



Academia de Medicina do
Estado do Rio de Janeiro

Revista da

ACAMERJ

Ano IV - nº 07 - Janeiro-Junho/2019
ISSN: 2525-9466



INSTITUIÇÃO FINANCEIRA COOPERATIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

A Unicred Niterói é uma instituição financeira cooperativa, regulamentada e autorizada pelo Banco Central do Brasil, que tem como principal objetivo a saúde financeira e bem-estar dos cooperados, com relacionamento próximo e assessoria adequada a cada perfil. O sistema Unicred é formado pela Unicred do Brasil, Unicred's Centrais e Singulares.

Na Unicred Niterói, o cooperado tem à sua disposição equipes especializadas em consultoria financeira, prontas para identificar e propor alternativas para a gestão dos seus recursos, oferecendo produtos e serviços que realmente atendam às suas necessidades nos diversos momentos da vida.

Nossos gerentes são certificados pela ANBIMA e capacitados para um atendimento personalizado e de qualidade.

Compare os benefícios de utilizar a Unicred como instituição financeira principal:

COOPERATIVA UNICRED	BANCO
Assessoria Personalizada	Atendimento em massa
Distribuição de sobras (resultados) entre os associados	Distribuição de lucros entre os acionistas
Cada um tem o direito a um voto, decidindo os rumos do negócio	Os rumos são definidos pelo capital
Taxas, tarifas e juros adequados ao seu perfil	Taxas, tarifas e juros superiores e às vezes abusivos
Produtos do mercado desenvolvidos para atender as suas necessidades	Produtos padronizados
Compromisso com o futuro do associado	Compromisso com o lucro dos proprietários
Administrada por cooperados com experiência em gestão e finanças	Administrados por executivos

SOMANDO BENEFÍCIOS PARA VOCÊ!

Diferenciais

- Menor Custo Operacional
- Produtos e Serviços Exclusivos
- Taxas Competitivas
- Atendimento Personalizado

O cooperado também é dono.

Na Unicred o profissional da saúde não é só um cliente especial, é **DONO**. O capital é dividido em cotas, adquiridas pelos associados no ato da adesão e por aportes eventuais. Distribuição anual de sobras aos cooperados na proporção das suas operações financeiras com a cooperativa.



Luiz José Martins Romêo Filho
Presidente da Acamerj

Início de uma nova caminhada

Iniciamos em janeiro uma nova caminhada à frente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ).

Quem inicia traz novas propostas, novas ideias, novas metas e mantém as realizações marcantes das gestões anteriores. Assim sendo, torna-se imprescindível manter a periodicidade da Revista da ACAMERJ, que vem sendo muito elogiada e lida pelo seu conteúdo. A Revista é semestral e caminha para seu sétimo número, contendo três seções distintas: científica, cultural e social. A seção científica consta de dois artigos de renomados colegas, especialistas nos assuntos apresentados e com grande vivência nos mesmos; a seção cultural consta de crônicas, ensaios sobre temas de interesse geral e a seção social traz a atualidade da Academia e de seus pares, através de suas atividades e eventos, mostrando como é profícua e participativa.

A Revista sofreu uma perda importante, com a saída, por motivos particulares, de sua Editora Chefe, Acadêmica Solange Artimos de Oliveira. Em seu lugar, assumiu o atual Vice-Presidente, Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, que com sua criatividade, certamente, a substituirá a contento. O restante do Conselho Editorial continuará a colaborar com a revista.

Gostaríamos, neste editorial, de expressar nossa satisfação pelas realizações já conquistadas neste ano. Em março aconteceu a solenidade de posse de seis novos acadêmicos, elogiada pela sua pontualidade, pela qualidade do seu coquetel e música e principalmente, pelos discursos de alto nível. As reuniões de Diretoria e Conselho Científico tiveram importante participação dos acadêmicos. As sessões ordinárias da sede, organizadas pelo Acadêmico Antonio Luiz Araújo versaram sobre diferentes temas de interesse científico: em março, o Simpósio sobre Cirurgia Plástica teve como coordenador o Acadêmico Ricardo Cavalcanti Ribeiro; em julho, Simpósio sobre Histopatologia Renal na Insuficiência Renal Aguda, tendo como palestrante o Acadêmico Omar da Rosa Santos. Fora da sede, tivemos, em maio, sessão conjunta com a Academia Fluminense de Letras, em homenagem ao renomado cientista Carlos Chagas com o tema “Carlos Chagas, de Niterói para o Mundo”, organizada pelo acadêmico Evandro Tinoco Mesquita e em julho, em conjunto com a Pós-graduação em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense e Câmara dos Vereadores de Niterói realizamos o Simpósio Dia de Alerta contra a Insuficiência Cardíaca em Niterói.

Uma das metas no nosso trabalho é estreitar laços entre a nossa Academia e Academias irmãs. Para tanto, fomos a São Paulo e contactamos o Presidente da FEDERAÇÃO BRASI-

LEIRA DE ACADEMIAS DE MEDICINA (FBAN), José Roberto Baratela, que retribuirá a visita, proferindo palestra em nossa academia no mês de julho sobre “FBAM, Suas Afiliadas, Projetos para o Futuro”. Também contactamos o Presidente da Academia Nacional de Medicina, que após entendimentos encampou sediar o SEGUNDO CONGRESSO INTERNACIONAL LATINO-AMERICANO DE ACADEMIAS, por nós organizado. O evento acontecerá no dia 31 de outubro com a participação da ACADEMIA NACIONAL DA ARGENTINA, a ACADEMIA NACIONAL DO CHILE, além da ACAMERJ e da ANM.

A partir de agosto, a agenda da ACAMERJ já está pronta: dia 12 de agosto, em conjunto com a Pós-graduação em Ciências Cardiovasculares, palestra sobre “Medicina e Arte”, pelo professor italiano Raffaele Giubbini, no Hospital Universitário Antonio Pedro, organizada pelo Professor Cláudio Tinoco Mesquita; dia 19 de setembro, Simpósio sobre Cirurgia Cardíaca e Vasculatura Periférica e dia 17 de outubro, Simpósio sobre Infertilidade Conjugal, ambos na sede.

Duas reuniões de Núcleo acontecerão, no dia 29 de agosto, em Teresópolis, tendo como tema “Pneumopatias na Infância”, sob a organização da Acadêmica Vania Glória Silami Lopes e 28 de setembro, em Nova Friburgo, sobre “Diabetes”, organizada pelo Acadêmico José Antonio Verbicário Carin.

Queremos assinalar que a revista já tem para o primeiro número desta gestão novos patrocinadores, HOSPITAL ICA-RAÍ e SEACOR. Continuam nos prestigiando o COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI (CHN), o LABORATÓRIO BITTAR e a UNICRED.

Agradecimentos se fazem necessários: à EDITORA LL DIVULGAÇÃO EDITORA CULTURAL LIMITADA, que continuará a editar nossa revista e que muito nos ajudou na excelente apresentação da mesma, no seis primeiros números; ao Editor Chefe e Conselho Editorial e a entidades que muito nos auxiliam UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE, ASSOCIAÇÃO DOS PROFESSORES INATIVOS DA UFF, ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Esperamos que a revista, em nossa gestão, continue a ser prestigiada com a leitura dos Acadêmicos e apreciada pelo seu conteúdo. A divulgação para todos os Acadêmicos e entidades de importância médico-científica continuará a ser feita de maneira intensiva.

Concitemos as confradeiras e os confrades à participação, para que juntos continuemos o empenho pelo engrandecimento da ACAMERJ.





Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Fundada em 08/12/1974
Diretoria 2019-2020-2021

Presidente

Luiz José Martins Romêo Filho

1º Vice-Presidente

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

2º Vice-Presidente

Elimar Antônio Bittar

Secretário Geral

Vilma Duarte Câmara

1º Secretário

Selma Maria Azevedo Sias

2º Secretário

João Batista Thomaz

1º Tesoureiro

Theóphilo José da Costa Neto

2º Tesoureiro

Wellington Santos

Diretor de Patrimônio

Rubens Antunes da Cruz Filho

Diretor de Documentação e Biblioteca

Leslie de Albuquerque Aloão

Orador

Evandro Tinoco Mesquita

Conselho Científico

Presidente

Omar da Rosa Santos

Conselheiros

Marcos Raimundo Gomes de Freitas

Maria da Glória da Costa Carvalho

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Antônio Luiz de Araújo

Gesmar Volga Asséf Haddad

Alcir Vicente Visela Chácar

Conselho Fiscal

Josemar da Silveira Reis Titular

Gladyston Luiz Lima Souto Titular

Tarcísio Rivello de Azevedo Titular

Mário Gáspare Giordano Suplente

Hélio Copelman Suplente

Pedro Luiz Pinto Aleixo Suplente

Revista da ACAMERJ

Editor Chefe

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Conselho Editorial

Alair Augusto Sarmet dos Santos

Jocemir Ronaldo Lugon

Maria da Glória da Costa Carvalho

Rubens Antunes da Cruz Filho

Solange Artimos de Oliveira

Vania Glória Silami Lopes

Vilma Duarte Câmara

Secretárias

Alita Baptista dos Santos

Carolina da Conceição Nascente

Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

ISSN: 2525-9466

A Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ) é publicação oficial da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

A Revista da ACAMERJ tem por objetivo publicar as atividades da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, além de artigos que contribuam para a cultura e a prática médica em quaisquer áreas do conhecimento médico-científico. Todos os artigos enviados são submetidos a processo de revisão por pares, antes do aceite final pelo Editor.

A Revista da ACAMERJ é editada e publicada pela Editora LL Divulgação Editora Cultural Ltda e está disponível on-line, sendo publicada duas vezes por ano, com eventuais números extras.

Criada pela diretoria da gestão 2016-2017-2018.

Presidente: Ac. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

Produção Editorial:

LL Divulgação Editora Cultural Ltda

R. Cel. Moreira César, 426 sl. 1401 - Icaraí - Niterói - Tel.: (21) 2714-8896

Jornalista: Walmyr Peixoto - Reg. Mtb RJ 23534 JPMTE

Impressão: SmartPrinter / **Tiragem:** 1.000 exemplares

Foto da Capa: Nelma Latham

A versão eletrônica desta revista, com o conteúdo completo, pode ser acessada no seguinte endereço: www.acamerj.org

Endereço: Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí, Niterói, RJ. CEP: 24230-150

Tel.: (21) 2711-0721; Tel/Fax.: (21) 2612-0970.

E-mail: acamerj.secretaria@gmail.com

Informações Importantes

As matérias assinadas, e todo o conteúdo científico, são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro não se responsabiliza por quaisquer danos pessoais causados pelo uso de produtos, novas ideias e dosagem de medicamentos propostos nos manuscritos publicados.

As matérias publicadas neste periódico são propriedade permanente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e não podem ser reproduzidas por nenhum modo ou meio, em parte ou totalmente, sem autorização prévia por escrito.

Instruções para os autores

Os artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para:

Acadêmica Solange Artimos de Oliveira

Editor Chefe da Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

E-mail: acamerj.secretaria@gmail.com.

