

Jornal do Médico®

www.jornaldomedico.com.br

DIREITO MÉDICO NA CARDIOLOGIA

Prof. Dr. Renato Evando traz de maneira didática tudo o que o especialista deve saber

DRA. KLÉBIA CASTELLO BRANCO

As principais atualizações da cardiologia pediátrica para os especialistas da área

MÉDICOS ATLETAS X MAL SÚBITO

Cardiologista e atleta, Profa. Dra. Renata Castro explica as causas do mal súbito nos praticantes de esportes



MARCELO GURGEL

Imortal da medicina cearense chega na Academia Cearense de Letras

Unidade de diagnósticos de Osasco
via contrato de com a prefeitura.



RECEPÇÃO

QUALIDADE DE
ATENDIMENTO,
DIGNIDADE PARA
O CIDADÃO.

TERCEIRIZAÇÃO

Gestão e implementação de uma unidade de diagnósticos completa com equipamento, equipe, realização e entrega de exames.

CONSULTORIA

Na aquisição dos mais modernos equipamentos com melhores condições.

TELERRADIOLOGIA

Com a Central de Laudos mais moderna da América latina, com produção de mais de 100 mil laudos/mês.

EDUCAÇÃO

Programa de residência próprio e desenvolvimento profissional para nossos médicos parceiros.

ONE LAUDOS HOJE:



+ 20 Estados



+ 65 Unidades
em todo Brasil



+ 110 Clientes



+ 200 Médicos

ACESSE NOSSO SITE E SAIBA MAIS

www.onelaudos.com.br

+55 11 4191-0588



MENSAGEM AO USUÁRIO



Na edição de Agosto da nossa Revista Digital trazemos na capa mais um grande feito do nosso conselheiro Dr. Marcelo Gurgel que se tornou membro titular da Academia Cearense de Letas, consagrando a sua louvável trajetória além da medicina.

A sequência dos conteúdos da nossa Revista Digital evidenciamos a temática sobre Cardiologia, a exemplo da reportagem sobre as causas do mal súbito nos praticantes de esportes com a cardiologista e atleta, Profa. Dra. Renata Castro que inclusive é membro do Movimento Médicos Atletas, Direito Médico na Cardiologia com o Prof. Dr. Renato Evando,

as principais atualizações da cardiologia pediátrica para os especialistas da área com a renomada Dra. Kébia Castelo Branco, e os primórdios da cardiologia cearense com a conselheira Dra. Ana Margarida.

Confira ainda muito mais conteúdos com o Dr. Dylvardo Costa (Revisão de literatura sobre Mediastinite Fibrosante), Conselheiro Dr. Marcelo Gurgel sobre Academia Cearense de Medicina e a Profa. Dra. Ellaine Carvalho sobre Genética Médica.

Tenha uma ótima experiência com os nossos conteúdos e até o próximo número.

ARGOLLO DE MENEZES

CEO Jornal do Médico®

MBA em Comunicação e Marketing em Mídias Digitais

Membro Honorário da SOBRAMES/CE

atendimento@jornaldomedico.com.br

FUNDADORES:

Jornalista Juvenal Menezes (DRT-CE 1947)

In Memoriam 1935-2017

Sra. Nahimi Argollo de Menezes

CEO:

Argollo de Menezes

Revista Digital Jornal do Médico®,

Ano III, Nº 28, Agosto 2022,

Cardiologia, Esporte e Saúde

Marca registrada junto ao INPI,

Instituto Nacional da Propriedade Industrial.

Josemar Argollo Ferreira de Menezes-ME

CNPJ: 24.780.958/0001-00.

PRODUTORA DE CONTEÚDO: Thamires

Assunção

ASSESSORIA EDITORIAL:

Jor. Anatalice Rodrigues (DRT-CE 3548)

CONTRIBUIÇÃO FOTOGRÁFICA/IMAGENS

Banco de Imagens Jornal do Médico, Pexels e

FREEPIK

SUGESTÕES DE CONTEÚDOS

atendimento@jornaldomedico.com.br

MAIS CONTEÚDOS EM NOSSO BLOG

www.jornaldomedico.com.br

REDES SOCIAIS

instagram.com/jornaldomedico

facebook.com/jornaldomedico

PUBLICAÇÃO RECONHECIDA:

Câmara Municipal de Fortaleza

(Requerimento Nº 2240/2014

Vereador Dr. Iraguassú Teixeira)

Assembleia Legislativa do Ceará

(Requerimento Nº 860/2019

Deputado Dr. Guilherme Landim)

Academia Cearense de Medicina

Argollo
Marketing

CONTATOS:

Whats App: +55 85 996673827

atendimento@jornaldomedico.com.br

Skype: argollomarketing

O teor dos conteúdos publicados é de responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, a opinião da publicação.

Cópia integral ou parcial, somente com autorização expressa da direção executiva.



10

Cardiologia:
biodireito e
bioética

07 **Conselheiro Marcelo Gurgel é empossado na ACL, Academia Cearense de Letras**

19 **Cardiogenética na prática clínica. O que precisamos saber?**

23 **Cardiologia pediátrica: atualizações**

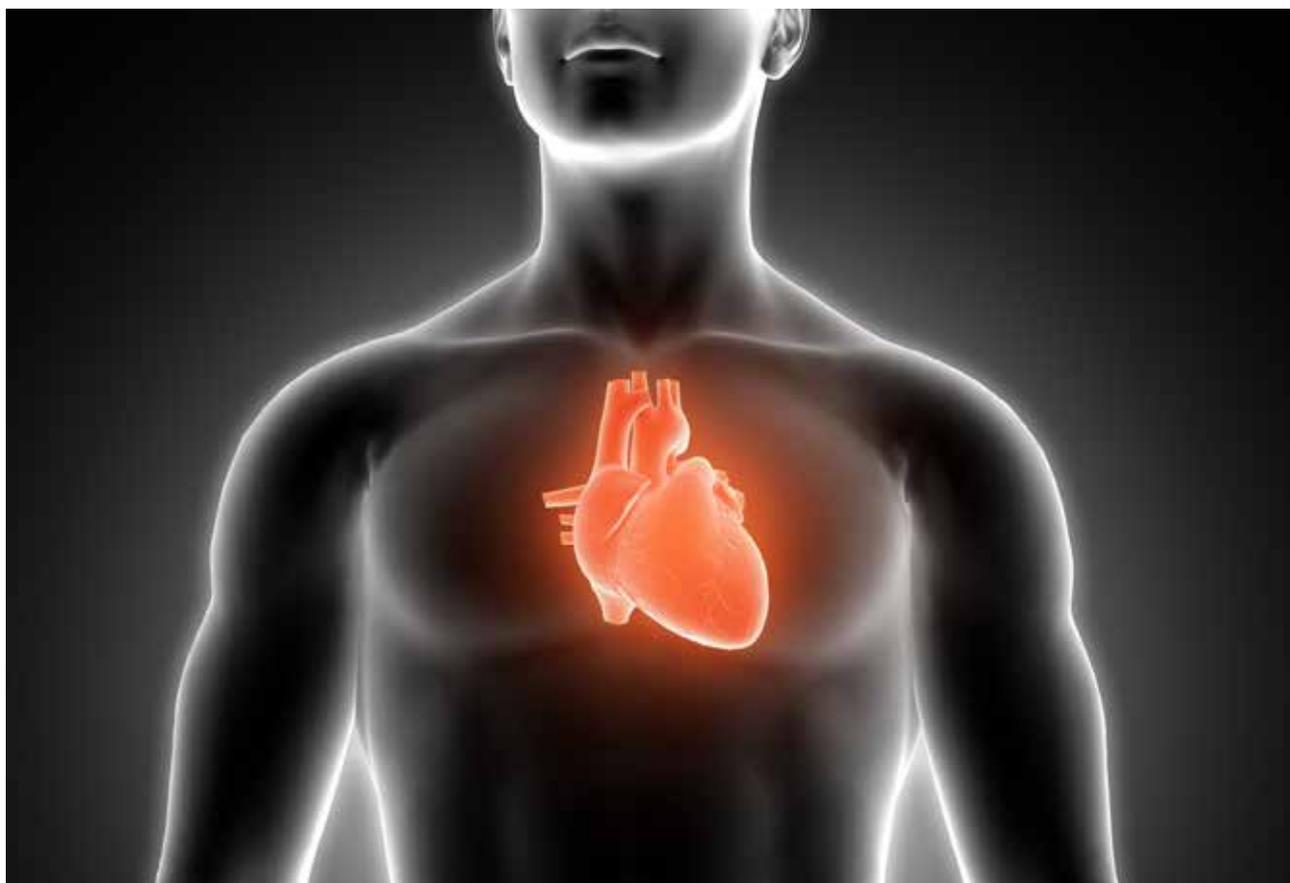
26 Cardiologista e médica do esporte, Renata Castro, explica como o mal súbito afeta os praticantes de esportes

38 Marta Medeiros: um reforço articular na Academia Cearense de Medicina

29 Mediastinite fibrosante: revisão de literatura

41 Luciano Pinheiro: ênfase à saúde da mulher na Academia Cearense de Medicina

15 Os primórdios da cardiologia cearense





CONSELHEIRO MARCELO GURGEL

é empossado na ACL, Academia
Cearense de Letras

AUTORA: JOR. THAMIRES ASSUNÇÃO
Produtora de Conteúdo

A Academia Cearense de Literatura (ACL) realizou solenidade de posse do seu mais novo imortal, o médico, escritor e conselheiro do Jornal do Médico, Marcelo Gurgel Carlos da Silva. O evento aconteceu no dia 28 de julho, no palácio da luz.

