

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 Internazionale 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^a 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^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a 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^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof^a 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
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

CAPÍTULO 1	1
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	
DOI 10.22533/at.ed.9292011021	
CAPÍTULO 2	10
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	
DOI 10.22533/at.ed.9292011022	
CAPÍTULO 3	22
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	
DOI 10.22533/at.ed.9292011023	
CAPÍTULO 4	37
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
Adauyris 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

CAPÍTULO 20	161
LEVANTAMENTO ÁCARO FAUNÍSTICO EM POEIRA DOMICILIAR NA CIDADE DE ARAÇOIABA – PE	
Herivelton Marculino da Silva Auristela Correa de Albuquerque Ubirany Lopes Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.92920110220	
CAPÍTULO 21	177
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	
DOI 10.22533/at.ed.92920110221	
CAPÍTULO 22	183
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	
DOI 10.22533/at.ed.92920110222	
CAPÍTULO 23	195
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	
DOI 10.22533/at.ed.92920110223	
CAPÍTULO 24	198
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	
DOI 10.22533/at.ed.92920110224	

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 fascíte 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 fascíte 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/mm³).

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