Normas para publicação na Revista da ACAMERJ podem ser obtidas no seguinte endereço: www.acamerj.org





Editorial



Início de uma nova caminhada

Luiz José Martins Romão Filho

Pág. 03

Seções: Científica

O perfil das Doenças Neuromusculares no Brasil

Marcos RG de Freitas

Pág. 07

Espondilodiscite: Uma Revisão de Literatura

Alan Bittencourt da Silva, Ianick Souto Martins

Pág. 12

Cultural



Emoções a bordo

Sidney Gomes

Pág. 18

Social / Eventos



Pág. 21

- Hospital Gaffrée e Guinle homenageia o Acad. Pietro Novellino
- Faleceu aos 87 anos o Acad. Dernival Brandão



- Acadêmico Adauto Dutra M. Barbosa empossado Diretor da Faculdade de Medicina da UFF
- Personalidade Médica do Ano da AMF

- Acadêmico em universidade norte-americana
- Marcante atuação na Academia Brasileira de Educação

Pág. 22



- “Doenças Cardiovasculares - como evitá-las” na ASPI/UFF
- Academia Fluminense de Letras celebra 100 Anos do Instituto Vital Brazil

- Professor Jerson Lima toma posse na FAPERJ

Pág. 23

- Sessão Solene de posse de Novos Acadêmicos

Pág. 24



- Sessão Ordinária: Simpósio de Cirurgia Plástica
- Visita ao Acadêmico José Roberto de Souza Baratella

Pág. 25



- Carlos Chagas: de Niterói para o Mundo
- Simpósios de maio

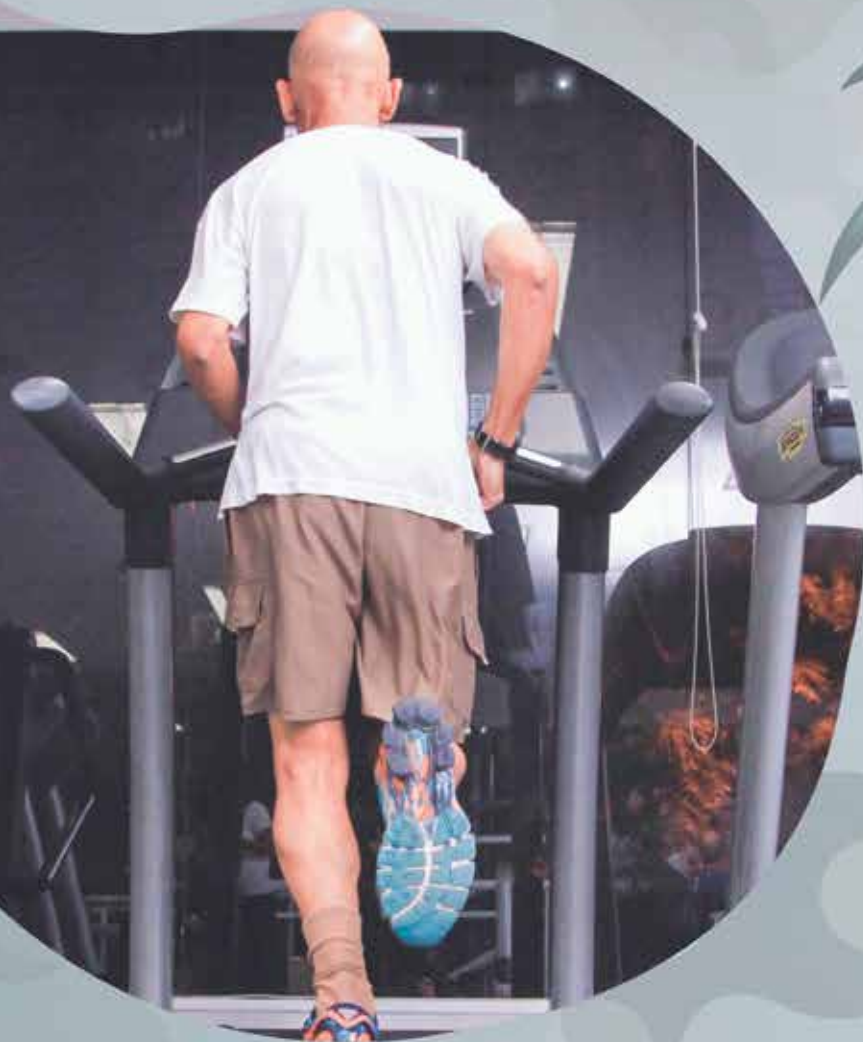
Pág. 26





CENTRO DE EXERCÍCIOS

SEACOR



TRATAMOS, REABILITAMOS, E AUXILIAMOS NA PREVENÇÃO POR MEIO DE ATIVIDADES FÍSICAS SUPERVISIONADAS POR PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS, PRIMANDO PELA QUALIDADE E PELO RESPEITO À SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE. OBTEMOS ASSIM, EXCELENTES RESULTADOS CLÍNICOS.

REABILITAÇÃO CARDÍACA

80% é a taxa de retenção nos seis primeiros meses de participação no programa de reabilitação cardíaca do CES.

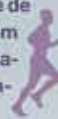
Fonte: IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. [online] 2009, vol.93, n.6, suppl.2 [cited 2016-02-23], pp.e179-e264

20-30% de redução na chance de morte durante cinco anos após um ataque cardíaco ou cirurgia de by-pass em pacientes que participam de programa de reabilitação cardíaca.



Fonte: Centros de Controle e Prevenção de Doenças.

30% de redução na chance de ter um evento cardíaco fatal com reabilitação cardíaca em comparação com a terapia medicamentosa sozinha.



Fonte: CardioSmart.org

36 é o número de sessões de reabilitação cardíaca associado a um risco 47% menor de morte em quatro anos, quando comparada à apenas uma sessão.



Fonte: Hamill BG, Curtis LH, Schulman KA, DJ Wilton. Circulation 2010; 121: 63-70

CONVÊNIOS E PARTICULARES

VITAL BRAZIL

Av. Almirante Ary Parreiras,
668 - Niterói - RJ

CRM: 52.0114294 -1 - PJ

CAMBOINHAS

R. Professor Florestan Fernandes,
1625 Parte, Camboinhas - Niterói - RJ

CRM: 52.0110987 -1 - PJ

SÃO GONÇALO

R. Dr. Nilo Peçanha, 346, 3º andar Parte 1
Estrela do Norte - São Gonçalo - RJ

CRM: 52.0117958 -6 - PJ



21 2609 8547



21 99805 5640

www.seacor.com.br

/clinicaseacor



O perfil das Doenças Neuromusculares no Brasil

Marcos RG de Freitas*

RESUMO

As doenças neuromusculares compreendem as afecções que se estendem das porções proximais dos axônios até os músculos. Constituem uma das mais importantes moléstias da neurologia. No Brasil, alguns centros de excelência vêm se dedicando aos estudos destas doenças. Neste trabalho procuramos enumerar as principais afecções dos nervos periféricos, da placa neuromuscular e dos músculos estudadas em nosso meio. Apesar dos poucos recursos em nossos centros de pesquisa, alguns grupos aqui citados se esforçam na pesquisa destas moléstias.

PALAVRAS-CHAVE

Doenças dos nervos periféricos. Doenças da placa neuromuscular. Doenças dos músculos.

ABSTRACT

The neuromuscular disorders refer to the conditions that affect the proximal axonal roots till the muscles they innervate. They are among the more common neurologic disorders. We try to show the main diseases of the peripheral nerves, the neuromuscular junction and the muscles that are studied in Brazil. Despite we are a poor country, there are some centers that look for the search in those disorders. They are showed in this paper.

KEY WORDS

Peripheral nerve diseases. Diseases of the neuromuscular junction. Muscles diseases.

INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas, as descobertas em genética molecular, as biópsias sofisticadas de nervos e músculos, os exames de imagem e as pesquisas em neurotransmissores vêm trazendo progresso no conhecimento, diagnóstico e mesmo em tratamento das doenças que acometem o sistema nervoso periférico, a transmissão neuromuscular e as afecções dos músculos. As doenças neuromusculares compreendem alterações na unidade motora, estendendo-se dos axônios aos músculos. O acometimento do corpo da célula motora, que está situado nas pontas anteriores da substância cinzenta da medula, é estudado nas afecções medulares e foge assim da finalidade desta revisão.

No Brasil, apesar das dificuldades na realização de pesquisas e falta de tecnologia de ponta, algum progresso tem sido alcançado no conhecimento destas doenças, mormente naquelas de natureza infecciosa.

Na primeira metade do século passado, quando os dados clínicos sobrepujavam de muito as novidades tecnológicas, alguns trabalhos brasileiros sobre doenças neuromusculares surgiram no cenário mundial. Austregésilo⁽¹⁾, com sua intimidade com as doenças do sistema nervoso, já indagava das semelhanças entre duas polineuropatias hereditárias: a doença de Charcot-Marie-Tooth e a doença de Déjérine Sottas, que hoje fazem parte do mesmo grupo das polineuropatias hereditárias sensitivo-motoras. Julião⁽²⁾ e de Mello⁽³⁾, respectivamente em

São Paulo e no Rio de Janeiro, estudaram a polineuropatia amiloídica familiar, na época, doença recém descrita por Corino de Andrade em Portugal. Foi no Brasil, através de de Mello⁽³⁾ que se descobriu sua natureza hereditária. O mesmo Julião⁽²⁾, em São Paulo, referiu-se com minúcias as formas nervosas da lepra, já endêmica em nosso meio. O pioneirismo no estudo das doenças da placa motora coube a Lamartine de Assis⁽⁴⁾, em São Paulo, analisando a Miastenia Gravis, não só no quadro clínico, como também no tratamento. As moléstias musculares foram de início referidas com maior afinco por Levy⁽⁵⁾, que escreveu o primeiro livro brasileiro sobre estas doenças, especializando-se principalmente nas distrofias musculares progressivas.

Nos últimos anos, centros isolados em nosso país-continente, vêm se dedicando aos estudos de doenças neuromusculares. Descreveremos em separado as afecções que acometem o sistema nervoso periférico, a placa neuromuscular e o músculo, que vêm despertando interesse em centros nacionais.

1- NEUROPATIAS PERIFÉRICAS

O acometimento do plexo braquial superior de causa obstétrica vem despertando o interesse de Heise e Gherpelli⁽⁶⁾ no serviço de Neurologia Infantil do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo. Comparando 26 casos com recuperação da paralisia obstétrica do plexo braquial em seis meses, com 21 casos que em 12 meses não haviam ainda recuperado,

*Professor Titular aposentado de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF. Professor Colaborador de Neurologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Titular da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – ACAMERJ.
Endereço para correspondência: Rua Gastão Ruch 16, apt 1402, Icaraí, Niterói, RJ. CEP: 24220-100
E-mail: mgdefreitas@outlook.com



não observaram relação dos dois grupos com o nível do Apgar, com o peso ao nascer ou com o uso do fórceps. No estado de São Paulo, Kouyoumdjian e col⁽⁷⁾ vêm se dedicando à pesquisa em doenças isoladas dos nervos periféricos, mormente o acometimento do nervo mediano na síndrome do túnel do carpo, que sem dúvida é a síndrome compressiva mais comum dos nervos periféricos. Com a inovação de estudos eletrofisiológicos, este paulista possui hoje uma das maiores experiências brasileira nesta síndrome. O nervo ulnar (ex-cubital) é o mais acometido na hanseníase, sem ou com alterações do tegumento (Fig 1). de Freitas e col⁽⁸⁾, no estado do Rio de Janeiro, descreveram técnica de biópsia do ramo sensitivo na mão, deste nervo, para firmar o diagnóstico de lepra, permitindo assim iniciar-se precocemente o tratamento. Marques Jr e col⁽⁹⁾, em Ribeirão Preto, aplicaram a técnica do potencial “near nerve” na eletrofisiologia, visando também o diagnóstico precoce da neuropatia na lepra.

A forma neurítica pura da lepra, descrita em nosso meio pela vez primeira por Julião⁽²⁾, pode suscitar dúvida diagnóstica, devido à inexistência de alterações cutâneas. Desta maneira, vários grupos em nosso meio vêm-se dedicando ao estudo desta forma da hanseníase. O Instituto Oswaldo Cruz, da cidade do Rio de Janeiro, tem contribuído para o desenvolvimento de técnicas especializadas, como a pesquisa do anticorpo PGL-I, o PCR do bacilo, diretamente no nervo⁽¹⁰⁾. Cardoso e col⁽¹¹⁾, pela primeira vez, descreveram a forma tardia da neuropatia, ocorrendo anos após o tratamento, provavelmente devido à reação imune ao bacilo. Jardim e col⁽¹⁰⁾, atualmente, lideram as pesquisas nesta neuropatia. Ainda assim a biópsia do nervo acometido, processado por técnicas histológicas convencionais é o melhor método para o diagnóstico de certeza da lepra (Figura 2). Para isto, vem contribuindo os trabalhos desenvolvidos por de Freitas e col⁽⁸⁾, no estado do Rio de Janeiro.

As epidemias de dengue, assolando quase que anualmente os vários estados de nosso país, evidenciaram o comprometimento do sistema nervoso central e periférico devido a esta arbovirose. A síndrome de Guillain-Barré (SGB), que constitui atualmente a causa mais comum de paralisias agudas após a erradicação da poliomielite, surge como uma das complicações desta virose. Soares e col⁽¹²⁾, estudaram as manifestações neurológicas da dengue durante as epidemias no Rio de Janeiro, analisando especialmente o líquido cefalorraqueano. Encontraram meningites, encefalites, mielite e quatro casos de SGB. Com a grande freqüência da Zika em nossos meios, vários casos de SGB foram verificados e descritos por Araújo e col⁽¹³⁾ com comprovação líquórica por testes de PCR.