A mesa diretora da solenidade foi coordenada pelo presidente da Arcádia literária, Dr Lúcio Alcântara, acompanhada dos nomes Prof. Manassés Fonteles (Diretor da Academia Nacional de Medicina), Acad. Dr. Janedson Baima (presidente da Academia Cearense de Medicina), Dr. Arruda Bastos (presidente SOBRAMES), Dra. Inês Tavares Melo (vice presidente do CREMEC), e o chefe de gabinete do Magnífico Reitor da UECE, Prof. Altemar da Costa Muniz.

As boas-vindas para o novo imortal da Arcádia foi realizada pelo secretário-Geral da entidade, Dr. Flávio Leitão, que em seu discurso lembrou a memória do saudoso Dr. Pedro Henrique Saraiva Leão, titular da Arcádia e patrono da cadeira que ora será ocupada pelo Dr. Marcelo Gurgel, que com suas inestimáveis qualidades no campo literário por meio de suas produções e participações em importantes entidades da cultura literária a exemplo da SOBRAMES, ACEMES Academia Cearense de Médicos Escritores, entre outras.

Em seu discurso já empossado de membro titular da entidade, Dr. Marcelo Gurgel, agradeceu a presença de todos e também

pela grande honra ingressar numa das maiores entidades literárias do país, além de ocupar a cadeira que pertenceu a um grande poeta e expressivo nome da literatura, Dr. Pedro Henrique Saraiva Leão.

Sobre o Dr. Marcelo Gurgel:

Natural de Fortaleza, Marcelo Gurgel Carlos da Silva é médico-sanitarista e professor universitário. Nos últimos tempos, como notório polígrafo, tem incursionado no mundo literário, com atuação nos seguintes gêneros: crônica, conto, memórias, ensaio, romance e dramaturgia. Publica, com regularidade, nos jornais locais e na revista Literapia. Participou das coletâneas da Sobrames-CE: Esmeraldas, Veia Poética, Rima Labial, Inspiração, Queixa Principal, Achado Casual, Ressonâncias Literárias, Receitas Literárias, Passeata Literária, Murmúrios Literários, Letras que Curam Digno de Nota, Ritmo Literário, Semeando Cultura, À Flor da Pele e Lapso Temporal, A Pleno Pulmões, tendo sido organizador das últimas antologias da entidade. É Membro Titular da Academia Cearense de Medicina, da Academia Cearense de Médicos Escritores, da Academia Brasileira de Médicos Escritores e agora da Academia Cearense de Letras, além de Sócio do Instituto do Ceará. Chegou a presidir a Sociedade Brasileira de Médicos Escritores, SOBRAMES Regional Ceará, por duas gestões consecutivas e integra ativamente do Conselho Editorial do Jornal do Médico desde 2004.

A C&C

Contabilidade
cuida das suas
finanças para você
cuidar de quem
mais importa: seus
pacientes!



☎(85) 9.9117.7969

📷@cecontabilidadegerencial

📘coutinhoecarvalhocontabilidade

✉carvalho@coutinhoecarvalho.com.br

🌐www.coutinhoecarvalho.com.br



CARDIOLOGIA: BIODIREITO E BIOÉTICA

AUTOR: DR. RENATO EVANDO MOREIRA FILHO

Médico e Advogado

Prof. Dr. de Medicina Legal, Ética Médica e Direito Médico da UFC

CRM/CE - 6291

RQE em Ginecologia e Obstetrícia

RQE em Medicina Legal e Perícia Médica - 6016



Insere-se, a Cardiologia, entre as especialidades médicas mais evocadas quando se menciona o impacto em qualidade de vida, bem como as comorbidades e óbitos relacionados aos hábitos do cotidiano, há muito registrados. Descrições no egípcio Papiro de Smith, datado de 3000 a.C., já apontavam o coração e sua associação com artérias e veias. Na China, há mais de 2300 anos, era apresentada a anatomia do coração e a circulação sanguínea. Na Idade Moderna, destaca-se a notável publicação do britânico William Harvey com detalhamento da fisiologia circulatória: *Exercitatio Anatomica De Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*. Na Idade Contemporânea, surgem o estetoscópio do médico francês René Laennec, além das pioneiras cirurgias cardíacas, desenvolvimento de métodos diagnósticos complementares e farmacologia específica. Na cardiologia brasileira, avultam nas décadas de 1930 e 1940, os cursos de especialização e a criação da Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 1943. Sem olvidar os diversos clínicos e cirurgiões brasileiros que aperfeiçoaram a assistência cardíaca, com impacto nacional e internacional.

Sob o prisma do BIODIREITO, é possível constatar a incidência de diversas normas abordando o tema. Evidenciamos:

1) Lei dos Transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano (Lei 9.434/1997): considerando o elevado impacto do transplante cardíaco e o de valvas cardíacas

na qualidade de vida do assistido, oportuno destacar alguns tópicos da legislação que disciplina este tema: a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina. A captação do órgão sempre dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. Também é admissível a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica; (grifamos)

2) Ministério da Saúde – Portaria GM/MS 1.099/2022: Institui o Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular - QualiSUS Cardio. Marco normativo para a saúde cardíaca da população brasileira, é assessorado por Câmara Técnica composta, também, por notáveis membros das seguintes instituições: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC), Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI), Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV) e Departamento

de Estimulação Cardíaca (DECA/SBCCV);

3) Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde / Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Portaria Conjunta 20/2018: Neste normativo, é possível verificar que foram aprovadas as “Diretrizes brasileiras para utilização de stents em pacientes com doença coronariana estável”, disponíveis no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. São de caráter nacional e devem ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. Também é de relevo considerar que é obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao uso de stent em pacientes com doença coronariana estável.

Na abordagem BIOÉTICA, considerando o avanço vertiginoso das técnicas assistenciais, os Conselhos de Medicina têm se manifestado na verificação do que considerar procedimentos experimentais (com suas limitações de aplicação a seara da pesquisa médica) e o que se deve considerar como não-experimental, com indicação mais larga portanto. Ressaltamos este e outros aspectos:

1) Parecer Conselho Federal de Medicina (CFM) 42/2017 – Reconhece o suporte respiratório e cardiovascular extracorpóreo

por intermédio da Circulação Extracorpórea com Oxigenação por Membrana (ECMO) como procedimento não experimental de alto risco e complexidade. Tal manifestação se originou em correspondência enviada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), que questionava se o uso da oxigenação extracorpórea (ECMO) no suporte de pacientes com insuficiência respiratória grave seria procedimento experimental ou não;

2) Parecer CFM 49/2016 – Estabelece o reparo transcaterter valvar mitral com clipe de mitral para o tratamento da insuficiência mitral como terapia não experimental, após análise pela Comissão de Novos Procedimentos e da Câmara Técnica de Cardiologia. Ambas do CFM.

3) Resolução CFM 2.135/2015: Médicos com título de especialista em cardiologia estão autorizados a exercer a função de responsável técnico ou chefe de serviços de unidades coronarianas, unidades de pós-operatórios de cirurgia cardíaca ou unidades de urgências cardiovasculares. Sempre com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nos Conselhos de Medicina, essas prerrogativas não derrogam aquelas já estabelecidas para os detentores de título de especialista em Medicina Intensiva ou certificados de área de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica ou Neonatologia;

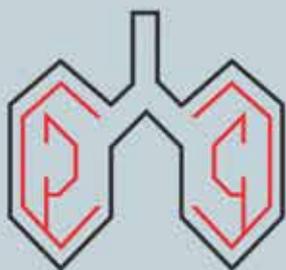
4) Resolução Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

(CREMERJ) 260/2011 - Estabelece as normas mínimas para a realização do Teste Ergométrico e do Teste de Exercício Cardiopulmonar (Ergoespirometria).

In fine, como efeméride, recorda-se que o dia do Cardiologista é comemorado em 14 de agosto, em referência a fundação da

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Instituído em 2007, pela própria SBC, configura forma de valorizar o especialista. Nas palavras, algo poéticas, do festejado professor de Semiologia Médica, escritor e cardiologista Celmo Celso Porto: “A Medicina precisa ser exercida com a mente e o coração”.





