 272-7, 2013.
- DAPUNT Ulrike et al. **Necrotising fasciitis**. *BMJ Case Rep*, 2013.
- DOS-SANTOS, Djoney Rafael et al. **Profile of patients with Fournier’s gangrene and their clinical evolution**. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 45, n. 1, 2018.
- FRANCO, Diogo; GONÇALVES, Luiz. **Feridas cutâneas**: a escolha do curativo adequado. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 2007.
- GOSSMAN, William et al. **Perianal abscess**. StatPearls Publishing 2019.
- HADEED, George J et al. **Early surgical intervention and its impact on patients presenting with necrotizing soft tissue infections**: a single academic center experience. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, vol. 9, n. 1, p. 22-7, 2016.
- KAIRINOS, Nicolas et al. **Negative-Pressure Wound Therapy II**: negative-pressure wound therapy and increased perfusion-just an illusion?. *Wound Healing Southern Africa*, v. 11, n. 1, p. 24-32, 2018.
- KALAIVANI, V. et al. **Necrotising soft tissue infection–risk factors for mortality**. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, v. 7, n. 8, p. 1662, 2013.
- MARTINS, I.; PEREIRA, J. C. **Supurações perianais: abscessos e fístulas anais**. *Rev Port Coloproct.* v.7, n.3, pp.118-124, 2010.
- MISIAKOS, Evangelos P. et al. **Current concepts in the management of necrotizing fasciitis**. *Frontiers in surgery*, v. 1, p. 36, 2014.
- MOREIRA, Daniel Rosa et al. **Terapêutica cirúrgica na síndrome de Fournier**: relato de caso. *Revista de Medicina*, v. 96, n. 2, p. 116-120, 2017.
- NAQVI, G. A.; MALIK, S. A.; JAN, W. **Necrotizing fasciitis of the lower extremity**: a case report and current concept of diagnosis and management. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, v. 17, n. 1, p. 28, 2009.
- NETO, Isaac José Felipe Corrêa et al. **Perianal abscess**: a descriptive analysis of cases treated at the Hospital Santa Marcelina, São Paulo. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, v. 36, n. 3, p. 149-152, 2016.
- SAHNAN, Kapil et al. **Perianal abscess**. *Bmj*, v. 356, p. j475, 2017.
- STEVENS, Dennis L. et al. **Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections**. *Clinical Infectious Diseases*, v. 41, n. 10, p. 1373-1406, 2005.
- SUMPIO, Bauer E et al. **Role of negative Pressure Wound Therapy in Treating Peripheral**

**Vascular Graft Infection.** SAGE journal. v. 16, n. 4, p. 194-200, 2008.

TEIXEIRA NETO, Nuberto et al. **Infecções graves de partes moles: relato de caso de fasciite necrotizante de face utilizando curativo a vácuo e revisão da literatura.** Rev. bras. cir. plást, v. 26, n. 2, p. 353-359, 2011.

VAN STIGT, Sander FL et al. **Review of 58 patients with necrotizing fasciitis in the Netherlands.** World Journal of Emergency Surgery, v. 11, n. 1, p. 21, 2016.

VENTURI, Mark L et al. **Mechanisms and clinical applications of the vacuum- assisted closure (VAC) device.** Am Journal Clin Dermatology. v. 6, n. 3, p. 185-194, 2005.

WHELAN, Christopher; STEWART, Jana; SCHWARTZ, Bradley F. **Mechanics of wound healing and importance of vacuum assisted closure® in urology.** v. 173, n. 5, p. 1463-1470, 2005.

WILLY, C.; RIEGER, H.; VOGT, D. **Hyperbaric oxygen therapy for necrotizing soft tissue infections:** Kontra. Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizin, v. 83, n. 11, p. 960-972, 2012.

WONG, Chin-Ho et al. **The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: a tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections.** Critical care medicine, v. 32, n. 7, p. 1535-1541, 2004.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Abscesso perianal 183, 184, 185, 186, 188, 189, 192  
Acalasia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 223  
Acalasia de esôfago idiopática 1, 223  
Ácaro faunístico 161, 163, 223  
Acidente vascular encefálico 22, 23, 35, 36, 200, 205, 217, 223  
Agrotóxicos 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 223  
Anemia carencial 60, 62, 223  
Artérias vertebrais 212, 213, 214, 215, 217, 223

### B

Blow-out 131, 132, 133, 135, 136, 223

### C

Campo elétrico alternado 10, 12, 223  
Câncer infantojuvenil 113, 114, 115, 223  
Carcinogênese 113, 114, 115, 120, 122, 223  
Carcinoma hepatocelular 43, 223  
Cirurgia bariátrica 52, 53, 54, 55, 56, 57, 223

### D

Disfunção miocárdica secundária 66, 223  
Dissecção espontânea 212, 213, 218, 223  
Doença de Caroli 71, 72, 77, 79, 80, 223  
Doença hepática alcoólica 43, 223

### E

Endotélio vascular 201, 203, 223  
Esofagite eosinofílica 82, 83, 85, 223  
Esquistossomose mansônica 86, 87, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 149, 160, 223  
Etiologia 2, 75, 79, 114, 205, 214, 223  
Éxon 1 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 223

### F

Fasceíte necrotizante 183, 184, 185, 186, 189, 190, 191, 192, 223  
Febre tifoide 126, 127, 128, 129, 223  
Fibroblasto 13, 223  
Fibrose periportal esquistossomótica 148

## G

Gene lecitina ligante de manose 148, 224

Gestante 64, 224

## H

Hanseníase 68, 137, 138, 139, 140, 141, 224

Hemocromatose 66, 67, 68, 69, 70, 224

Hipertensão arterial 2, 24, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 186, 198, 200, 202, 214, 215, 224

HTLV-1 37, 38, 39, 40, 41, 42, 224

## I

Impetigo 145, 146, 147, 224

## M

MBL2 148, 149, 150, 151, 152, 157, 158, 159, 160, 224

Melanoma 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 118, 224

## O

Obesidade infantil 45, 48, 49, 50, 224

Oftalmologia 37, 224

Ototoxicidade 177, 178, 179, 181, 224

## P

Patologia 38, 39, 41, 55, 72, 74, 79, 82, 84, 103, 107, 110, 127, 129, 138, 140, 157, 189, 192, 218, 224

Pediatria 50, 85, 124, 146, 147, 224

Placa aterosclerótica 206, 224

Platina 177, 178, 179, 180, 181, 224

Poeira domiciliar 161, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 172, 176, 224

Polimorfismo 149, 152, 156, 158, 159, 204, 224

## R

Refluxo 2, 7, 82, 83, 84, 85, 224

Refluxo gastroesofágico 2, 82, 83, 84, 85, 224

Relato de caso 1, 2, 43, 66, 68, 79, 80, 131, 142, 147, 183, 185, 193, 194, 195, 207, 208, 209, 211, 212, 224

Retransplante 195, 196, 224

Retransplante hepático 195, 224

## S

Salmonella typhi 125, 126, 127, 128, 129, 130, 224

Síndrome de Guillain-Barré 207, 208, 211, 225

Síndrome de locked-in 213, 215, 216, 217, 218, 225

## V

Vitamina D 52, 53, 54, 225

 **Atena**  
Editora

**2 0 2 0**