Araújo e col⁽¹³⁾ foram pioneiros na descoberta de caso de mielopatia pelo vírus HTLV1. Leite e col⁽¹⁴⁾ referiram-se a 45 casos de Polineuropatia (PN) em 335 pacientes com mielopatia pelo HTLV1. Destes, 31 apresentavam PN isolada. Assim, nos países endêmicos para esta moléstia, deve-se pesquisar a presença deste vírus em PN de origem obscura. A freqüência de acometimento do sistema nervoso periférico (SNP) pelo HIV foi relatada por Zanetti e col⁽¹⁵⁾. Em 459 pacientes HIV+ encontraram 34 com PN, sendo a PN sensitiva dolorosa a mais

comum. A prevalência da PN em nosso país foi comparada à norte americana em trabalho conjunto realizado em algumas cidades dos Estados Unidos e no setor de neuropatias periféricas do Hospital Universitário Antonio Pedro da UFF, em Niterói⁽¹⁶⁾. Verificou-se que, em ambas predominava a diabética. Em nosso meio, a PN etílico-carencial ocupou o quarto lugar, precedida somente pelas diabética, desmielinizante, infecciosa e hereditária (tabela 1).

Tabela 1 - Polineuropatias – Incidência – HUAP – 1995-2004: 1034 pacientes.

Causa	Número	%
Diabetes	336	32.5
Desmielinizantes	184	17.8
Infecciosas	125	12
Hereditárias	111	10,7
Etílico-carencial	56	5.4
Doenças Sistêmicas	49	3.7
Vasculites	29	2.8
Outras	144	13.93

A SGB, tão bem estudada nos países desenvolvidos, no Brasil foi descrita nos extremos da vida. Dias-Tosta e Kückelhaus⁽¹⁷⁾, fazendo levantamento na Fundação Nacional de Saúde, encontraram 1678 casos de SGB em indivíduos abaixo de 15 anos de idade, no período de 1990 a 1996. Já, França Jr. e col⁽¹⁸⁾ referindo-se à SGB em 18 idosos (média de idade 64,8 anos), constataram que oito destas eram do tipo axonal. Concluem os autores que, neste extremo da vida, a forma axonal é mais freqüente.

A PN diabética em crianças foi revista por Nery Ferreira e col⁽¹⁹⁾. Em 48 pacientes com diabetes tipo 1 (média de idade: 12,9 anos) encontraram 46% com PN de acordo com os critérios da “Conferência de San Antonio”.

Das PN hereditárias a doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT) é a mais freqüente. A prevalência é de 1 por 2500 habitantes, sendo, na maioria das vezes, de natureza benigna, raramente os enfermos deixam de andar, podendo-se assim, acompanhar várias gerações simultaneamente. Desta maneira, vários marcadores genéticos já foram identificados, sendo a duplicação da proteína PMP 22 no cromossomo 17 a mais comum. A esta mesma conclusão chegou Marques Jr e col⁽²⁰⁾. Em 53 pacientes com doença de CMT desmielinizante, verificaram, em 79%, duplicação no gene PMP22, sendo a maioria foi de natureza esporádica. Pela primeira vez, a genética molecular foi aplicada neste tipo da doença em nosso meio. Os autores concluíram ser esta a mesma proporção vista em países desenvolvidos. Continuando as pesquisas, Marques Jr e col⁽²⁰⁾ realizam atualmente todos os marcadores genéticos desta polineuropatia hereditária.



Figura 1 – Mão de paciente, com lepra neurítica pura, apresentando paralisia do nervo ulnar.

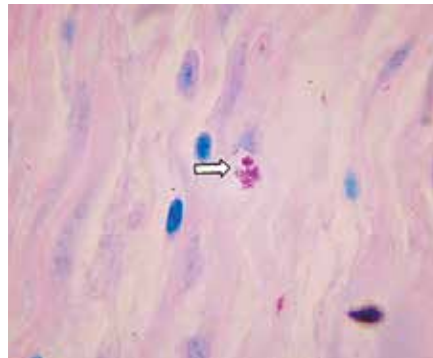


Figura 2 - Biópsia de ramo sensitivo de nervo ulnar na mão. Presença do bacilo da lepra (seta) – WADE

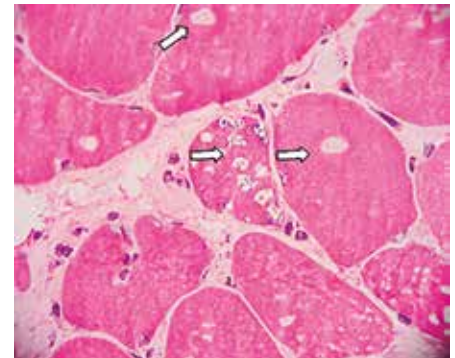


Figura 3 - Biópsia muscular (H&E) em paciente com HIV e miosite por corpo de inclusão, mostrando vacúolos marginados (setas).

A polineuropatia familiar amiloidótica (PAF) é oriunda de Portugal, sendo mais comum neste país, na Suécia, no Japão e no Brasil, os últimos que sofreram maior migração lusitana. A grande maioria é devida à mutação metionina-valina na posição trinta da transtirretina (Val-Met-30), também denominada variante portuguesa da PAF. Zaros C e col⁽²¹⁾ mostraram que os haplótipos nesta doença são os mesmos no Brasil e em Portugal sendo de 650 e 750 anos, respectivamente, o ancestral comum mais recente desta mutação. O transplante hepático na PAF foi executado em 48 pacientes referidos por Bittencourt e col⁽²²⁾. Apesar de seis óbitos por causas diversas, a maioria teve seu quadro clínico estabilizado. Os autores concluem que o transplante hepático na PAF é útil e deve ser realizado logo que se faz o diagnóstico. Nos últimos anos, através da CEPARM (Centro de Paramiloidose Antonio Rodrigues de Mello) no Hospital Clementino Fraga Filho da UFRJ, capitaneado por Márcia Waddington Cruz, novos fármacos para tratamento desta afecção tem sido propostos em conjunto com centros internacionais⁽²³⁾. Assim, no Brasil, já temos acesso ao medicamento Tafamidis usado nas fases iniciais desta doença.

No Ceará, Gondim e col.⁽²⁴⁾ vêm se dedicando a pesquisas de neuropatias periféricas devidas as doenças inflamatórias do aparelho digestivo, com publicações internacionais.

A biópsia de pele feita distal e proximalmente nos membros inferiores, com coloração específica (imunofluorescência com PGP 9,5), é o método mais acurado para verificar a presença de fibras amielínicas. É de utilidade para o diagnóstico e acompanhamento de pacientes com PN de fibras finas, onde a diminuição destas fibras ocorre precocemente. Moura e col⁽²⁵⁾ realizaram este tipo de biópsia distalmente na perna em 30 indivíduos normais, com média de 34,5 anos, a fim de padronizar os dados em nosso meio.

A ressonância magnética (RM) pode ajudar no diagnóstico de lesões de nervos periféricos, não só por visualização de gânglios, plexos e troncos nervosos, que em casos de inflamação realçam-se pelo gadolínio, mas também indiretamente por degeneração retrógrada de cordões medulares. França e col⁽²⁶⁾, da UNICAMP, mostraram degeneração dos cordões posteriores na RM medular em casos de poliganglioneuropatias. A

ultrassonografia de alta resolução vem revolucionando os estudos dos nervos periféricos e músculos. No Brasil, a Prof.^a Rita Fernandes da UFRJ é uma das pioneiras neste exame.

2-PLACA MOTORA

As doenças que afetam a sinapse neuromuscular caracterizam-se, sobretudo, por fraqueza, na maioria das vezes generalizada, porém podendo ser localizada em grupos musculares isolados. A principal delas, e mais frequente, é a miastenia gravis (MG), cujos sinais e sintomas caracterizam-se por fraqueza muscular aos esforços. De natureza autoimune, há falha na liberação de acetilcolina na placa neuromuscular, por presença de anticorpos específicos. Werneck e col⁽²⁷⁾ comparando 28 casos de MG timectomizados, com outros 28 que não retiraram o timo, não observaram benefícios no quadro clínico daqueles submetidos à cirurgia.

3-MIOPATIAS

3-1 MIOPATIAS HEREDITÁRIAS

Ocupam um lugar importante, graças aos estudos de biópsia muscular com imunohistoquímica, aos avanços da genética molecular e, mais recentemente, através da RM dos músculos. Várias destas afecções já têm o seu gene anormal identificado, assim como a proteína antigênica e as alterações íntimas que ocorrem a nível molecular como mutações, deleções, duplicações, repetições de nucleotídeos etc.

O grupo genoma da USP, na cidade de São Paulo, comandado por Zatz, lidera, em nosso meio, os estudos das doenças musculares hereditárias⁽²⁸⁾. Descreveram o diagnóstico clínico das mulheres transmissoras da distrofia muscular progressiva (DMP) pseudo-hipertrófica de Duchenne. Vieira e col⁽²⁹⁾ mostraram, pela primeira vez, que o uso de células tronco derivadas de células adiposas primitivas in vitro, poderia restaurar a distrofina, quando cultivadas com fibras musculares de enfermos com DMP de Duchenne.

Casos isolados da forma das cinturas da DMP vêm sendo relatados e até novas formas são descritas. A DMP das cinturas pode ser de transmissão autossômica dominante ou



recessiva. Zatz e col⁽²⁸⁾, em 300 pacientes com DMP das cinturas em 120 famílias, verificaram que a forma recessiva representa cerca de 90% desta enfermidade e que, na maioria das vezes, um mesmo genótipo corresponde a fenótipos diferentes, na mesma ou em diferentes famílias. Apesar de bem raras, Soares e col⁽³⁰⁾ encontraram três irmãs com a DMP de Miyoshi, miopatia autossômica recessiva, com acometimento da musculatura distal de membros inferiores devido à deficiência de disferlina.

A frequência das doenças neuromusculares em crianças é considerada grande. Assim concluiu Reed⁽³¹⁾, no período de 12 anos, atendendo ambulatório de doenças neuromusculares no serviço de Neurologia Infantil da USP. Nesta casuística os autores incluíram as doenças hereditárias da ponta anterior da medula.

3-2 MIOPATIAS ADQUIRIDAS

As miopatias inflamatórias são as mais comuns neste grupo de doenças musculares. Uma rara associação foi a descrita por de Freitas e col⁽³²⁾ em paciente com HIV e miopatia por corpo de inclusão (Figura 3), estagnando o quadro muscular com o uso mensal de imunoglobulina endovenosa em altas doses.

O vírus HTLV1 pode levar a mielopatia com paraparesia espástica associada a distúrbios esfinterianos. No Brasil esta afecção é frequente. Os músculos podem ser atingidos levando a um quadro de miopatia inflamatória, mascarada pelos sinais e sintomas da mielopatia. Gabbay e col⁽³³⁾ descreveram 11 pacientes com fraqueza muscular associada à mielopatia por HTLV1. Em todos realizaram biópsia muscular. Encontraram polimiosite em 36% dos casos e miopatia não inflamatória em 27%. A pesquisa do vírus nos músculos por técnicas específicas foi negativa. Concluem que o HTLV1 pode produzir alterações musculares associadas à mielopatia. Os mesmos autores⁽³⁴⁾ realizaram biópsia muscular em 50 enfermos HIV +. Como várias alterações musculares e intersticiais foram encontradas em 96% dos casos, concluíram que são frequentes as alterações do músculo esquelético em indivíduos HIV +.

A sarcoidose é uma doença sistêmica de etiologia desconhecida, que pode se acompanhar de alterações musculares, na maioria das vezes assintomáticas. Scola e col⁽³⁵⁾ referiram cinco casos de miopatia proximal devida à sarcoidose. A biópsia muscular realizada em todos, só não evidenciou granuloma em um único enfermo. Todos melhoraram com o uso de corticosteróide e/ou imunossupressores. Uma parasitose que costuma acometer os músculos esqueléticos é a cisticercose. Quase sempre assintomáticos alguns casos podem evidenciar fraqueza nas cinturas. O caso descrito por Takaynagui e Chimmelli⁽³⁶⁾ é único, pois a miopatia foi desencadeada pelo uso de praziquantel, que provocou intensa reação inflamatória ao redor de cisticercos musculares. Dentre as miopatias infecciosas, Werneck e col⁽³⁷⁾ foram os pioneiros na descrição do que chamaram “miosite intersticial devida à lepra”. Realizando biópsia do músculo tibial anterior em 40 enfermos com formas distintas da lepra, encontraram, em 25% dos casos, no tecido intersticial muscular, infiltrado inflamatório e presença do ba-

cilo álcool ácido resistente. Outras miopatias pouco estudadas são as devido ao uso de substâncias tóxicas. Antes dos estudos da ação das estatinas nos músculos, Scola e col⁽³⁸⁾ descreveram 32 pacientes com miopatias por uso de substâncias várias. As mais frequentes foram devido ao uso crônico de esteróides, seguida pelo propoxifeno, neuroléticos, zidovudina e hipocalcemia provocada por drogas. O achado mais comum nas biópsias musculares foi a atrofia seletiva de fibras do tipo 2. Fizeram revisão das neuropatias periféricas produzidas pelas estatinas, destacando a raridade destas neuropatias.