CENTRO DE PNEUMOLOGIA E ALERGIA DO CEARÁ

Atendimento e Tratamento Humanizado e Completo

EXAMES



Vacinas Imunizantes e Dessensibilizantes para Tratamento Alérgico



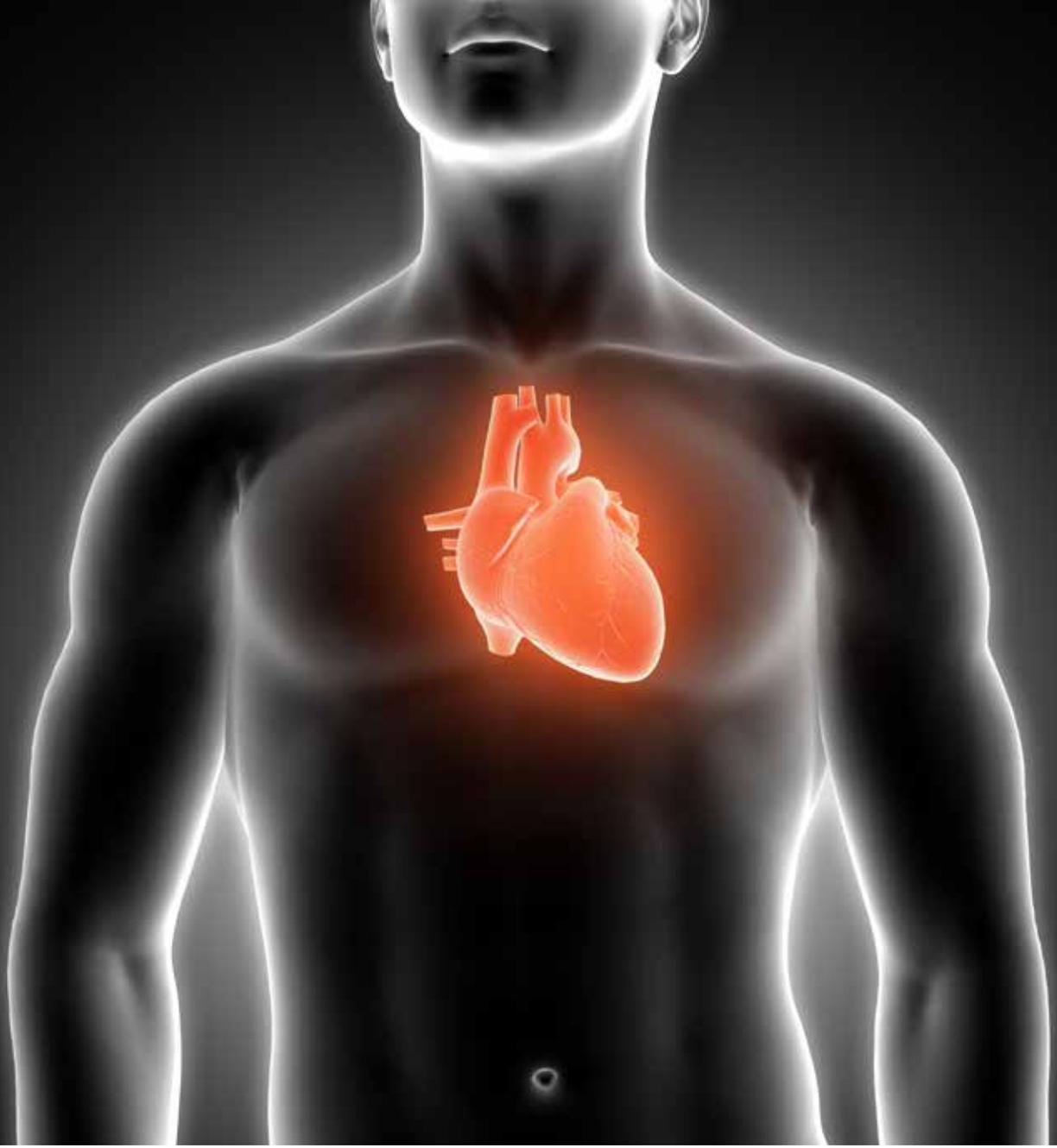
Consulta com as seguintes especialidades

**Alergia, Pneumologia, Cardiologia Pneumopediatria, Cardiopediatria,
Cirurgião Torácico, Acupuntura, Otorrinolaringologia e Nutrição**

(85) 3305-9999 | (85) 98826-3337

atendimento@pneumologiaealergiace.com.br | www.pneumologiaealergiace.com.br

Av. Rui Barbosa, 1349 - Aldeota, Fortaleza, Ceará



OS PRIMÓRDIOS DA Cardiologia cearense

AUTORA: DRA. ANA MARGARIDA FURTADO ARRUDA ROSEMBERG
Conselheira do Jornal do Médico e membro da Academia Cearense de Medicina, CRM/CE 1782



Segundo a Dra. Glaura Férrer, a história da cardiologia cearense teve início com o Dr. Antônio Jorge de Queiroz Jucá (1915-1965), discípulo de Paul Dudley White, M. D., Professor de medicina da Harvard Medical School.

Em julho de 1951, o Dr. Antônio Jucá, representante da Regional do Ceará da Sociedade Brasileira de Cardiologia-SBC, realizou, em Fortaleza, a “8ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Cardiologia”. Essas reuniões, que ocorreram de 1944 até 1954, passaram, a partir de 1955, a ser chamadas de “congressos”.

A Dra. Glaura Férrer, que foi aluna do Prof. Antônio Jucá, teve papel relevante na história da “Sociedade Cearense de Cardiologia”. Em julho de 1962, ela foi eleita, durante o Congresso de Cardiologia, em Belo Horizonte, representante regional da “Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) no Ceará, por um período de dois anos, mas foi reconduzida ao cargo várias vezes.

Ao receber da SBC a relação de médicos do “Quadro da Regional do Ceará”, a Dra. Glaura visitou cada sócio para melhor organizar suas atividades. Entre eles: Antônio Jorge de Queiroz Jucá, Célio Brasil Girão, Francisco Edgardo Saraiva Leão, Francisco de Paiva Freitas, Francisco Edson dos Santos Monteiro, Geraldo Wilson Gonçalves, Heládio Feitosa de Castro, Haroldo Gondim Juaçaba, Hélio Vieira de Souza, José Murilo de Carvalho Martins, José Edísio da Silva, Jurandir Picanço,

José Carlos Ribeiro, Luiz Carlos Fontenele, Newton Teófilo Gonçalves, Raimundo Hélio Cirino Bessa e M. Pinto.

Em 27 de junho de 1972, em uma reunião no então “Centro Médico Cearense”, foi fundada a “Sociedade Cearense de Cardiologia-SCC”, com a seguinte diretoria para um mandato de dois anos (1972 e 1973): Presidente: Glaura Férrer; Vice-presidente - Eduardo Regis Jucá; 1º Secretário - Francisco Edgardo Saraiva Leão; 2º Secretário - Francisco Waldeney Rolim; 1º Tesoureiro - Raimundo Hélio Cirino Bessa; 2º Tesoureiro - Francisco Martins Ferreira Filho; Diretor de Publicações e Assuntos Científicos - José Nogueira Paes Junior.

Em julho de 1973, a SCC realizou, em Fortaleza, o XXIX Congresso Brasileiro da SBC, tendo como presidente a Dra. Glaura Férrer.

Segundo o dr. João Martins, na década de 1950, o Prof. Newton Gonçalves, realizou, “a céu fechado”, auxiliado pelos colegas Haroldo Gondim Juaçaba e Paulo de Melo Machado, a desobstrução de uma valva mitral estenosada.

Newton Gonçalves entrou para a história da cardiologia cearense como o primeiro cirurgião a operar coração sem circulação extracorpórea. Na mesma década, o Dr. Wilson Jucá, irmão de Antônio Jucá, operou alguns pacientes com estenose mitral na Casa de Saúde César Cals e na, então, Assistência Municipal, auxiliado pelo jovem

estudante de Medicina, César Gondim.

Em 1959, o Dr. Haroldo Juaçaba, um dos três primeiros médicos que iniciaram no Ceará a cirurgia cardíaca, montou, na Faculdade de Medicina, um “Laboratório Experimental de Cirurgia Cardíaca”, fazendo as primeiras circulações extracorpóreas em animais. Nesta época, o Dr. Haroldo contava com o valioso auxílio do estudante de medicina, Régis Jucá.

Em 1967, aconteceu, no hospital César Cals, a primeira cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea. A paciente, portadora de estenose mitral, foi operada pelo Prof. Adib Jatene, auxiliado por seus dois ex-residentes, Maurício e Petrola. A perfusão foi feita pelo Dr. João Evangelista.

Em agosto de 1968, o Dr. Régis Jucá, ao voltar de treinamento em grandes centros de cirurgia cardíaca nos Estados Unidos, aliou-se à equipe de cirurgia cardíaca da César Cals, dando grande contribuição ao desenvolvimento da cirurgia cardíaca em nosso Estado.



Compromisso em cuidar cada vez melhor de você com **EXCELÊNCIA E CONFIABILIDADE.**

Modernas soluções em medicina e saúde,
somadas a um atendimento humano e personalizado.



Ressonância Magnética

Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia Geral

Ultrassonografia com Doppler

Mamografia Digital

Densitometria Óssea

Se precisar de
exames de imagem

**# CONTE
COMAUDI**



UDI FÁTIMA

R. Eusébio de Souza
José Bonifácio - Fortaleza/CE



UDI MESSEJANA

A. Frei Cirilo, Loja, 3270
Loja 17 - Fortaleza/CE



Tomografia em **MESSEJANA**

Conheça nossa
NOVA UNIDADE UDI

MESSEJANA

Do lado do Hospital do Coração

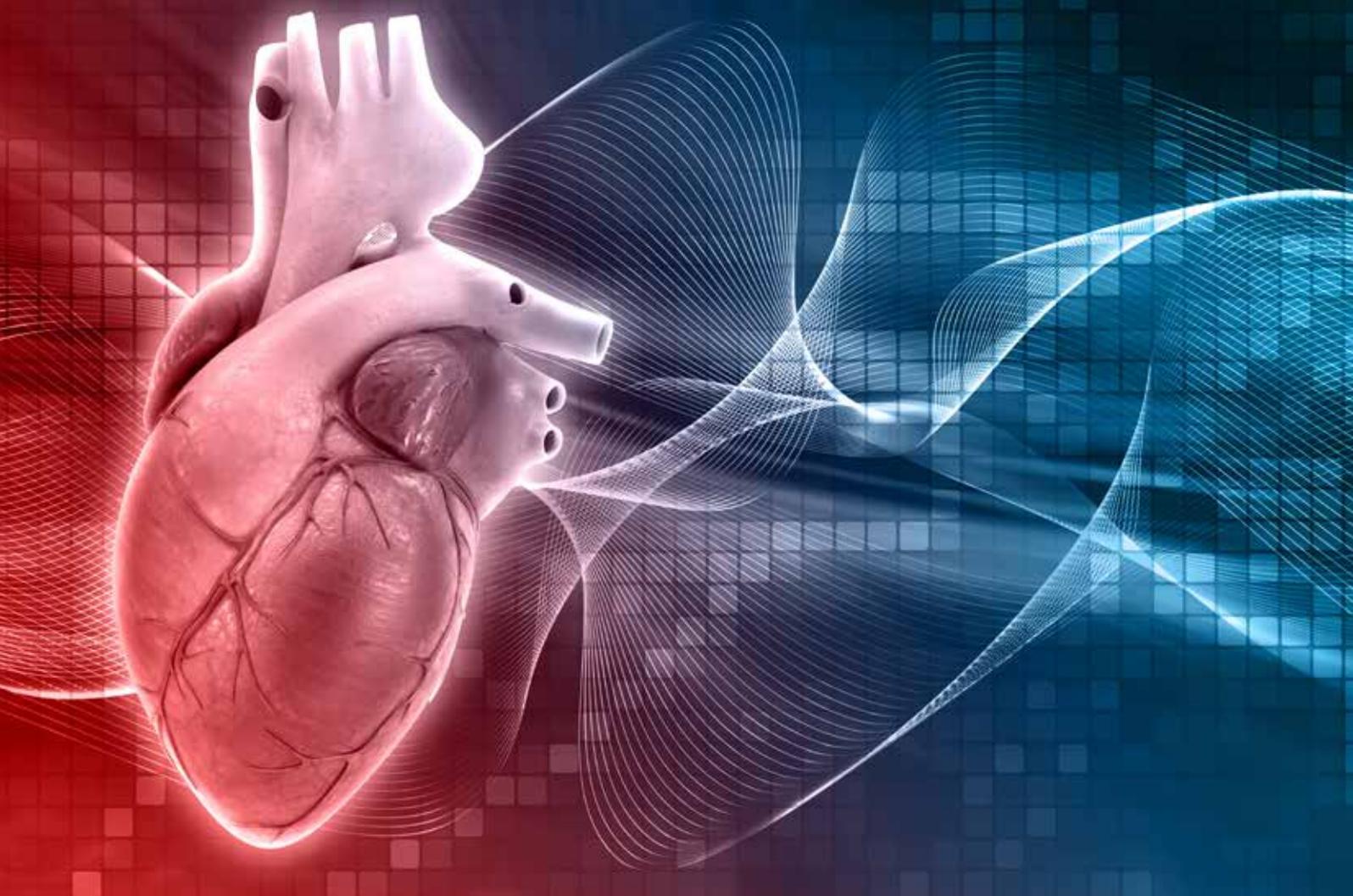


Agende seus exames

via **Whatsapp: 85 9 8902.5429**
ou ligue **(85) 3032.2927**

udi
UNIDADE DIAGNÓSTICA POR IMAGEM

  @udiclinica
www.clinicaudi.com.br



CARDIOGENÉTICA NA PRÁTICA CLÍNICA

O que precisamos saber?

DRA. PROFA. MARIA DENISE FERNANDES CARVALHO DE ANDRADE
CRM/CE 8141 / RQE 6701



DRA. PROFA. ELLAINE DÓRIS FERNANDES CARVALHO
CRM/CE 15438 / RQE 6704



Grande parcela das doenças cardiovasculares são causadas pela combinação dos fatores genéticos e ambientais. Dentre os fatores ambientais temos principalmente os associados ao estilo de vida como sedentarismo, dieta, tabagismo, dentre outros. Porém, as doenças cardiovasculares também podem ser causadas especificamente por fatores genéticos, que podem ou não ser herdados, sendo estes os principais motivos de morte súbita em atletas e jovens.

Indicações comuns para avaliação cardiogenética:

- Cardiomiopatias (miocardiopatia hipertrófica, miocardiopatia dilatada)
- Arritmias: (síndrome de Brugada, síndrome do QT longo e curto, taquicardia polimórfica catecolaminérgica)
- Dislipidemias (hipercolesterolemia familiar)
- Cardiopatias congênitas sindrômicas (como síndrome de Down, síndrome de DiGeorge, Síndrome de Turner, Síndrome de Noonan, dentre outras)
- Aortopatias (síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers Danlos, dentre outras)

Anteriormente, era bem mais difícil realizar um exame genético por ser demasiadamente caro e raramente acessível. Atualmente, essas técnicas

apresentam disponibilidade comercial crescente, inclusive no Brasil, propiciando um maior uso desses exames genéticos na prática clínica. Alguns desses exames, em algumas condições clínicas, já são inclusive cobertos pelos planos de saúde através do ROL dos exames da Agência Nacional de Saúde (ANS).

É fundamental que o aconselhamento genético com médico geneticista seja realizado antes e após os resultados dos exames genéticos, para que tanto o paciente e sua família, compreenda a importância, benefícios e limitações do exame a ser realizado.

O exame genético a ser realizado dependerá da avaliação clínica do paciente. Por exemplo, quando suspeita-se de alterações cromossômicas, pode-se solicitar desde o cariótipo (para a síndrome de Down ou Turner, por exemplo) , ou mesmo o MLPA quando há suspeita de específica de microdeleção/ microduplicação cromossômica (como na Síndrome de Williams e a Síndrome de DiGeorge) ao exame de Hibridação Genômica Comparativa (CGH array para para as microdeleções e microduplicações de segmentos cromossômicos não reconhecíveis clinicamente). Quando se suspeita de uma síndrome monogênica como por exemplo, na Síndrome de Marfan, pode--se realizar diretamente o sequenciamento do gene FBN1 ou então, como no caso da suspeita da síndrome de Ehlers Danlos (onde há vários genes



diferentes causadores) optar pela realização de um painel genético específico ou mesmo o sequenciamento completo do EXOMA.

Ná última década, houve grande avanço nas técnicas para detecção de doenças monogênicas (que constituem uma grande parcelas das doenças cardiogenéticas) com o advento das técnicas de Sequenciamento de Nova Geração (NGS). Dentre os exames, os mais utilizados são os painéis de genes e até mesmo o sequenciamento de exoma e genoma para investigação da genética cardiovascular. As técnicas de NGS permitem que dezenas a centenas de genes de interesse pudessem ser sequenciados a um custo mais baixo e de muito forma

rápida do que há uma década.

O diagnóstico genético, em muitas dessas condições, é fundamental para o prognóstico e definição de conduta terapêutica, além de definir quais familiares saudáveis estão em risco, orientando uma adequada prevenção e diminuição de riscos ao pacientes e seus familiares.

Portanto, na suspeita que o seu paciente possua alguma dessas condições clínicas descritas acima, não hesite encaminhar seu paciente para uma avaliação especializada com médico genetista, firmando uma parceria de sucesso em prol da saúde do paciente e seus familiares.

INFORME-SE!

TALKS

JORNAL DO MÉDICO

*Medicina, Saúde,
Eventos, Tecnologia,
Direito, Gestão,
Promoção da Saúde
e muito mais com
grandes especialistas.*



Direto ao ponto com a moderação de Argollo de Menezes, CEO Jornal do Médico® e Membro Honorário da SOBRAMES Ceará



CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: ATUALIZAÇÕES

AUTORA: KLÉBIA CASTELO BRANCO

Coordenadora do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Messejana

CRM/CE: 6940



A cardiologia pediátrica é uma área de atuação ampla e complexa, com notória evolução nas últimas décadas, impulsionada principalmente pela melhoria no tratamento das cardiopatias congênitas

1. Abrange desde os cuidados no pré-natal (medicina fetal) até o adulto portador de cardiopatia congênita, passando pelo período neonatal e lactente, onde se manifestam a maioria das cardiopatias críticas, pré escolares, escolares e adolescentes.

As cardiopatias são as anomalias congênitas mais frequentes ao nascimento, com uma incidência em torno de 8 a 10 em cada 1.000 nascidos vivos e uma estimativa de quase 30.000 novos casos por ano no Brasil

2. Vinte e cinco por cento destas crianças necessitam de intervenção cirúrgica e/ou percutânea no primeiro ano de vida e uma parcela significativa, em algum momento da evolução.

A evolução da especialidade se fez em diferentes aspectos, incluindo o desenvolvimento de técnicas de imagem diagnósticas como ecocardiografia, angiografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, aprimoramento da circulação extra corpórea, manejo anestésico e refinamento de técnicas cirúrgicas, avanços nos cuidados pós-operatório e o papel crescente e fundamental da cardiologia intervencionista, possibilitando o tratamento precoce e corretivo de

cardiopatias complexas em recém nascidos de muito baixo peso e em algumas situações ainda no período fetal, permitindo que uma parcela crescente desta população atinja a vida adulta com qualidade de vida satisfatória

- 3.

Vivenciamos a expansão da cardiologia pediátrica em nosso país, com o aumento crescente do número de especialistas e a visão da necessidade de ampliação do cuidado integral a estes pacientes, desde o feto até a idade adulta, idealmente em centros especializados compostos de equipes interdisciplinares e multidisciplinares para obtenção de resultados otimizados. Enfrentamos, entretanto, um déficit significativo de Centros de referência no Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste

- 4, levando a uma mortalidade ainda elevada, seja por falta de diagnóstico e/ou tratamento adequado e/ou em tempo hábil.

Outro fato de extrema importância consiste no número crescente de adultos com cardiopatia congênita, ultrapassando o número de crianças em muitos países, exigindo, em caráter de urgência, discussão e viabilização de Programas de Cardiopatia Congênita do Adulto que possam oferecer assistência a estes pacientes

- 5.