4- CONCLUSÃO

Embora alguns centros isolados tentem aprimorar o conhecimento nas afecções neuromusculares, ainda estamos atrás da maioria dos grandes centros dos países desenvolvidos e de muitos, como nós, em desenvolvimento. Somente no sudeste e no sul são realizadas biópsias neuromusculares. Mesmo assim, ainda carecemos de muitas técnicas mais modernas. Exame genético mais sofisticado, como o exoma, não se realiza nos vários centros universitários brasileiros, o que impede o acesso da maioria da população a estes exames. Também carece a realização de exame de imagem dos nervos e músculos, que atualmente contribui para a o estudo e pesquisa destas moléstias. Faz-se necessário equipar nossos centros universitários e de pesquisa, além de incentivar os professores e pesquisadores brasileiros com bolsas no exterior, para trazer para nosso meio um melhor conhecimento das doenças neuromusculares, principalmente para atender a maioria de nossa população.

5- REFERÊNCIAS

1. Austregésilo A. Haverá parentesco entre as atrofias musculares de Charcot-Marie, Déjérine e Sottas? An.. Fac Med R Janeiro, 2,1918.
2. Julião OF, Queiroz LS, Lopes de Faria J. Portuguese type of familial amyloid polyneuropathy. Anatomico-clinical study of a Brazilian family. Eur Neurol. 1974;11:180-95.
3. de Mello AR. Polineuropatia Amiloidótica Familiar. J Bras. Méd. 1959;1: 161-218.
4. Assis JL. Tratamento dos casos graves de Miastenia: ação do ACTH e cortisona. Considerações a propósito de três casos. Arq Neuropsiquiatr 1956;14:28.
5. Levy JA. Miopatias, Atheneu, Rio de Janeiro, 1978.
6. Heise CO, Gherpelli JL. Prognostic relevance of risk factors for obstetrical brachial plexopathy. Arq Neuropsiquiatr. 2006; 64:30-34.
7. Kouyoumdjian JA, Ribeiro AT, Grassi LV, Spresão M. Influence of temperature on comparative nerve conduction techniques for carpal tunnel syndrome diagnosis. Arq Neuropsiquiatr 2005;63:422-446.
8. de Freitas MRG, Nascimento OJ, Drago MJ, de Freitas AR, Hahn MD. Ulnar nerve palsy in leprosy without skin changes: biopsy of the superficial branch of the ulnar nerve in leprosy without skin changes. Arq Neuropsiquiatr. 1998;56:585-594.



9. Marques W Jr, Foss NT, Arruda AP, Barreira AA. Near-nerve potential in lepromatous leprosy. *Muscle Nerve*. 2003;28:460-463.
10. Jardim MR, Chimelli L, Faria SC, Fernandes PV, Da Costa Néri JA, Sales AM, Sarno EN, Antunes SLG. Clinical, electroneuromyographic and morphological studies of pure neural leprosy in a Brazilian referral centre. *Lepr. Rev*. 2004;75:242-253.
11. Cardoso F, de Freitas MRG, Escada TM, Tereza MT, Nascimento OJM. Late onset neuropathy in leprosy patients released from treatment: not all due to reactions? *Leprosy Rev*. 2013;84:128-135.
12. Soares CN, Faria LC, Peralta JM, de Freitas MRG, Puccioni-Sohler M. Dengue infection: neurological manifestations and cerebrospinal fluid (CSF) analysis. *J Neurol Sci*. 2006;249:19-24.
13. Araujo, LM, Ferreira, MLB, Nascimento da Silva IRF. Guillain-Barré syndrome associated with the Zika virus outbreak in Brazil. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2016;74:253-255.
14. Leite AC, Silva MT, Alamy AH, Afonso CR, Lima MA, Andrada-Serpa MJ, Nascimento OJ, Araújo AQ. Peripheral neuropathy in HTLV-I infected individuals without tropical spastic paraparesis/HTLV-I-associated myelopathy. *J Neurol*. 2004; 251:877-881
15. Zanetti C, Manzano GM, Gabbai AA. The frequency of peripheral neuropathy in a group of HIV positive patients in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62:253-256.
16. Khan S, Wolfe G, Nascimento OJM et al. North America and South America (NA-SA) Neuropathy Project. *Neurology* 2006; 66, S2: A84.
17. Dias-Tosta E, Kückelhaus CS. Guillain Barré syndrome in a population less than 15 years old in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60:367-373.
18. França Jr MC, Deus-Silva L, de Castro R, Garibaldi SG, Pfeisticker BH, Nucci A, Marques Jr JF. Guillain-Barré syndrome in the elderly: clinical, electrophysiological, therapeutic and outcome features. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63:772-775.
19. Nery Ferreira BE, Silva IN, de Oliveira JT. High prevalence of diabetic polyneuropathy in a group of Brazilian children with type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2005;18:1087-1094.
20. Marques Jr W, de Freitas MRG, Nascimento OJM et al. 17p duplicated Charcot-Marie-Tooth 1A Characteristics of a new population. *J Neurol*. 2005;252:972-979.
21. Zarus C, Genin E, Hellman U, Saporta MA, Languille L, Wadington-Cruz M, Suhr O, Misrahi M, Planté-Bordeneuve V. On the origin of the transthyretin Val30Met familial amyloid polyneuropathy. *Ann Hum Genet*. 2008;72:478-484.
22. Bittencourt PL, Couto CA, Farias AQ, Marchiori P, Bosco Massarollo PC, Mies S. Results of liver transplantation for familial amyloid polyneuropathy type I in Brazil. *Liver Transpl*. 2002;8:34-39.
23. THAOS Investigator. The demographic, genetic, and clinical characteristics of Brazilian subjects enrolled in the Transthyretin Amyloidosis Outcomes Survey. *Amyloid*. 2017 24(sup1):103-104
24. Gondim F de A, de Oliveira GR, Teles BC, Aquino P de S, Brasil ÉF, Carvalho AM, Souza MH, Braga LL, Rola FH. Clinical and Electrodiagnostic Findings in Patients with Peripheral Neuropathy and Inflammatory Bowel Disease. *J Inflamm Bowel Dis*. 2015;21:2123-2129
25. Moura, L, Oliveira, ASB, Zanoteli, E et al. Normal pattern of intraepidermal nerve fibers in 30 healthy volunteers with PGP 9.5. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62:271-275
26. França MC Jr, D'Abreu A, Zanardi VA, Faria AV, Lopes-Cendes I, Nucci A, Cendes F. MRI shows dorsal lesions and spinal cord atrophy in chronic sensory neuronopathies. *J Neuroimaging*. 2008;18168-181672.
27. Werneck LC, Cunha FM, Scola RH. Myasthenia gravis: a retrospective study comparing thymectomy to conservative treatment. *Acta Neurol Scand*. 2000; 101:41-46.
28. Zatz NM, Brandalise V, Zucconi E, et al. Human multipotent adipose-derived stem cells restore dystrophin expression of Duchenne skeletal-muscle cells in vitro. *Biol Cell*. 2008 ;100:231-241.
29. Vieira NM, Brandalise V, Zucconi E, et al. Human multipotent adipose-derived stem cells restore dystrophin expression of Duchenne skeletal-muscle cells in vitro. *Biol Cell*. 2008;100:231-241.
30. Soares CN, de Freitas MRG, Nascimento OJM, da Silva LF, de Freitas AR, Werneck LC. Myopathy of distal lower limbs. The clinical variant of Miyoshi. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61:946-949.
31. Reed UC. Neuromuscular disorders. *J Pediatr*. (Rio J). 2002;78 Suppl 1:S89-S103.
32. de Freitas MRG, Neves MAO, Nascimento OJM, de Mello MP, Botelho JP, Chimelli L. Miosite por corpos de inclusão e infecção por HIV. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2008; 66:428-430.
33. Gabbay AA, Wiley CA, Oliveira AS, et al. Skeletal muscle involvement in tropical spastic paraparesis?HTLV-I associated myelopathy. *Muscle Nerve* 1994;17:923-930.
34. Gabbay AA, Schmidt B, Castelo A, Oliveira AS, Lima JG. Muscle biopsy in AIDS and ARC: analysis of 50 patients. *Muscle Nerve* 1990;13:541-544.
35. Scola RH, Werneck LC, Prevedello DM, Greboge P, Iwamoto FM. Symptomatic muscle involvement in neurosarcooidosis: a clinicopathological study of 5 cases. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59:347-352.
36. Takayanagui OM, Chimelli L. Disseminated muscular cysticercosis with myositis induced by praziquantel therapy. *Am J Trop Med Hyg*. 1998;59:1002-1003.
37. Werneck LC, Teive HAG, Scola RH. Muscle Involvement in Leprosy. Study of the anterior tibial muscle in 40 patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57:723-734.
38. Scola RH, Pereira ER, Lorenzoni PJ, Werneck LC. Toxic Myopathies. Muscle biopsy features. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65:82-86.



Espondilodiscite: Uma Revisão de Literatura

Alan Bittencourt da Silva¹, Ianick Souto Martins²

RESUMO

Objetivo: revisar a ocorrência, a apresentação clínica, o diagnóstico e o tratamento da espondilodiscite. Método: busca de artigos publicados no PubMed e SciELO no período de 2000 a 2018. Os descritores empregados foram: spondylodiscitis, vertebral osteomyelitis, diagnosis and treatment. Foram encontrados e incluídos 25 artigos, 20 em língua inglesa e cinco em língua portuguesa. Resultados: a espondilodiscite é uma infecção do disco intervertebral e das vértebras. A raridade da espondilodiscite e a alta prevalência de lombalgia na população geral dificultam seu diagnóstico precoce que exige uma elevada suspeição clínica. Os achados clínicos e laboratoriais são inespecíficos. A identificação do agente etiológico através de hemocultura ou biópsia óssea é fundamental para a escolha da antibioticoterapia específica. O tratamento inicial consiste em antibioticoterapia prolongada e fisioterapia. A cirurgia está indicada nos casos de instabilidade da coluna, compressão medular e falha no tratamento inicial. Conclusões: O diagnóstico da espondilodiscite é frequentemente tardio devido a sua raridade e evolução insidiosa. Logo, esta doença deve ser cogitada nos pacientes com dor crônica na coluna vertebral, principalmente na presença de fatores como diabetes, idade avançada e imunossupressão, para prevenir complicações como déficits neurológicos permanentes.

PALAVRAS-CHAVE

Espondilodiscite, osteomielite vertebral, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

Objective: to review the occurrence, clinical presentation, diagnosis and treatment of spondylodiscitis. Method: search for articles published in PubMed and SciELO between 2000 and 2018. The descriptors used were: spondylodiscitis, vertebral osteomyelitis, diagnosis and treatment. Twenty-five articles were found and included, 20 in English and five in Portuguese. Results: spondylodiscitis is an infection of the intervertebral disc and vertebrae. A high clinical suspicion is needed for early diagnosis of spondylodiscitis due to its rarity and the high frequency of back pain in the general population. Clinical and laboratory findings are non-specific. Microbiological investigation is essential for determination of the causative agent and choice of the antimicrobial therapy. The initial treatment consists of physical therapy and long-term antibiotic therapy. The surgical approach is indicated in the cases of spinal compression, spinal instability and if initial treatment failures. Conclusions: The diagnosis of spondylodiscitis is often delayed because it is a rare and insidious disease. Hence, a high index of suspicion is needed in any patient with pain at any level of the spine, especially in advanced age, diabetes and immunocompromised patients to prevent complications as permanent neurological deficits.

KEYWORDS

Spondylodiscitis, vertebral osteomyelitis, diagnosis, treatment.

INTRODUÇÃO

A espondilodiscite, também conhecida como osteomielite vertebral, é uma infecção do disco intervertebral (discite séptica) e das vértebras⁽¹⁾. Assim, muitos autores consideram os termos osteomielite vertebral, espondilodiscite e discite séptica como sinônimos de um mesmo processo fisiopatológico^(1,2). Embora seja definida comumente como uma infecção, a espondilodiscite é um processo inflamatório que pode ter uma origem não infecciosa. A espondilodiscite asséptica, também conhecida como pseudodiscite, possui diferentes causas não infecciosas como sarcoidose, espondilite anquilosante, doença de Behçet e artrite reumatóide⁽³⁾.

O diagnóstico da espondilodiscite geralmente é tardio, com período médio de 2 a 6 meses após o início dos sintomas,

devido a sua raridade e à elevada frequência de lombalgia na população^(4,5).

Além do diagnóstico tardio, o tratamento da espondilodiscite é custoso, pois depende da administração de antibióticos parenterais e abordagem cirúrgica, conforme a gravidade da doença⁽⁶⁾. Portanto, é necessária uma elevada suspeição clínica para que a espondilodiscite seja diagnosticada rapidamente a fim de prevenir complicações como colapso vertebral e síndrome de compressão medular⁽⁷⁾.