Avanços significativos também foram observados nas áreas de prevenção de fatores de risco cardiovascular na infância, com a difusão dos conhecimentos sobre

a maior potencialidade para a prevenção da aterosclerose durante a infância, assim como na cardiologia pediátrica e na terapêutica avançada da insuficiência cardíaca na infância, incluindo o transplante cardíaco e a assistência circulatória mecânica.

Vislumbramos um futuro ainda mais promissor para a cardiologia pediátrica no mundo e no Brasil, com aprimoramentos tecnológicos que beneficiarão os pacientes mais graves e mais complexos, mas principalmente, com a percepção da sociedade e dos nossos governantes do impacto destas doenças na saúde e mortalidade infantil.

BIBLIOGRAFIA

- Cardiol Young. 2018 Jan;28(1):1-8. doi: 10.1017/S104795111700141X. Epub 2017 Aug 14
- Arq Bras Cardiol. 2020; 115(6):1176-1177
- Care Med. 2021 Apr 1;49(4):545-557
- Arq Bras Cardiol. 2020 Dec; 115(6): 1176-1177
- Braz J Cardiovasc Surg 2015;30(3):373-9
- Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019

SOMOS **1000**
COOPED-CE





CARDIOLOGISTA E MÉDICA DO ESPORTE, RENATA CASTRO, explica como o mal súbito afeta os praticantes de esportes

AUTORA: JOR. THAMIRES ASSUNÇÃO
Produtora de Conteúdo

A morte cardíaca súbita ocorre imediatamente, inesperadamente, e é causada por uma perda da função miocárdica. É comumente associada a dois tipos de cardiomiopatia: hipertrófica, quando o músculo cardíaco aumenta de tamanho e causa arritmias; e displasia arritmogênica do ventrículo direito, quando os cardiomiócitos morrem e são substituídos por células de gordura, independente da alimentação.

As arritmias cardíacas têm alta prevalência na população brasileira, principalmente entre os idosos. No geral, esse tipo de doença cardíaca afeta a vida de uma em cada quatro pessoas, e cerca de 300.000 brasileiros morrem subitamente a cada ano. Por isso, é de extrema importância que o atendimento da vítima seja de imediato.

A cardiologista, Renata Castro, explica que todas as pessoas podem estar sujeitas ao mal, mesmo que seja mais comum em idosos; crianças, jovens e até mesmo atletas não estão isentos do risco. A médica explica que as atividades físicas podem prevenir o mal súbito e até mesmo vários tipos de cânceres como também pode causar o “ataque”. Neste último caso, pode ocorrer pelo impacto intenso das atividades, elevando a frequência cardíaca. Por isso, é necessário uma prática responsável e acompanhamento médico para a realização.

Em atletas, segundo Renata, a principal causa da morte súbita de origem cardíaca



está relacionada a fatores genéticos: “Desidratação na corrida, choque térmico durante atividades físicas são comuns e não tão graves. As principais causas, principalmente das mortes durante os exercícios, são: arritmia que podem ser consequência a doenças genéticas como à miocardiopatia hipertrófica e também o infarto.” reforça a médica.

Renata, além de médica é atleta, o esporte entrou em sua vida ainda na infância participando de atividades como o handebol e o basquete, vindo a se apaixonar em uma especialização ao cursar medicina do esporte. Logo mais tarde, já formada, ingressou definitivamente no mundo do esporte por meio do kickboxing, chegando a competir campeonatos internacionais, sendo campeã panamericana em duas modalidades do esporte. Sobre a sua vivência ela destaca “ O esporte faz parte da minha vida não só na medicina mas no meu cotidiano, atualmente pratico musculação, kickboxing e tênis com frequência e corrida eventualmente.” diz a médica que completa falando como a prática das atividades físicas auxiliam no seu dia a dia “ O esporte ajuda



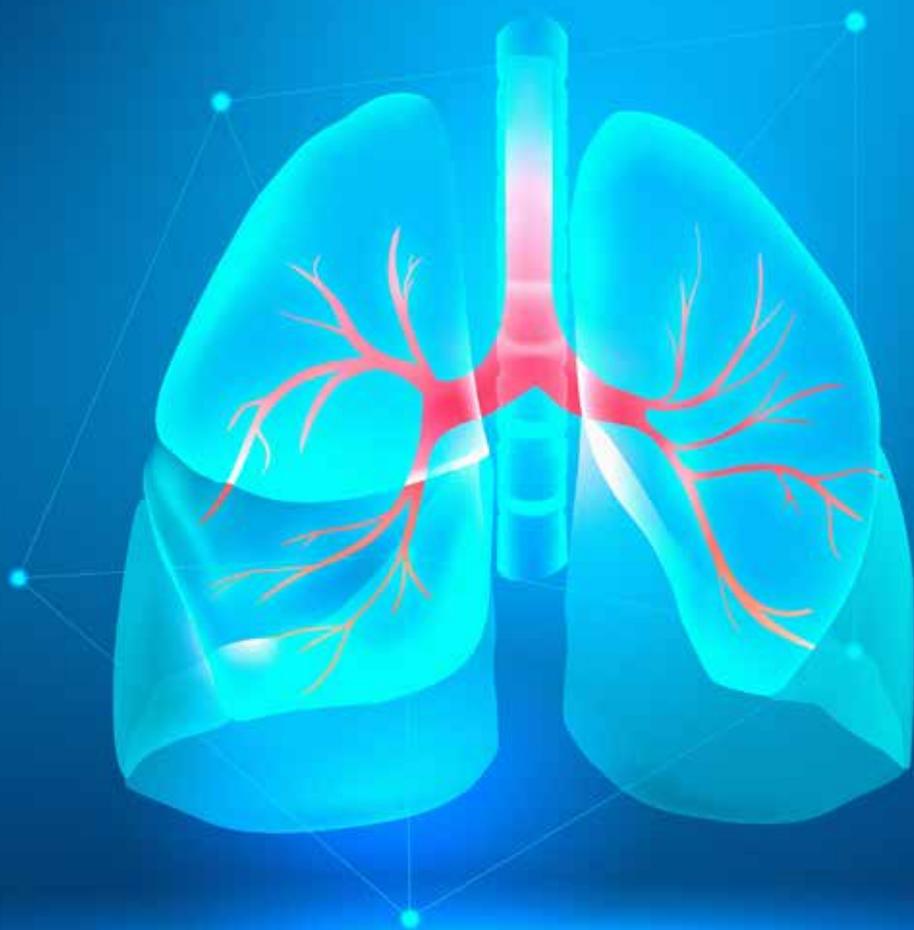
na minha carreira para ter disposição e disciplina. Como eu trabalho medicina do esporte, está do outro lado me ajuda a entender a cabeça do atleta, ser atleta me ajuda a orientar melhor os meus pacientes.” finaliza.

Sobre o “Movimento Médicos Atletas”, Renata, diz que a ideia que o movimento prega é essencial para a categoria “ é sensacional, pois incentiva os médicos a serem fisicamente ativos e a orientarem melhor os seus pacientes, por exemplo, quando receita um medicamento ele diz qual é o medicamento, na prática de atividades o médico saberá melhor orientar sobre a prática.” destaca.



SOBRE RENATA CASTRO

A Dra. Renata Castro é especialista em clínica médica (RQE 27130), cardiologia (RQE 27131) e medicina esportiva (RQE 28280), com mestrado em cardiologia, doutorado em fisiopatologia clínica e pós-doutorada em cardiologia pela Universidade de Harvard. Professora universitária e pesquisadora em ciências do esporte, já publicou 50 artigos científicos, além de livros e capítulos. É palestrante de diversos eventos científicos nacionais e internacionais. Como desenvolve pesquisas que englobam desde a cardiologia clínica até o esporte de alto rendimento, aplica estes conhecimentos no melhor atendimento de seus pacientes.



MEDIASTINITE FIBROSANTE: Revisão de literatura

AUTOR: DR. DYLVARDO COSTA LIMA FILHO

Pneumologista

CREMEC 3886 RQE 8927



A mediastinite fibrosante é um diagnóstico incomum, que geralmente envolve a proliferação de extenso tecido fibroso denso, infiltrado em estruturas mediastinais. Os achados patológicos geralmente incluem tecido fibrótico duro, espesso, “lenhoso”, envolvendo estruturas mediastinais, ocasionalmente estendendo-se para os septos interlobulares e interalveolares do parênquima pulmonar, e espessamento da pleura mediastinal.

Esse tecido fibroso pode comprimir e obstruir vasos sanguíneos, a traquéia, os brônquios e o esôfago. A etiologia da mediastinite fibrosante é diversa; pode ser primária ou idiopática, mas tem sido mais comumente associada a infecções fúngicas, especialmente com Histoplasmose, e infecções micobacterianas; e de causas não infecciosas, como doenças reumatológicas ou neoplásicas (por exemplo, linfoma), também foram relatados nesses casos.

A relação entre TB e fibrose mediastinal ainda é pouco compreendida, sendo necessária a notificação de casos. Um estudo destacou as duas formas de mediastinite, a granulomatosa versus a fibrosa. Ainda não está claro se a forma granulomatosa inevitavelmente leva à reação fibrosa mais disseminada. Não existem estudos que observem o curso natural da doença e, notavelmente, existe a possibilidade de que o antígeno da TB possa ser a causa de alterações inflamatórias contínuas, mesmo após o tratamento. A patogênese

da mediastinite fibrosante relacionada à Tuberculose ainda é especulativa e depende, em parte, de nossa compreensão da mediastinite fibrosante relacionada à Histoplasmose.