Esta publicação objetiva realizar uma revisão bibliográfica sobre espondilodiscite e destacar a relevância desse tema na prática médica. As palavras-chave foram pesquisadas nas bases de dados PubMed e SciELO no período de 2000 a 2018.

¹Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF.

²Professora do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF.

Endereço para correspondência: Ianick Souto Martins - Rua Marquês do Paraná, 303, 2º andar. DIP. Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ. CEP: 240300-11.

E-mail: ianicksm@id.uff.br; alanbitmed@hotmail.com





EPIDEMIOLOGIA

A espondilodiscite engloba 3 a 5% de todos os casos de osteomielite e representa a principal forma de osteomielite hematogênica em indivíduos acima de 50 anos⁽⁸⁾. Sua incidência é 2,4 por 100.000 com variação de 0,3/100.000 em menores de 20 anos a 6,5/100.000 em indivíduos acima de 70 anos⁽²⁾. O gênero masculino é o mais acometido, com uma proporção homem/mulher de 1,5 a 2:1, e o padrão de distribuição da espondilodiscite é bimodal com um pico antes dos 20 anos e outro entre 50 e 70 anos⁽⁸⁾. Embora a mortalidade da espondilodiscite seja inferior a 5%, até um terço dos pacientes pode apresentar déficit neurológico permanente e dor intensa devido às complicações da doença⁽⁸⁾.

O principal fator de risco para espondilodiscite é o diabetes mellitus⁽⁸⁾. Porém, há outras condições clínicas predisponentes como idade avançada, neoplasias, doenças reumatológicas, doença renal crônica, cirrose, coronariopatia, uso de drogas intravenosas, infecções relacionadas ao uso de cateteres vasculares e imunossupressão^(1,8).

AGENTES ETIOLÓGICOS

Os agentes etiológicos da espondilodiscite mais comuns no Brasil são *Staphylococcus aureus*, *Brucella abortus* e *Mycobacterium tuberculosis*⁽⁶⁾.

As espondilodiscites são classificadas etiologicamente como piogênicas, granulomatosas (tuberculose, brucelose e fungos) e parasitárias. Mais de 90% dessas infecções são monomicrobianas e sua etiologia varia segundo o grau de desenvolvimento de uma região, com um predomínio de causas piogênicas em países desenvolvidos e de causas granulomatosas em países em desenvolvimento^(6,8). Um estudo brasileiro concluiu que 54% das espondilodiscites avaliadas eram de etiologia tuberculosa⁽⁶⁾.

A maioria das espondilodiscites é causada por bactérias (etiologia piogênica) como *S. aureus*, responsáveis por 30 a 80% das espondilodiscites⁽⁴⁾. Entretanto, outros autores citam a etiologia tuberculosa como o tipo de espondilodiscite mais comum seguida pela etiologia piogênica^(5,8,9). *S. aureus* é o agente etiológico mais frequente nas crianças com menos de 6 meses de vida e com mais de 4 anos e *Kingella kingae* é a principal causa de espondilodiscite entre 6 meses e 4 anos⁽¹⁰⁾.

A família Enterobacteriaceae é responsável por 7 a 33% das espondilodiscites piogênicas⁽⁵⁾. *Escherichia coli* é o segundo agente mais frequente de espondilodiscite piogênica e está relacionada com infecções do trato urinário^(2,5). Enterococos e estreptococos do grupo viridans e beta hemolíticos são isolados em 5 a 20% das espondilodiscites e apresentam uma associação com endocardite superior a *S. aureus*⁽⁵⁾. Nas coinfeções de espondilodiscite com endocardite infecciosa, o estreptococo do grupo D foi o microrganismo mais isolado⁽¹¹⁾. Os microrganismos anaeróbios representam causas raras de espondilodiscite e são mais frequentes em pacientes diabéticos. *Propionibacterium acnes* é o principal agente etiológico seguido por outros anaeróbios como *Bacteroides* spp. e *Peptococcus* spp.^(5,12). Outros patógenos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, estafilococos coagulase-negativos, fungos e parasitas são causas bastante incomuns de espondilodiscite⁽⁸⁾.

A espondilodiscite tuberculosa, também conhecida como doença de Pott, representa metade dos casos de tuberculose óssea cuja frequência varia de 1 a 3% dos casos totais de tuberculose⁽⁵⁾. A doença de Pott é observada em 3 a 5% dos pacientes HIV negativos com tuberculose e em até 60% dos pacientes com coinfeção⁽⁶⁾. Entre os pacientes com espondilodiscite tuberculosa, até 67% apresentam foco primário pulmonar ou história prévia de tuberculose pulmonar⁽¹³⁾.

A espondilodiscite brucelosa representa de 7,5 a 30% dos casos de brucelose e *Brucella melitensis* é o agente etiológico mais comum⁽⁵⁾. No Brasil, a brucelose é subdiagnosticada com cerca de 25 casos não conhecidos para cada um confirmado e seu principal agente é *Brucella abortus*⁽¹⁴⁾.

As espondilodiscites fúngicas abrangem até 5% do total das espondilodiscites e *Candida albicans* é o patógeno mais frequente⁽¹⁵⁾. As espondilodiscites por *Aspergillus* spp. são causadas principalmente pelo *A. fumigatus* e seus fatores de risco incluem imunossupressão e aspergilose pulmonar⁽¹¹⁾.

Por fim, as espondilodiscites parasitárias são extremamente raras⁽⁵⁾. O protozoário *Balantidium coli* e os cestódeos *Echinococcus granulosus* e *Echinococcus multilocularis* já foram descritos em casos de espondilodiscite^(16,17).

FISIOPATOGENIA

As três vias de infecção da espondilodiscite são a disseminação hematogênica a partir de um foco infeccioso distante, inoculação direta percutânea e disseminação de um foco infeccioso por contiguidade. A via hematogênica é a mais comum e infecções à distância são encontradas em quase metade dos casos de espondilodiscite. Os principais sítios primários de infecção são o trato geniturinário (17%), endocardite (12%), pele e tecidos moles (11%), próteses endovasculares (5%), trato gastrointestinal (5%), trato respiratório (2%) e cavidade oral (2%)^(2,8).

A espondilodiscite já foi descrita como complicação de procedimentos como biópsia transretal de próstata guiada por ultrassom, biópsia por endoscopia digestiva alta e colonoscopia, aspiração folicular guiada por ultrassom transvaginal e angioplastia coronariana percutânea⁽¹⁸⁻²¹⁾. Até 15% dos pacientes com endocardite desenvolvem espondilodiscite e até um terço dos pacientes com espondilodiscite apresenta endocardite^(2,11).

A inoculação percutânea engloba até 30% das espondilodiscites e está associada a complicações de cirurgias espinhais e punção lombar⁽⁵⁾. Também há relato de espondilodiscite relacionada à acupuntura com isolamento de *S. aureus* resistente à meticilina⁽²²⁾.

A via por foco infeccioso adjacente é rara e ocorre frequentemente a partir de abscessos retrofaríngeos, infecção de prótese aórtica e ruptura esofágica⁽⁵⁾. A ingestão de pilhas por crianças já foi descrita como causa de espondilodiscite por infecção contígua a partir da queimadura alcalina na mucosa esofágica⁽²³⁾.

O segmento vertebral mais acometido é o lombar (58%), seguido pelo torácico (30%) e cervical (11%). Nas espondilodiscites fúngicas e tuberculosas, o envolvimento dos elementos posteriores das vértebras é mais frequente que nas espondilodiscites piogênicas⁽⁵⁾.





MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A lombalgia é a manifestação clínica mais comum, presente em 67 a 100% dos pacientes. Entretanto, a febre, classicamente um sinal de infecção, é menos frequente com uma variação de 2 a 60%⁽¹⁾. Mais de 90% dos pacientes se queixam de lombalgia ou cervicalgia constante que causam despertar noturno e não melhoram com repouso e analgésicos⁽¹¹⁾. Entretanto, até 15% dos pacientes não referem queixas álgicas⁽⁵⁾. Dor à palpação localizada da coluna e espasmo muscular paravertebral estão presentes em até 97% dos pacientes e um terço apresenta manifestações neurológicas como perda sensitiva, paresia, paralisia e perda do controle esfinteriano. A disfagia pode ser uma manifestação de espondilodiscite cervical⁽⁵⁾.

A espondilodiscite tuberculosa geralmente está associada a tuberculose ativa em outros órgãos e possui uma evolução mais insidiosa⁽¹⁾. O sintoma mais comum da espondilodiscite tuberculosa é dor no segmento torácico da coluna e as manifestações neurológicas ocorrem em até 76% dos pacientes⁽¹³⁾. A febre é menos comum e as deformidades na coluna, principalmente cifose, são frequentes⁽⁵⁾.

As manifestações clínicas da espondilodiscite em crianças podem ser mais agudas e incluem irritabilidade, claudicação, dor abdominal ou no quadril e dificuldade para andar ou engatinhar^(5,8). A perda da lordose lombar é o sinal mais comum em crianças e a lombalgia não é uma queixa frequente nos pacientes menores de 3 anos^(5,6).

DIAGNÓSTICO

Os diagnósticos diferenciais de espondilodiscite incluem pielonefrite, pancreatite, fratura osteoporótica, metástase vertebral, degeneração discal, sarcoidose, linfoma, mieloma múltiplo, hemangioma vertebral e espondiloartropatias inflamatórias como espondilite anquilosante ou artrite reativa^(2,9,11,13).

O leucograma, geralmente normal, está elevado em apenas um terço das espondilodiscites e raramente excede 12.000 células/mm³^(8,12). Aumentos da velocidade de hemossedimentação (VHS) e da proteína C reativa (PCR) são observados em mais de 90% dos pacientes, porém esses marcadores não são específicos^(11,12).

A radiografia da coluna vertebral apresenta sensibilidade e especificidade baixas (82 e 57%, respectivamente) para espondilodiscite⁽⁵⁾. As alterações radiológicas se manifestam, em média, de 2 a 8 semanas após o início dos sintomas e são difíceis de diferenciar das doenças vertebrais degenerativas^(5,6). Entretanto, a radiografia é um exame amplamente disponível que pode excluir outras causas de lombalgia como metástase vertebral e fratura osteoporótica⁽²⁾.

A ressonância nuclear magnética (RNM) é o exame de escolha para o diagnóstico radiológico de espondilodiscite devido à sensibilidade e especificidade elevadas (96 e 93%, respectivamente)⁽⁵⁾. As alterações são detectadas nas primeiras 2 semanas após o início dos sintomas em mais da metade dos pacientes e consistem em hipointensidade do disco e das vértebras acometidas em T1 e hiperintensidade dessas estruturas em T2⁽¹¹⁾. O uso do contraste gadolínico melhora a visualização

das alterações e auxilia na diferenciação de lesões infecciosas e degenerativas⁽⁵⁾. A RNM ponderada na sequência de difusão possibilita a distinção entre a espondilodiscite e a doença degenerativa discal, duas doenças prevalentes em idosos que apresentam as mesmas alterações de sinais na RNM⁽¹¹⁾.

A etiologia da espondilodiscite pode ser inferida com base em determinados padrões radiológicos na RNM. A espondilodiscite piogênica acomete preferencialmente a coluna lombar e as lesões dos corpos vertebrais e disco apresentam um padrão segmentar e homogêneo. Os abscessos paravertebrais, quando presentes, possuem limites pouco definidos. A espondilodiscite tuberculosa afeta principalmente o segmento torácico e se caracteriza por lesões com padrão multissegmentar e acometimento heterogêneo dos corpos vertebrais com preservação frequente do disco na fase inicial. Os abscessos paravertebrais são grandes com bordas bem definidas⁽⁷⁾. A presença de calcificação no interior do abscesso é virtualmente diagnóstica de espondilodiscite tuberculosa⁽¹³⁾.

A tomografia computadorizada (TC) é capaz de detectar lesões nas primeiras duas semanas após o início dos sintomas em metade dos pacientes com espondilodiscite⁽¹¹⁾. Embora a TC apresente sensibilidade e especificidade inferiores à RNM, seu uso é indicado para realização de biópsias percutâneas guiadas por imagem ou quando há contraindicações para RNM como marcapassos e implantes metálicos. O uso de contraste melhora a visualização de abscessos paravertebrais^(2,6). A tomografia por emissão de pósitrons com fluor-18 fluordeoxiglicose (18F-FDG PET) apresenta a vantagem de distinguir alterações infecciosas e degenerativas quando o diagnóstico de espondilodiscite pela RNM é inconclusivo⁽⁵⁾.