No entanto, não se sabe se a mediastinite fibrosante relacionada à Tuberculose tem um curso clínico semelhante à Histoplasmose. É razoável testar tratamentos em casos de doença fibrótica mediastinal pós-TB, uma vez que tiveram sucesso na mediastinite fibrosante idiopática ou relacionada à Histoplasmose.

Um estudo demonstrou um caso de mediastinite fibrosante relacionada a IgG4, com alto nível sérico de IgG4 correlacionando-se com achados histológicos. Os níveis séricos de IgG4 podem servir como um indicador para induzir a terapia com esteróides neste grupo específico de pacientes. Além disso, outros agentes, como Tamoxifeno ou mesmo tratamento de depleção de linfócitos B, podem ser considerados caso a caso.

PATOGÊNESE

Os mecanismos exatos, que causam a proliferação de tecido fibroso na mediastinite fibrosante, permanecem desconhecidos. Os achados histológicos demonstram um processo fibro-inflamatório em evolução, que produz contínuas alterações morfológicas, semelhantes à formação de queloides. Células mononucleares são frequentemente

encontradas dentro do tecido colagenoso.

A coloração imuno-histoquímica para plasmócitos IgG4 positivos em algumas biópsias, revelou uma possível sobreposição imunológica entre mediastinite fibrosante granulomatosa e a doença relacionada a IgG4, sugerindo que os linfócitos B, podem ser uma ligação entre esses dois distúrbios, altamente fibro-proliferativos. Pacientes com mediastinite fibrosante não apresentam níveis necessariamente elevados de imunoglobulina no plasma, como nos pacientes com doença relacionada a IgG4, mas o tratamento com terapia de direcionamento de células B (rituximabe), produziu melhora clínica em um pequeno número de pacientes com esses dois distúrbios.

O gatilho etiológico exato para o processo fibrótico, pode ser difícil de estabelecer. História de infecções, como histoplasmoze, tuberculose, blastomicose e aspergilose, são comumente relatadas em pacientes com mediastinite fibrosante; no entanto, as culturas são geralmente negativas.

Etiologias não infecciosas, como doenças autoimunes, sarcoidose, doença de Hodgkin, fibrosis retroperitoneal, tireoidite de Riedel idiopática, dentre outras, podem estar presentes. O HLA-A2 tem sido associado com a mediastinite fibrosante.

CONDIÇÕES ASSOCIADAS À MEDIASTINITE FIBROSANTE COMO POSSÍVEIS CAUSAS SECUNDÁRIAS

HISTÓRICO RELEVANTE? TESTE
DE LABORATÓRIO? HISTOLOGIA?
RADIOLOGIA

HISTOPLASMOSE

Estados centrais e orientais nos EUA?
Título de anticorpos, culturas fúngicas?
Granuloma necrosante, +/- levedura em
uma mancha? Calcificações, cavitação

TUBERCULOSE

Nascido no exterior, imunocomprometido?
Teste QuantiFERON, culturas
micobacterianas? Granuloma tuberculoso;
esfregaço de bacilos ácido-resistente? TB
reativada: segmentos ápico-posteriores,
perda de volume, calcificação, cavitação,
envolvimento pulmonar bilateral, fibrose

ASPERGILOSE

Imunocomprometido? Glucan B-D, antígeno
de Aspergillus, PCR de Aspergillus, cultura
de fungos? Hifas ramificadas, septadas?
Infiltrados, sinal do halo, cavitação

SARCOIDOSE

Etnia afro-americana, história familiar?
Hipercalcemia, hipercalcúria, ECA
elevada? Granuloma sarcoide? Adenopatia
hilar, envolvimento parenquimatoso

TIREOIDITE DE RIEDEL

Fem > Masc, bócio de consistência dura,
predominantemente eutireoideo? TSH
comumente normal? Infiltração dos tecidos
circundantes por tecidos fibróticos, flebite
oclusiva? Massa infiltrativa hipodensa

Síndrome do anticorpo antifosfolípide
Masculino: Feminino = 1:3,5, História
de trombose arterial/venosa, abortos
inexplicáveis, insuficiência placentária,
associação com LES anticoagulante lúpico?
Anticorpo Ig anticardiolipina, anticorpo
IgG/M antibeta2 glicoproteína-I

FIBROSE RETROPERITONEAL

Masculino: Feminino = 2-3:1, História de
radiação, trauma, cirurgia, malignidades, M.
tuberculosis, infliximab, alcalóides do ergot,
agonistas dopaminérgicos, dor constante
nas costas/flanco? Hematúria (lesão/
obstrução uretral), testes autoimunes (ANA,
anticorpos anti-músculo liso)? Células
em forma de fuso, bandas de colágeno;
infiltrado inflamatório? Massa periaórtica
homogênea, não infiltrativa, envolvimento
de ureteres

EXAMES SUGERIDOS:

Hemograma completo, PCR, VHS,
Fibrinogênio, Ferritina, Lipase, Amilase,
Eletroforese de Proteínas, T3 livre, TSH,
TGO, TGP, Fosfatase alcalina, Gama GT,
Bilirrubinas, Sumário de urina, Cálcio
urinário, Ureia, Creatinina, Cálcio sérico,
ECA (enzima conversora de angiotensina),
Amilóide sérico, CPK, aldolase, sumário de
urina

Imunoglobulinas séricas, Sub-classes
IgG, plasmoblastos séricos (painel CD19+,
CD20-, CD38+ e CD27+), FAN, C3, C4, Fator
reumatoide, Interleucina sérica 2, Anti-
RNA polimerase I, Anti-tRNA sintetase,
Anti-dsDNA, Anti-CCP, Anti-Scl-70,

p-ANCA, c-ANCA, Ac anticardiolipina

Quantiferon Tb Gold no soro, Sorologia para
Histoplasma capsulatum, Anti- IgE e IgG
para Aspergillus fumigatus

Precipitinas séricas para Aspergillus
fumigatus, Sorologia para HIV, Hepatite B,
Hepatite C

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Os pacientes com medistinite fibrosante
variam em idade, desde a infância até
o final da idade adulta. A apresentação
clínica depende das estruturas mediastinais
envolvidas ou comprimidas pelo tecido
fibroso. A fibrose geralmente é limitada ao
mediastino, mas em casos raros, os tecidos
fibróticos se espalham pelo diafragma e
envolvem a aorta descendente. As grandes
vias aéreas têm sido as estruturas mais
comumente obstruídas, seguidas das
estruturas vasculares e do esôfago.

Os pacientes geralmente apresentam
dispneia de esforço, tosse, hemoptise, dor
torácica pleurítica e/ou síndrome da veia
cava superior. É relatada uma sobrevida
global semelhante aos controles pareados
por idade, em contraste com relatos
anteriores.

Alguns pacientes apresentam vários
fatores que contribuem para sua falta
de ar, como hipertensão pulmonar leve,
derrame pleural recorrente e lesão
pulmonar parenquimatosa pós-infecção

por TB. O início da fibrose mediastinal pode ocorrer vários anos após a infecção por TB ativa totalmente tratada, e normalmente é diagnosticada na tomografia computadorizada, a modalidade de imagem de escolha.

A flexibilidade e a baixa pressão intraluminal da veia cava superior (VCS) a tornam suscetível à compressão e/ou obstrução; e a obstrução da VCS geralmente se apresenta com congestão nasal, dores de cabeça, congestão facial e torácica superior, e sangramento gastrointestinal superior por varizes esofágicas.

A estenose fibrótica da artéria pulmonar pode mimetizar obstrução tromboembólica. A constrição da veia pulmonar causa sintomas de congestão vascular pulmonar. A invasão de tecido fibrótico das estruturas cardíacas pode comprimir o átrio esquerdo e causar estenose da artéria coronária; esses pacientes geralmente desenvolvem dor no peito.

AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA E DA FUNÇÃO PULMONAR

O principal achado nos estudos radiográficos do tórax é um mediastino alargado com massa hilar e/ou massa paratraqueal. A obstrução da VCS geralmente se apresenta com uma massa no mediastino superior direito. A calcificação sugere infecção prévia por fungo ou micobactéria. Edema localizado e espessamento septal sugerem congestão



TC do Tórax mostrando uma massa de partes moles com múltiplas áreas de calcificação, causando estreitamento da artéria pulmonar direita. Um pequeno derrame pleural do lado esquerdo também está presente.

venosa pulmonar. A compressão das estruturas brônquicas pode causar infiltrados pulmonares secundários à pneumonia pós-obstrutiva e/ou atelectasia.

O papel da radiografia de tórax convencional é limitado, devido a achados inespecíficos. A tomografia computadorizada (TC) do tórax fornece um mapa detalhado dos tecidos moles no mediastino e envolvimento brônquico. A angiotomografia é útil para avaliar o envolvimento vascular com mais detalhes.

Linfonodos aumentados ou calcificados sugerem exposição à infecção por *Histoplasma capsulatum* ou *Mycobacterium tuberculosis*, e podem ajudar no diagnóstico diferencial. O envolvimento vascular secundário à compressão e obstrução de estruturas mediastinais, é mais bem identificado por estudos de angiografia

contrastada que demonstram claramente vasos estenóticos. A angiografia pulmonar pode detectar obstrução arterial pulmonar, e a venografia fornece o diagnóstico de síndrome da VCS ou oclusão da VCS proximal.

A ressonância eletromagnética do tórax contrastada com gadolínio na avaliação e manejo da mediastinite fibrosante, podem fornecer informações adicionais sobre a localização e atividade da doença, mas precisam de mais estudo.

O papel da tomografia por emissão de pósitrons (FDG PET-TC) não é claro. Um estudo demonstrou captação negativa de FDG, concluindo que a varredura PET é útil na diferenciação com malignidade. No entanto, outros estudos mostraram que lesões inflamatórias ativas também são ávidas por PET, de modo que pode ser usado para avaliar a resposta ao tratamento, embora uma biópsia para excluir uma neoplasia, ainda seja obrigatória. Dessa forma, uma massa de tecido mole mediastinal e hilar, metabolicamente ativa, com sinais de atividade e sugestiva de infecção por histoplasma ou por tuberculose, pode sugerir um curso terapêutico com esteróide.

Assim, o FDG-PET-CT pode ajudar a estabelecer atividade dentro da massa, embora a biópsia ainda seja necessária para excluir malignidade e recorrência de TB. Pode-se realizar a biópsia endobrônquica guiada por ultrassom, que tem a vantagem

de ser menos invasiva, em comparação com uma biópsia cirúrgica torascópica videoassistida ou mediastinoscopia, mas nem todas as lesões são acessíveis por essa abordagem. É importante notar que, em alguns casos, a biópsia pode mostrar tecido fibroso sem inflamação granulomatosa ativa e, juntamente com a avidéz de FDG-PET, pode-se postular que se trata de inflamação fibrótica ativa.

Os exames de ventilação-perfusão podem revelar defeitos de ventilação e perfusão. Esses exames ajudam a localizar os segmentos pulmonares envolvidos, fornecem informações funcionais sobre o comprometimento geral na ventilação ou na perfusão, e fornecem estimativas dos benefícios potenciais com procedimentos cirúrgicos vasculares e brônquicos, para abrir estruturas comprimidas.

Os resultados da função pulmonar dependem do tipo e extensão da oclusão, e fornecem uma avaliação geral do comprometimento ventilatório. Um EcoDopplerCardiograma, também mostra como estão as contratilidades das câmaras cardíacas.

Infelizmente, não há consenso geral sobre os critérios diagnósticos para Mediastinite Fibrosante. A biópsia de tecido pode fornecer um diagnóstico histológico e etiológico, mas as decisões sobre a biópsia precisam de uma análise risco-benefício cuidadosa.



TRATAMENTO

Não há tratamento farmacológico estabelecido para medistinite fibrosante ou suas complicações. Medicamentos, como antiinflamatórios, antifúngicos e antimicobacterianos têm sido usados, mas seus efeitos em retardar a progressão da doença são inconclusivos.

A mediastinite fibrosante geralmente pode ser uma complicação tardia de uma infecção por *Histoplasma capsulatum* ou *Mycobacterium tuberculosis*. Portanto, o tratamento com antifúngicos ou antimicobacterianos devem ser reservados para pacientes com histoplasmose ou tuberculose ativas, e isso provavelmente

requer biópsia e culturas.

O benefício dos corticosteróides e outros agentes não foi conclusivo; vários relatórios encontraram resultados diferentes. Um estudo relatou que três de seis pacientes com alteração radiológica difusa, responderam a esteróides em imagens repetidas, enquanto nenhum dos quatro pacientes com fibrose localizada melhorou. Eles propuseram que a fibrose generalizada pode ser indicativa de uma resposta imunológica ativa mais generalizada e, portanto, ter uma melhor resposta à terapia anti-inflamatória.

Caso se suspeite de Tb envolvimento ganglionar pela Tuberculose, devido ao



aumento da atividade observada no PET-TC, pode-se iniciar um curso com 1 mg/kg/dia ou 60 mg de Prednisona diariamente, com quimioprofilaxia para TB. Após 2 meses de tratamento, avaliar se há melhora sintomática, e com uma nova tomografia computadorizada de controle. Para diminuir a dose de esteróides, pode-se associar Micofenolato de mofetil 500 mg duas vezes ao dia, reduzindo gradativamente para apenas 10 mg de Prednisona diariamente, nos 4 meses seguintes.

O tratamento pode ser iniciado com altas doses de esteróides e, de acordo com outros casos tratados na literatura, pode ser administrada uma quimioprofilaxia para TB. Não há necessidade de se realizar uma repetição do FDG-PET para avaliar se houve redução na atividade dentro da massa, se houver redução no tamanho da lesão, que é considerado o principal fator para causar compressão das estruturas locais, e não a quantidade de inflamação ativa.

O uso de micofenolato de mofetil como terapia adjuvante, foi baseado no sucesso com esta terapia no tratamento da fibrose retroperitoneal, onde foi mostrado que 89% dos pacientes tiveram uma redução de mais de 25% no tamanho da massa periaórtica, mas também como agente esteróide poupador.

Um estudo relatou o uso de Rituximabe em três pacientes com mediastinite fibrosante secundária à histoplasmoze. Esses pacientes tiveram exames de PET-TC positivos. Sintomas clínicos, imagens radiográficas (tamanho da massa) e imagens PET melhoraram com o tratamento. Este estudo sugere que alguns pacientes têm inflamação mediada por células B em curso, que responde à depleção de células B.

O Tamoxifeno, um modulador seletivo do receptor de estrogênio, tem sido usado em combinação com esteróides,

com base em seus efeitos antifibróticos, contra a atividade do fator de crescimento transformador β . Um estudo usou esteróides e Tamoxifeno em combinação com um bom efeito inicialmente, e quando o Tamoxifeno foi interrompido, a progressão da doença voltou a ocorrer, antes de regredir mais uma vez com a terapia de combinação. Em contraste, quando a recaída ocorreu após o desmame de doses de esteróides, como parte da terapia combinada com Tamoxifeno em outro paciente, a equipe aumentou as doses de esteróides para induzir a remissão novamente, com bom sucesso. Em outro relato de caso, uma combinação tripla única de Itraconazol, Tamoxifeno e esteróides em altas doses, foi bem-sucedida na redução da atividade de FDG na varredura de PET.

A intervenção cirúrgica, com mediastinotomia exploradora, pode auxiliar na avaliação da extensão do acometimento vascular, e oferece a oportunidade de descomprimir as estruturas envolvidas. No entanto, a excisão de tecido fibroso é arriscada e complexa, devido à invasão de vasos próximos, infiltração e crescimento excessivo de tecido. Portanto, a abordagem de tratamento deve ser adaptada ao caso individual. Em pacientes com parênquima pulmonar não funcional, foi realizada lobectomia ou pneumonectomia.

Intervenções não cirúrgicas, como angioplastia com balão com stent intravascular, são eficazes no manejo da compressão vascular, e proporcionam alívio

sintomático em até 87% dos pacientes. O procedimento pode ser de difícil execução, devido a uma exigência de pressão mais alta para a implantação do stent em vasos comprimidos, e devido à tendência dos stents migrarem para uma área não envolvida do vaso. A necessidade de restent secundária ao crescimento progressivo do tecido fibroso, trombose ou colapso do stent, foi relatada em até 28% dos casos, com tempo médio de recorrência de 115 meses. Um estudo concluiu que intervenções de aplicação percutânea melhoraram os resultados clínicos e a taxa de sobrevida em cinco anos, em casos com oclusão vascular bilateral, mas não unilateral. Os stents brônquicos podem abrir as vias aéreas comprimidas.

As técnicas cirúrgicas de reconstrução vascular com revascularização com próteses de silicone, homoenxertos ou enxertos de veia safena, devem ser consideradas como alternativa ao implante de stent, principalmente em pacientes mais jovens e em pacientes com intervenções percutâneas malsucedidas. Um estudo relatou perviedade em 87,5% dos pacientes com seguimento clínico médio de 10,9 anos após a colocação do enxerto espiral para alívio da obstrução da VCS.

A intervenção cirúrgica é considerada de alto risco, em alguns casos. A decisão de operar deve ser reservada como último recurso e, além disso, não previne a progressão da doença, com novos procedimentos repetidos provavelmente sendo necessários, dentro de 6 a 12 meses.



MARTA MEDEIROS: **um reforço articular na** **Academia Cearense de Medicina**

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA
Conselheiro do Jornal do Médico
Membro titular da ACM - Cadeira 18
CRM/CE 2412



Marta Maria das Chagas Medeiros, filha de José Victor Medeiros e Maria Alfa Medeiros, nasceu em Sobral-Ceará, em 26/08/1958.

Ingressou no Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) em janeiro de 1977, concluindo-o em 1982.

Dra. Marta Medeiros cumpriu Residência Médica em Clínica Médica no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da UFC (1983-1984) e em Reumatologia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FM/USP-RP) (1985-1986).

Estendeu a sua permanência em Ribeirão Preto-SP, para cursar o Mestrado em Reumatologia da Faculdade de Medicina da USP-RP (1987-1988), ao tempo em que foi médica assistente em Reumatologia no Hospital Universitário da FM/USP-RP.

Retornou a Fortaleza, em 1989, ao ser aprovada em concurso de Professor Assistente do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFC, galgando os passos da carreira acadêmica de Professora Adjunta e de Associada, culminando, brilhantemente, mediante concurso, como Professora Titular, se aposentando em 2017.

No percurso de sua trajetória acadêmica, a Profa. Marta Maria das Chagas Medeiros fez o Doutorado em Reumatologia na Escola Paulista de Medicina da Universidade

Federal de São Paulo (Unifesp) (1996-1998) e a Especialização em Epidemiologia Clínica (1996). Foi bolsista do American College of Physician (ACP), como fellow na Universidade de Toronto, Canadá (junho-julho 2008).