A cintilografia óssea com tecnécio 99m (99mTc) pode identificar alterações inflamatórias nos primeiros dois dias de infecção⁽¹²⁾. Entretanto, sua especificidade é baixa (78%), pois ocorre um enriquecimento fisiológico da coluna pelo marcador^(5,6). A alta sensibilidade desse exame (90%) permite excluir espondilodiscite quando o resultado é negativo^(1,5).

A confirmação do agente etiológico antes de iniciar o tratamento é essencial uma vez que a antibioticoterapia empírica de amplo espectro está relacionada com aumento da incidência de colite pseudomembranosa e da resistência antimicrobiana⁽⁵⁾. A hemocultura é um método simples e eficiente para a identificação microbiológica já que a espondilodiscite geralmente é monomicrobiana e de origem hematogênica⁽⁵⁾. O crescimento nas hemoculturas varia de 40 a 89% conforme fatores como concentração do microrganismo no sangue e uso prévio de antibióticos⁽¹⁾. Recomenda-se a coleta de 2 a 3 pares de hemocultura antes do início da antibioticoterapia e incubação das amostras até 4 semanas^(7,11). A endocardite infecciosa deve ser investigada quando há crescimento de bactérias Gram-positivas em hemoculturas e a realização de biópsia é indicada na suspeita de espondilodiscite com hemocultura negativa^(2,5).

As culturas de biópsia apresentam uma positividade média (77%) maior que a hemocultura (58%) e a biópsia deve ser realizada pelo menos 48 horas após a última dose do antibiótico em pacientes estáveis clinicamente, para aumentar a



positividade da cultura⁽²⁾. Contudo, ao contrário da hemocultura, não existe consenso sobre o efeito da antibioticoterapia no crescimento das culturas de biópsia⁽¹⁾. A biópsia por agulha fina guiada por TC possui uma sensibilidade baixa (50%) em razão da pequena quantidade de material colhido⁽⁴⁾. Na suspeita de espondilodiscite sem crescimento nas culturas de biópsia guiada por TC, a biópsia cirúrgica é indicada, pois apresenta uma positividade maior, em torno de 75%, em função da maior quantidade de material colhido^(2,4). As amostras obtidas por biópsia devem ser cultivadas em meios aeróbico, anaeróbico, fúngico e para micobactérias⁽⁵⁾.

A avaliação histopatológica é útil no diagnóstico de espondilodiscite, pois diferencia a etiologia piogênica da granulomatosa. O uso de colorações específicas, como Ziehl Neelsen e ácido periódico de Schiff, possibilita a identificação de micobactérias e fungos, respectivamente⁽⁵⁾.

As técnicas moleculares para o diagnóstico microbiológico da espondilodiscite como a reação em cadeia da polimerase (RCP) do gene 16S rRNA apresenta maior sensibilidade do que as culturas convencionais⁽¹⁾. As vantagens da RCP consistem na identificação rápida de microrganismos fastidiosos e na detecção de genes de resistência como *mecA*, característico das cepas de *S. aureus* resistente à meticilina (MRSA). Entretanto, a RCP não avalia o perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos e é inferior à cultura para a detecção de microrganismos em infecções polimicrobianas devido à especificidade dos primers^(1,5).

A sorologia não é rotineiramente empregada no diagnóstico de espondilodiscite, porém deve ser cogitada quando há suspeita de infecções por *Bartonella henselae* ou *Coxiella burnetii* após sucessivas hemoculturas negativas^(5,11). Exposição a gatos, particularmente em crianças, e presença de granulomas sem evidência de micobactérias sugerem infecção por *B. henselae* e *C. burnetii*, respectivamente^(5,24). A sorologia para *Bruceella* spp. deve ser realizada quando há uma história de ingestão de laticínios não pasteurizados ou permanência longa em áreas endêmicas de brucelose. A sorologia para *Salmonella* spp. pode ser útil em pacientes com anemia falciforme⁽¹¹⁾. Nos casos com suspeita de infecção por fungo, a detecção dos antígenos manana, galactomanana e criptocócico auxilia no diagnóstico de espondilodiscite por *Candida albicans*, *Aspergillus* spp. e *Cryptococcus* spp., respectivamente⁽¹⁾.

TRATAMENTO

O tratamento conservador da espondilodiscite consiste em medidas não farmacológicas como imobilização e fisioterapia associadas à antibioticoterapia. As indicações do tratamento conservador são lesão óssea leve com bom prognóstico e impossibilidade de abordagem cirúrgica devido ao estado clínico do paciente^(4,5). Uma boa resposta ao tratamento conservador é observada em até 75% dos pacientes diagnosticados entre seis a 24 meses após início dos sintomas⁽⁴⁾.

A antibioticoterapia clássica no tratamento da espondilodiscite é baseada numa etapa intravenosa prolongada seguida pela via oral de manutenção, porém o início precoce da via

oral tem sido proposto recentemente. A terapia antimicrobiana parenteral ambulatorial é adotada com sucesso no tratamento da osteomielite com boa relação custo-efetividade, porém seu uso para espondilodiscite carece de estudos^(1,5).

Apesar das divergências sobre a duração da antibioticoterapia, um esquema de tratamento frequentemente empregado inclui seis semanas de antibiótico por via intravenosa seguidas por mais seis semanas de antibiótico por via oral⁽¹¹⁾. Contudo, foi observado que a eficácia do tratamento da espondilodiscite piogênica com seis semanas não foi inferior ao tratamento com 12 semanas e a terapia intravenosa com menos de uma semana não apresentou mais falha terapêutica que a terapia intravenosa com mais de uma semana⁽¹⁾. O tratamento com duração total inferior a quatro semanas foi associado com maior risco de falha terapêutica e a antibioticoterapia oral deve ser evitada até que o diagnóstico de endocardite infecciosa seja excluído⁽⁵⁾.

Os critérios de suspensão da antibioticoterapia incluem a resolução dos sintomas e redução da VHS e PCR⁽⁵⁾. Um decréscimo semanal de 50% na PCR e mensal de 25% na VHS estão relacionados com um bom prognóstico^(5,8). A RNM é indicada em caso de ausência de melhora clínica após 4 semanas de tratamento⁽²⁾.

As fluorquinolonas, clindamicina e metronidazol atingem excelentes concentrações ósseas e clindamicina e aminoglicosídeos se difundem bem no disco intervertebral. Nas infecções por MRSA, a vancomina não é uma opção adequada devido a sua baixa concentração óssea⁽¹¹⁾. A linezolida, um dos novos agentes com ação anti-MRSA, se difunde bem no tecido ósseo, porém sua terapia prolongada gera efeitos adversos, como neuropatia periférica, que pode persistir após 2 anos em 75% dos pacientes⁽¹⁾.

A terapia empírica deve cobrir *S. aureus* e bactérias Gram-negativas, conforme os perfis locais de suscetibilidade aos antimicrobianos e fatores de risco do paciente (Tabela 1)^(5,12).

Tabela 1 - Microrganismos prováveis em espondilodiscites piogênicas conforme a história clínica do paciente⁽¹²⁾.

Infecção	Bactéria
Infecção de pele	<i>S. aureus</i>
Uso abusivo de drogas intravenosas	<i>P. aeruginosa</i>
Infecção do trato geniturinário	<i>E. coli</i> e <i>Proteus</i> spp.
Infecção do trato respiratório	<i>S. pneumoniae</i>
Alcoolismo	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
Endocardite aguda	<i>S. aureus</i>
Endocardite subaguda	<i>Streptococcus</i> spp.

A associação de ciprofloxacino e clindamicina por via intravenosa é uma opção recomendada devido a sua ação contra estafilococos e Gram-negativos e ao seu elevado grau de penetração óssea e discal. Logo, a escolha do antibiótico deve levar em consideração algumas características como atividade contra o agente etiológico, capacidade de penetração óssea e discal e efeitos colaterais⁽¹¹⁾.





O tratamento da espondilodiscite tuberculosa possui divergências na literatura. A combinação de rifampicina (R), isoniazida (I), pirazinamida (P) e etambutol (E) por 2 meses seguidos por RI por tempo variável é o esquema mais empregado. A Organização Mundial da Saúde preconiza 2 meses de RIPE e 4 meses de RI. Por outro lado, a Sociedade Torácica Americana recomenda 2 meses de RIPE e 7 meses de RI. O uso de terapia hiperbárica de oxigênio é sugerido por alguns autores para reduzir a duração do tratamento⁽²⁵⁾. Embora uma duração de 6 meses seja considerada suficiente, muitos especialistas defendem uma extensão do tratamento para 12 a 24 meses⁽¹³⁾. A ausência de melhora clínica e o surgimento de novas lesões vertebrais após 3 meses de tratamento podem indicar a presença de cepas multidroga resistentes⁽²⁵⁾.

O tratamento cirúrgico é indicado nos casos de compressão medular, instabilidade vertebral, abscessos epidurais ou paraespinhais $\geq 2,5$ cm, deformidades vertebrais graves e falha da antibioticoterapia^(1,5). A abordagem cirúrgica consiste no desbridamento da área afetada e na implantação de um enxerto ósseo (auto ou aloenxerto) ou gaiola de titânio para reconstrução da coluna vertebral. Outros materiais como a gaiola de polianil-éter-éter-cetona (PEEK) e a proteína morfogenética óssea recombinante humana carecem de estudos para espondilodiscite^(5,6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espondilodiscite é uma doença rara com uma elevada morbidade devido à sua evolução insidiosa caracterizada por achados clínicos e laboratoriais inespecíficos que geram retardo no seu diagnóstico. Portanto, a fim de prevenir déficits neurológicos permanentes e outras complicações, é necessário que a espondilodiscite seja cogitada nos pacientes com dor crônica em qualquer nível da coluna vertebral, especialmente quando há fatores de risco associados como diabetes, imunossupressão e idade avançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nickerson EK, Sinha R. Vertebral Osteomyelitis in adults: an update. *Br Med Bull.* 2016; 117(1): 121-138.
2. Zimmerli W. Vertebral Osteomyelitis. *New England Journal of Medicine.* 2010; 362(11): 1022-1029.
3. Gùma M, Olivé A, Pérez R, Holgado S, Ortiz-Santamaría V, Tena X. Aseptic Spondylodiscitis in rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatology.* 2001; 19(6): 740-747.
4. Faleiro RM, Sales MA, Garcia LAO, Moraes VVS, Fontoura RR, Mendonça, BPCK. Espondilodiscite com comprometimento extenso da coluna vertebral-relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia.* 2018; 37(3): 267-274.
5. Gouliouris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemoter.* 2010; 65(3): 11-24.
6. Queiroz JWM, Pereira PCAA, Figueiredo EG. Espondilodiscite: revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia.* 2013; 32(4): 230-236.
7. Souza CG, Gasparetto EL, Marchiori E, Bahia PRV. Espondilodiscites piogênica e tuberculosa: aspectos na ressonância magnética para o diagnóstico diferencial. *RB.*

Radiologia brasileira. 2013; 46(3): 173-178.