Durante o seu vínculo funcional com a UFC (1989-2017), assumiu os seguintes encargos: Coordenadora do Programa de Residência Médica do HUWC (1995); Diretora da Unidade de Epidemiologia Clínica / Núcleo de Medicina Baseada em Evidências (1998-2000); Diretora de Ensino e Pesquisa do HUWC (1999); Coordenadora de Curso de Pós-Graduação (Epidemiologia Clínica) no Mestrado do Departamento de Medicina Clínica (1999-2004); Coordenadora da disciplina de Reumatologia do Departamento de Medicina Clínica / FAMED (1999-2000) e (2005-2011); Chefe do Serviço de Reumatologia do HUWC (2000-2005); Coordenadora do Projeto de Extensão Núcleo de Estudos em Lúpus Eritematoso Sistêmico (2001-2004); Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC (2006-2008); Supervisora da Residência Médica em Reumatologia do HUWC (2003-2015); e Vice-chefe do Departamento de Medicina Clínica (2013).

Sua produção científica se destaca pela publicação de 49 artigos, principalmente em temáticas relacionadas a doenças autoimunes, em revistas médicas nacionais e internacionais, e pela participação em 16 capítulos de livros. Foi a coordenadora do livro “Manual de Reumatologia para o

Residente”, publicado em 2014.

Sua participação em bancas examinadoras se expressa com as seguintes cifras: concursos públicos (19), doutorado (8), mestrado (4) e trabalhos de conclusão curso (27).

Como demonstração de benquerença dos seus alunos, e por sua competência didática, ela foi professora homenageada por 21 turmas de concludentes de Medicina da Faculdade de Medicina da UFC e cedeu seu nome a turma de médicos formados da UFC de 2016.1.

A Profa. Marta Medeiros foi aquinhoadada com as seguintes honrarias: homenagem da Sociedade Cearense de Reumatologia (2015-2017) pelo trabalho de valorização da Reumatologia, tendo em vista a sua dedicação ao ensino e excelência de atendimento aos pacientes reumáticos; homenagem do Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC por ocasião dos 60 anos do referido hospital (2019), pela dedicação a formação humana e qualificada dos profissionais de saúde; homenagem da Assembleia Legislativa de Estado do

Ceará, pelo transcurso do Dia Mundial da Luta Contra o Reumatismo (2017); e membro titular da Academia Brasileira de Reumatologia (Cadeira 18), desde setembro de 2019.

A Dra. Marta Medeiros, a despeito da sua aposentadoria no serviço público, mantém-se ativa no ensino e na pesquisa médica, concorrendo com o seu proficiente labor na formação do corpo discente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, desde 2020.

Eleita em 22/06/2022, sob o número acadêmico 130, tomou posse na Academia Cearense de Medicina (ACM) em 22/07/2022, assumindo a Cadeira 52, patroneada por Arthur Enéas Vieira de Figueiredo, que fora anteriormente ocupada por Sérgio Gomes de Matos, falecido em 2019, sendo recepcionada pelo Acad. Sebastião Diógenes Pinheiro.

A chegada da ilustre reumatologista aos umbrais da arcádia médica cearense configura um importante reforço na capacidade articular dessa entidade.



LUCIANO PINHEIRO: **ênfase à saúde da mulher na** **Academia Cearense de Medicina**

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA
Conselheiro do Jornal do Médico
Membro titular da ACM - Cadeira 18
CRM/CE 2412



Luciano Silveira Pinheiro, filho de Renato Vitoriano Pinheiro e de Francisca Nadir Silveira Pinheiro, nasceu em Fortaleza-CE, em 12 de setembro de 1940.

Como arrimo de família, para ajudar no sustento da família, ainda adolescente, Luciano Pinheiro começou a trabalhar na Seção de Fomento Agrícola do Ministério da Agricultura no Ceará, exercendo a função de Office Boy (Contínuo) e de datilógrafo.

Ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 1963, concluindo o seu curso médico em 1968.

O Dr. Luciano Silveira Pinheiro cumpriu Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (GO) na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) da UFC (1969 a 1970).

Sua formação acadêmica, com a pós-graduação *stricto sensu*, iniciou com o Mestrado em Tocoginecologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FM/USP-RP), concluído em 1979, quando defendeu a dissertação Perfil histoenzimológico do carcinoma de mama. Correlação com o percentual de cromatina sexual e a gradação histológica da neoplasia, recebendo nota 10,0 da banca examinadora.

Na mesma FM/USP-RP cursou o Doutorado em Tocoginecologia, que



Meu pai agora empossado como Membro Titular da Academia Cearense de Medicina. Parabéns! Triunfo de uma vida sempre voltada a medicina e estudos. Meus mais sinceros parabéns a este grande homem que tanto me produz orgulho.

concluiu em 1985, com a defesa da tese Perfis hormonais e anátomo-patológicos em pacientes portadoras de displasia mamária, antes, durante e após tratamento com antiestrogênio, aprovada com nota máxima da banca examinadora.

O médico Luciano Pinheiro foi staff da Clínica Obstétrica do Hospital Geral de Fortaleza (ex-INAMPS), sob a chefia do Prof. Francisco das Chagas de Oliveira, no período de 1970 a 1991 e Assistente Médico

do Diretor desse hospital, no período de 1974 a 1975.

Foi professor colaborador de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFC, de 1974 a 1976, lotado no Departamento de Saúde Comunitária.

Em 1981, ao ser aprovado em Concurso Público para Professor Assistente de GO, com a média 10, foi admitido como docente efetivo da UFC, assumindo suas funções docentes no Departamento de Saúde Comunitária e prestando serviços assistenciais na MEAC.

Cumprindo os interstícios da vida acadêmica foi promovido a Professor Adjunto e corou sua carreira ao ser aprovado, com a média 9,24, no Concurso Público de Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFC, quando defendeu a tese Estudo do tratamento cirúrgico de 33 pacientes portadoras de prolapso vaginal pós-histerectomia, em junho de 1998.

Em seu vínculo funcional com a UFC (1981-2010), se ocupou dos seguintes feitos: Chefe de Equipe de Plantão da MEAC, no período de 1971 a 1985; Coordenador do Internato Médico da MEAC, de fevereiro de 1984 a junho de 1995; Chefe do Departamento de Saúde Comunitária, de junho de 1995 a junho de 1996; Com apoio do Prof. Chagas Oliveira e do Dr. Alberto Oliveira, criaram o Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da UFC,

em julho de 1996, sendo eleito chefe por dois mandatos; Teve efetiva e decisiva participação para a recriação da Faculdade de Medicina, que fazia parte do CCS, desde 1969 apenas como Curso de Medicina. Publicou o livro Displasia mamária: abordagem atual. Fortaleza: Imprensa UFC, 1987 (edição esgotada) e foi coeditor dos livros: 1. REMÍGIO NETO, José. Temas de obstetrícia. Recife: UFPE, 2001; 2. CALTABIANO, Maria de Lourdes e cols. Ginecologia baseada em problemas. Fortaleza: LCR, 2011; e 3. RIBEIRO FILHO, Antônio. Anatomia humana da parede e cavidade abdominal e pélvica aplicada ao trauma. Fortaleza: Premium, 2016.

É autor dos seguintes capítulos de livros: 1. Ruptura uterina e descolamento prematuro de placenta; 2. Etanol, fumo e gravidez; 3. Descolamento prematuro de placenta, amniorrexe prematura e hemoglobinopatias; 4. Prevenção de câncer do colo uterino, câncer do colo uterino, carcinoma de endométrio, sarcoma de útero, prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária; e 5. Trauma pélvico em ginecologia e obstetrícia.

Sua produção científica se destaca ainda pela publicação de oito artigos em periódicos médicos estrangeiros e 42 em revistas brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia. Em Congressos e Jornadas de GO, o Dr. Luciano Pinheiro teve 120 participações ativas, via conferências, mesas redondas e aulas proferidas, e apresentou 48 trabalhos.

Participou em Bancas Examinadoras de Mestrado (3), Doutorado (3) e concursos públicos para a docência superior (9), sendo uma de Auxiliar de Ensino, três de Professor Assistente e cinco de Professor Titular.

O Prof. Luciano Pinheiro foi dignificado como Professor Emérito da UFC (2013) e agraciado com a Medalha de Honra ao Mérito Profissional do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (2018).

Após a aposentadoria docente o Prof. Luciano Pinheiro foi membro do PROPAP (Programa do Professor Aposentado da UFC), com o desenvolvimento de Projeto de Pesquisa sobre endometriose cicatricial (2017-2020).

Atualmente, mantém-se proativo no

ensino e na pesquisa médica, passando também a incursionar no campo literário, como cronista e contista. O conto A Lenda dos Ovos, de sua autoria recebeu Menção Honrosa, no V Prêmio Ideal Clube de Literatura, em 2002. O seu livro “Rascunhos Dispersos” encontra-se em fase final de redação.

Eleito em 22/06/2022, sob o número acadêmico 129, foi empossado na Academia Cearense de Medicina (ACM) em 22/07/2022, assumindo a Cadeira 48, patronada por Newton Teófilo Gonçalves, que era antes ocupada pelo Acad. Pedro Henrique Saraiva Leão, falecido em 2022, sendo saudado pelo Acad. Sebastião Diógenes Pinheiro.

A entrada do perlustrado tocoginecologista no sodalício médico cearense possibilita a expansão da temática da saúde da mulher no âmbito dessa confraria.



**DESCOMPLIQUE
GRÁTIS
AS REGRAS
DA PUBLICIDADE
MÉDICA DO
CONSELHO
FEDERAL
DE MEDICINA
COM ESPECIALISTAS
DE ALTO NÍVEL**

www.jornaldomedico.com.br/ebooks