8. Garcia EC, Braga CA, Ferreira CAL, Mendes GS. Spondylodiscitis: a rare differential diagnosis of abdominal pain. *Revista Médica de Minas Gerais.* 2013; 23(3): 380-383.
9. Herren C, Jung N, Pishnamaz M, Breuninger M, Siewe J, Sobottke R. Spondylodiscitis: Diagnosis and Treatment Options. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2017; 114(51-52): 875-882.
10. Principi N, Esposito S. Infectious discitis and spondylodiscitis in children. *IJMS.* 2016; 17(4): 539-549.
11. Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. *Journal of Infection.* 2008; 56(6): 401-412.
12. Skaf GS, Domloj NT, Fehlings MG, Bouclaous CH, Sabbagh AS, Kanafani ZA, et al. Pyogenic spondylodiscitis: An overview. *Journal of Infection and Public Health.* 2010; 3(1): 5-16.
13. Garg RK, Somvanshi DS. Spinal tuberculosis: A review. *J Spinal Cord Med.* 2011; 34(5): 440-454.
14. Mello CCF, Souza DU, Glória FAC, Moura LO, Mello GCF. Espondilodiscite por brucelose: relato de caso. *Jornal Brasileiro de Medicina Tropical.* 2007; 40(4): 469-472.
15. Oksi J, Finnilä T, Hohenthal U, Jalava KR. Candida dubliniensis spondylodiscitis in an immunocompetent patient. Case report and review of the literature. *Medical Mycology Case Reports.* 2014; 3:4-7.
16. Meinel TR, Gottstein B, Geib V, Keel MJ, Biral R, Mohaupt M, et al. Vertebral alveolar echinococcosis-a case report, systematic analysis, and review of the literature. *Lancet. Infectious diseases.* 2018; 18(3): 87-98.
17. Dhawan S, Jain D, Mehta VS. Balantidium coli: an unrecognized cause of vertebral osteomyelitis and myelopathy. *Journal of Neurosurgery: Spine.* 2013; 18(3): 310-313.
18. Kaya M, Kösemehmetoglu K, Yildirim CH, Orman G, Çelebi Ö, Tasdemiroglu E. Spondylodiscitis as a spinal complication of transrectal ultrasound guided needle biopsy of the prostate. *Spine.* 2012; 37(14): 870-872.
19. Marriott D, Stark D, Harkness J. Veillonella parvula discitis and secondary bacteremia: a rare infection complicating endoscopy and colonoscopy? *Journal of Clinical Microbiology.* 2007; 45(2): 672-674.
20. Almog B, Rimon E, Yovel I, Bar-Am A, Amit A, Azem F. Vertebral osteomyelitis: a rare complication of transvaginal ultrasound-guided oocyte retrieval. *Fertility and sterility.* 2000; 73(6): 1250-1252.
21. Barcelos FL, Vasconcelos DF, Pereira PHG, Medeiros IN, Júnior WSV, Veiga JPR. Espondilodiscite como complicação infecciosa de cateterismo cardíaco. *Revista Brasileira de Cardiologia.* 2013; 26(5): 406-409.
22. Lubana SS, Alfishawy M, Singh N, Brennessel DJ. First case of methicilin-resistant Staphylococcus aureus vertebral osteomyelitis with multiple spinal and paraspinal abscesses associated with acupuncture. *Case Reports in Medicine.* 2015; 2015:524241.
23. Young A, Tekes A, Huisman TA, Bosemani T. Spondylodiscitis associated with button battery ingestion: prompt evaluation with MRI. *Neuroradiology Journal.* 2015; 28(5): 504-507.
24. Landais C, Fenollar F, Constantin A, Cazorla C, Guilyard C, Lepidi H, et al. Q fever osteoarticular infection: four new cases and a review of the literature. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases.* 2007; 26(5): 341-347.
25. Rasouli MR, Mirkoohi M, Vaccaro AR, Yarandi KK, Movaghgar VR. Spinal tuberculosis: diagnosis and management. *Asian spine journal.* 2012; 6(4): 294-308.



O Hospital Icarai
inova mais uma vez
com a reestruturação do
seu Bloco Cirúrgico.



SALA INTELIGENTE

A mais moderna sala de cirurgia
inteligente da região.

Uma sala customizada, com equipamentos importados
de alta tecnologia, proporcionam integração na sala,
eficiência e agilidade na resolução
dos procedimentos.

Excelência em Emergência
Cardiológica 24h
com a segurança de um hospital
Acreditado.





Emoções a bordo

Sidney Gomes*

Nunca fui simpático a viagens de avião. Sempre que as circunstâncias e distâncias permitem, faço uso de outros meios. Muito menos curiosidade alguma de saber sobre modelos de aeronaves. Se é DC 7, 8, Boeing, Douglas..., não gosto. Talvez pelo fato de possuir aversão a altura, além do que, em algumas oportunidades, terem surgido imprevistos, uns corriqueiros e outros bizarros.

O fato é que, a contragosto, estava deixando-me levar num destes coletivos em função de compromissos de trabalho.

Procurei embarcar aparentando certo distanciamento, e uma indiferença que não me pertenciam, atendendo apenas às conveniências. Entrei e logo me surpreendi com o espaço interno da aeronave; havia os habituais assentos laterais e mais uma terceira fileira no meio. Acredito que abrigava centenas de passageiros, envolvidos no burburinho de suas costumeiras movimentações e incertezas. Acomodei-me junto à janela e logo fui invadido por uma providencial sonolência induzida, muito provavelmente, pelo Dramin ingerido pouco antes. Evitava, com isto, o meu inoportuno prévio pavor do pensar, voltado para o rosário de minhas pequenas neuras e preocupações ínfimas a me aguardarem no solo, em geral, inevitavelmente superdimensionadas, e que me invadem nestes momentos. Suponho que ao acomodar-me, logo afundei num sono profundo, antes de os passageiros acalmarem suas falações e arrumações de seus corpos e pertences... Antes mesmo dos procedimentos finais da decolagem, já estava envolvido nas brumas de um sono pesado, imune a sons. Sonhava flutuando numa aconchegante cama musical, cujo fundo identifiquei como sendo a 'Nona' com todos aqueles agradáveis coros e acordes. Aos poucos, outras sinfonias foram se encaixando sem nenhum atropelo nesta suave toada, num casamento perfeito de fugas delicadas, pausas e sutis retomadas, verdadeiras dádivas auditivas. Inesperadamente, ainda sonhando, tudo isto silencia e sou envolvido por um ruído ensurdecedor da aproximação de uma espécie de tromba d'água. Um estrondo, um ruir de águas represadas, levando de roldão barreiras de vertiginosas alturas que se rompiam facilmente, liberando um mundo de águas sófregas por espaço, um tsunami de águas doces, levando tudo e se espalhando por todos os espaços, como um 'Brumadinho' de águas claras. Uma força incontrolável invadia tudo enquanto eu procurava inutilmente, correndo desesperado, fugir da morte iminente. Acredito que, na poltrona, como procedo nos pesadelos, devo ter-me debatido e balbuciado sons roucos e preocupantes para espanto dos demais passageiros, desde que o avião, na vida real, não estivesse também passando por anormalidades e provocando seus próprios tumultos.

Finalmente despertei, presumo que na hora em que mais me debatia e fazia incríveis macaquices faciais. Ao tomar pé

da situação tumultuada a bordo, de imediato a vergonha se mostrou desnecessária. Enquanto sugava a baba pendente dos lábios, fui me acalmando, procurando entender toda aquela falação cruzada e chamamentos, algo desesperados, por atendimento pela tripulação. A meu lado, uma jovem senhora, muito agitada e nervosa, fazia apelos a divindades várias enquanto se abanava freneticamente, a ponto de perder o controle. Ao ver-me sadio, sem caretas e arrancos... recomposto, com a fisionomia atenta e mais relaxada, lançou-me olhares esperançosos e decididamente mais felizes, como fosse eu um herói, um bote salva-vidas naquele naufrágio aéreo. Ao seu lado estava um homem, um provedor tirano, mas, certamente, um porto seguro para as suas angústias e inseguranças. Enquanto a aeronave voava em círculos erráticos, via pela janelinha nuvens pardas, espessas e nada mais. A mulher agitava-se e tocava seguidamente meu braço com seus dedos inquietos; ocasionalmente sentia o roçar de suas longas e bem cuidadas unhas e, de súbito, cravou suas garras nas minhas carnes. Meus curtos recuos, limitados pelo espaço, pouco me ajudavam enquanto me espremia, temerosamente, junto à janela. Algo em seu olhar me dizia, me implorava, que seria eu quem deveria salvá-la daquela situação, e que, de alguma forma, era eu o 'seu' responsável. Fitava-me como a esperar de mim algum gesto grandioso e heroico, enquanto, de minha parte, me sentia cada vez menor e impotente diante das suas pretensões e, antes de tudo, na prática..., dilacerado por suas cruéis unhas fincadas no meu braço, além de ter convicções inalteradas quanto a não ser alguém de atos grandiosos muito menos heroicos. Tanto assim que, na falta de outra alternativa, ergui a cabeça e olhei em torno, em meio ao tumulto de fisionomias decididamente inquietas, e outras estáticas de olhos arregalados. Nessa confusão divisei um senhor que olhava fixamente em direção à minha vizinha de poltrona. Imaginei, pela idade, que poderia ser o seu pai, ou, sinal dos tempos, seu marido - quem sabe? O olhar dava a entender que talvez almejasse trocar de lugar comigo. Achei, premido pelas dores, que seria a melhor solução no momento e, de pronto, aliviado por ter ela recolhido as garras, sugeri à moça a solução que me parecia acertada. Não funcionou, pois, antes mesmo de finalizar a proposta, o avião deu outro sacolejo, e ela juntou-se mais a meu corpo ao mesmo tempo que esticou as pernas para frente impedindo-me a passagem, se assim o tentasse. Que situação...; nem busquei interpretar sua suposta recusa, nem o porquê do exagero de sua aproximação invasora. Tãmanha foi, que pude identificar, no seu cangote, o perfume: Chanel n° 5, o que me levou a lembrar de 'Marilyn' e sua famosa frase, ao mesmo tempo que, o esticar de suas pernas impeditivas, mostrou-me um par de joelhos inacreditavelmente perfeitos e harmoniosos. Que hora! Nun-

*Farmacêutico-Bioquímico. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF. Tesoureiro Adjunto da Associação dos Professores Inativos da Universidade Federal Fluminense – ASPI/UFF. E-mail: sidneynt@gmail.com



ca vira algo assim; se vi, não atentei. Joelhos não são objetos de minha admiração; pelo contrário. Joelhos formosos como aquele, que me lembre, só das irmãs Leão: Nara e Danuza, principalmente esta.

Precisava esquivar-me às ilações e tomar atitudes, até porque ela, com olhos pídões depositava sua vida em aguardadas iniciativas de minha parte. De soslaio, percebi a aeromoça nos fitando e solicitei ajuda para acalmar a colega quase em transe. A funcionária se aproximou com aquele sorriso protocolar, seguido de ofertas de biscoitinhos, toalhas ??, uma bebida forte...

A minha passageira ignorou por completo aqueles procedimentos regimentais e prosseguiu cravada no meu corpo como um poderoso velcro... Não havia plano 'B'! Com um malabarismo de pescoço, voltei-me novamente para seu suposto acompanhante, que nos fitava com expressão séria e nada amigável, acenei discretamente, mas o enigmático senhor me olhava com a crueldade de quem estava sendo traído. Porém, não vinha em nossa direção, porque não fazia isto? Questionava-me...

Por fim, após mais umas circuladas a aeronave acalmou e assistimos, em seguida, os procedimentos habituais e seu deslizar na pista já com minha noção de tempo e controle das

energias se articulando normalmente. Só almejava pisar em solo firme. Num flash, veio-me à mente o quão havia sido importante para ela. No entanto, sequer trocamos alguma palavra.

Agora, esperar passar o alvoroço da saída e seguir minha vida. Pensava: o que ficou disto? ..., sim, ao menos uma boa história para contar aos amigos no próximo encontro. Relatarei galante o ocorrido, com algumas omissões, claro, quanto a meus titubeios e recuos e exagerarei na minha atuação no geral. O braço lanhado será um trunfo esmagador a esfregar na cara deles. Não vejo a hora. Tenho umas tendências fantasiosas e criativas...

Distraído na retirada das bagagens, a revi, e surpreendi no encontro oblíquo de nossos olhares, um enigmático sorriso de soslaio, que continha algo mais do que cumplicidade, mais ainda porque fê-lo quando seu acompanhante se ocupava, com penetrado, das bagagens. Era um espontâneo sorriso liberto da censura do companheiro, que durou pouco, pois logo foi, pelo braço, por ele conduzida. Muito provavelmente nunca mais nos encontraremos, isto é tão certo quanto ao fato de que nunca esquecerei aqueles joelhos e... aquelas unhas intensas. Tenho também incontroláveis tendências romanescas – confesso.

Em Morales
LABORATÓRIO

Seu laboratório para vida toda

Há mais de 60 anos
Cuidando dos seus exames

Exames laboratoriais

Niterói
Centro
Rua Quinze de Novembro, 90/Sí. 1114 (Global Offices)

Icaraí
Rua Presidente Backer, 266

Icaraí II
Rua Cel. Moreira César, 299/Sí. 911 (Shopping Icaraí)

Itaipú
Estrada Francisco da Cruz Nunes, 7545/Lj. 112 (Town Center)

Fonseca
Alameda São Boaventura, 540/Lj. 110 - Bloco 01 (Oportune Offices)

São Gonçalo

Alcântara
Estrada Raul Veiga, 500/Sí. 510 (Da Vinte Corporate)

Centro
Travessa Jorge Soares, 22

[f /laboratoriomoralesrj](#)
[@laboratoriomorales](#)

Atendemos a vários convênios

Horário de coleta
Consulte nossa central de atendimento
21 2710-0084 / 21 99318-0121

ATENDIMENTO CARDIOLÓGICO DO CHN

ATENDIMENTO INTEGRAL QUE DÁ MAIS SEGURANÇA AO SEU PACIENTE E CONFIANÇA A VOCÊ.



Resp. Téc.: Dra. Iza Fellows - CRM 5244109-9.

O CHN Cardiologia dispõe de uma linha de cuidado completa. Aqui o paciente conta com todo o suporte de um corpo clínico especializado e a agilidade e segurança de uma equipe multidisciplinar sempre pronta.

- Emergência cardiológica exclusiva (com cardiologistas disponíveis 24 horas)
- UTI cardiológica
- Centro Médico com ambulatórios dedicados a especialidades de cardiologia
- Parque tecnológico de ponta para exames de imagem e hemodinâmica
- Cirurgias cardíacas adulto e pediátrica
- Transplante cardíaco
- Eco, eco transesofágico, ergometria, tilt-test, mapa, holter e monitoramento eletrocardiográfico prolongado (looper implantável)

O hospital também oferece protocolos, exames e tratamentos avançados para arritmia e insuficiência cardíaca, desde atendimentos ambulatoriais até pacientes críticos.

Linha de cuidado para arritmia cardíaca com protocolo estabelecido para síncope

Linha de cuidado para insuficiência cardíaca

- Suporte circulatório avançado, como oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) beira-leito, dispositivos de curta duração (balão intra-aórtico e Impella), equipe cirúrgica habilitada para utilizar o CentriMag (dispositivo para tratamento de choque cardiogênico agudo, incluindo miocardite, infarto agudo do miocárdio e outros).

(21) 2729-1000

chniteroi.com.br

Rua Marquês de Olinda, 29 - Centro - Niterói

Qualidade Internacional Certificada:



Complexo Hospitalar de Niterói





Hospital Gaffrée e Guinle homenageia o Acad. Pietro Novellino



O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle promoveu Solenidade de inauguração do novo Centro Cirúrgico, que recebeu o nome do Professor Pietro Novellino. O evento aconteceu no dia 6 de maio. O Centro contará

com nove salas de cirurgia e um espaço para a Anatomia Patológica realizar as biópsias por congelação, além de outras áreas necessárias ao seu funcionamento. Também contará com um avançado sistema de refrigeração que

evitará contaminação do ambiente.

Além do mais, as cirurgias poderão ser transmitidas, em tempo real e gravadas, para um telão colocado no anfiteatro, o que permitirá grande avanço no processo ensino / aprendizado. Antes de descer a placa comemorativa e de desamarrar a fita, ocorreu uma cerimônia em louvor a todos os homenageados, prestada por professores, com citação de dados biográficos.

Em particular, o Acadêmico Pietro Novellino, ex-Reitor da UNIRIO, teve a saudá-lo dois ilustres professores, e respondeu agradecendo em erudito e emocionado discurso. O anfiteatro estava repleto, com a presença do atual Reitor, da Diretoria da Faculdade de Medicina, do Reitor recém empossado, do Chefe do Departamento de Cirurgia, da Secretária Municipal de Saúde, do Secretário Municipal de Turismo, Deputados, Vereadores, Membros de várias Academias, Professores, ex-alunos, funcionários e familiares.

Devido a impedimento momentâneo do Presidente da ACAMERJ, Acad. Luiz José Martins Romão Filho, a entidade foi representada por seu Vice-Presidente, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

Faleceu aos 87 anos o Acad. Dernival Brandão

Faleceu no dia 23/04/19, aos 87 anos, o Acadêmico Emérito Dernival da Silva Brandão. O sepultamento aconteceu no dia seguinte, no Cemitério do Santíssimo (anexo ao Marui). Antes houve missa de corpo presente. Nascido em Alagoas, o médico obstetra veio para Niterói (RJ) aos 20 anos de idade com a missão paterna de acompanhar sua irmã que vinha para o Curso de Enfermagem, e retornaria a Maceió. Tendo iniciado seu Curso Médico na Faculdade de Medicina de Alagoas continuou na Faculdade Fluminense de Medicina, colando grau em 1957.

Paralelamente às suas atividades profissionais e científicas, ocupou cargos e funções institucionais, entre outros, o de Presidente da Sociedade

Fluminense de Ginecologia e Obstetrícia; de Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro; de Presidente da Comissão de Ética Médica do PAM - Araribóia; de Chefe do Setor de Esterilidade Conjugal do ex-INAMPS - Niterói; de Membro Titular da Academia Fluminense de Medicina empossado em 1997; de Diretor da Federação Brasileira de Academias de Medicina. Os acadêmicos Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (Vice-Presidente da Acamerj), Alair Sarmet (Membro do Conselho Editorial da Revista da Acamerj), Waldenir de Bragança (Fundador da Acamerj e Presidente da Academia Fluminense de Letras - AFL), estiveram presentes ao sepultamento e na Missa de 7º Dia.





Acadêmico Aduino Dutra M. Barbosa empossado Diretor da Faculdade de Medicina da UFF



No dia 25 de junho, com a presença do Magnífico Reitor, tomaram posse como Diretor e Vice-Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, respectivamente, os Professores Aduino Dutra Moraes Barbosa e



José Genilson Alves Ribeiro. O Professor Doutor Aduino Dutra Moraes Barbosa é Acadêmico Titular da ACAMERJ, onde ocupa a Cadeira nº 43.

Perante seleta plateia o Reitor Acad. Antonio Claudio Lucas da Nóbrega em-



O Diretor empossado, Acad. Aduino Dutra M. Barbosa junto ao Vice-Presidente da Acamerj Luiz Augusto de F. Pinheiro

possou o Diretor e seu Vice, seguindo-se pronunciamentos do ex-Diretor José Carlos Vieira Trujillo, do Vice-Diretor, do Diretor e do Magnífico Reitor.

O Vice-Presidente da ACAMERJ, Acad. Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro esteve presente representando o órgão.

Personalidade Médica do Ano da AMF



A Acadêmica Emérita e Acadêmica do Ano de 2018 da ACAMERJ, Prof.ª Vilma Duarte Câmara foi escolhida, unanimemente, pela Diretoria da Associação Médica Fluminense - AMF como "Personalidade Médica do Ano". A Honraria será entregue no dia 18 de outubro de 2019, quando é comemorado o Dia do Médico.

As festividades se iniciarão com uma Missa na Capela de São Lucas, seguida pelo tradicional café colonial no Salão Nobre da AMF. Congratulamos a Professora Emérita da Universidade Federal Fluminense - UFF, na certeza de que a escolha foi devida.

Acadêmico em universidade norte-americana



O Acadêmico Professor Carlos Pereira Nunes seguiu dia 26/06/2019 para Indiana, Estados Unidos da América do Norte, para cumprir um período de seis meses como Membro Convidado do Corpo Docente do Riley Hospital for Children.

A Diretoria, e seus pares da ACAMERJ, sentem-se orgulhosos e desejam ao ilustre Acadêmico sucesso e bom proveito nesse novo empreendimento, em sua fecunda vida de médico e professor.

Marcante atuação na Academia Brasileira de Educação



Acad. Claudio Chaves se fez presente após Reunião de Diretoria da Acamerj para comunicar o fato

Nosso Acadêmico Titular Claudio do Carmo Chaves, também Membro Titular da Academia Brasileira de Educação, tem se reunido, nos últimos três meses, com seus pares, para estudos sobre a educação brasileira, visando elaborar sugestões para aprimoramentos nas diretrizes do ensino, desde o básico até o universitário.

O referido documento será entregue, em mãos, ao Presidente Jair Messias Bolsonaro.



“Doenças Cardiovasculares - como evitá-las” na ASPI/UFF



No dia 6 de junho, representando a ACAMERJ, o vice-Presidente Luiz Augusto de Freitas Pinheiro compareceu à ASPI/UFF (Associação dos Professores Inativos da Universidade Federal Fluminense) onde proferiu palestra com o tema: "Doenças Cardiovasculares - Como evitá-las".

Recebido e apresentado pelo Presidente da entidade, Professor Acyr de Paula Lobo, que lembrou o convênio existente entre as duas entidades, com férteis resultados nos últimos três anos, o palestrante discorreu, por 45 minutos, sobre as principais doenças do coração e vasos, enfatizando a profilaxia.

Ao final foram quase outros 45 minutos de discussão agradável com a seleta plateia sobre dúvidas frequentes que ocorrem entre os leigos em medicina.

Os seguintes aspianos se fizeram pre-



Acad. Luiz Augusto de F. Pinheiro apresentando no início de sua fala o aparelho circulatório.

sentes: Acyr de Paula Lobo (Presidente da ASPI/UFF), Aydil de Carvalho Preis (ex-Presidente da ASPI/UFF, ex-Reitora da UFF e Membro Benemérito da ACAMERJ), Robert Preis (Membro Benemérito da ACAMERJ), Márcia Maria de Jesus Pessanha (Primeiro Vice-Presidente da ASPI/UFF e Membro Benemérito da ACAMERJ), Maria Felisberta Baptista da Trindade (Membro do Conselho Deliberativo), Antônio Puhl (Membro do Conselho Deliberativo), Dalva Regina dos Prazeres Gonçalves (Tesoureira Geral) e Nilza Simão (Secretária Geral), Marcia Garcia e Neusa Pinto.

Ao final, o Presidente Acyr de Paula Lobo concedeu ao Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro um certificado representativo da reunião, convidando a todos para celebrarem com um brunch.

Academia Fluminense de Letras celebra 100 Anos do Instituto Vital Brazil



O Presidente da ACAMERJ, Luiz José Martins Romêo Filho, esteve presente na Academia Fluminense de Letras – AFL, no dia 6 de junho, em Sessão Especial Comemorativa de Fundação do Instituto Vital Brazil, ressaltando a homenagem ao grande cientista fluminense. A sessão foi conduzida pelo Presidente da Academia Fluminense de Letras, Waldenir de Bragança, Acadêmico fundador da ACAMERJ.

O Acadêmico Antônio Werneck de Castro, ocupante da Cadeira nº 15 da Classe de Ciências da AFL, discorreu sobre a biografia do homenageado e seu Patrono; e o Acadêmico Aristeu Pessanha Gonçalves, ocupante da Cadeira nº 1 da mesma Classe e Presidente da Academia de Medicina Veterinária - RJ, falou sobre a contribuição de Vital Brazil para a Medicina Veterinária.

Após seguiu-se coquetel.

Professor Jerson Lima toma posse na FAPERJ

No dia 28 de janeiro de 2019, foi realizada a Solenidade de Posse do Acadêmico Jerson Lima para a Presidência da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ. A cerimônia contou com a presença do Governador Wilson Witzel. Estavam presentes na Mesa Solene, o Acad. Ruy Garcia, atual Reitor da UERJ e ex-Presidente da FAPERJ, o Presidente da ABC, Luiz Davidovich, o Vice-Presidente da Academia Nacional de Medicina, Acad. Antonio Egídio Nardi e o Presidente da

FINEP, André Godoy.

Além da presença do Presidente da ACAMERJ, Acad. Luiz José Martins Romêo Filho, também compareceram ao evento os Acadêmicos Ciro Denevitz de Castro Herdy (Conselho Científico), Omar da Rosa Santos (Presidente do Conselho Científico), Antonio Claudio Lucas da Nóbrega (Reitor da UFF) e Hildoberto Carneiro de Oliveira (Diretor-Presidente da Regional de Nova Iguaçu).

A ACAMERJ deseja sucesso à entidade e a seu Presidente.





Sessão Solene de posse de Novos Acadêmicos



Mesa Diretora na solinidade e Acadêmicos empossados

Foi realizada no dia 29 de março a solenidade de posse dos novos Acadêmicos. O Mestre de Cerimônias, Acadêmico Wellington Santos, abriu a sessão, sendo a mesa diretora composta pelo Acad. Luiz José Martins Romêo Filho (Presidente da ACAMERJ), Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (Vice-Presidente da ACAMERJ), Vilma Duarte Câmara (Secretária Geral), Pietro Novellino (Representante da ANM), Alcir Vicente Visela Chácar (Vice-Presidente da Regional Leste da FBAM), Tarcísio Rivello de Azevedo (Superintendente do HUAP), José Trindade Filho (Diretor Científico da AMF) e Rita Rivello (Presidente da ACHUAP).

A seguir, o presidente da ACAMERJ pediu aos Acadêmicos José Dutra Bayão, João Batista Thomaz e Theophilo José da Costa Neto que conduzissem à Mesa os Acadêmicos empossados Carlos Pereira Nunes, José Oiticica Moreira, Luiz Alberto Soares Pimentel, Luiz Sérgio Keim, Manoel Antônio Gonçalves Pombo e Vânia Gloria Silami Lopes.

O Presidente pediu para os presentes entoarem o Hino Nacional Brasileiro. Em palavra de acolhida, saudou os novos Acadêmicos. A seguir, a Secretária Vilma Duarte Câmara leu o termo de posse e a novel Acadêmica Vânia Silami Lopes fez o juramento em nome de todos os empossados.

O Mestre de Cerimônias chamou os Acadêmicos para que suas esposas ou



familiares impusessem a Beca, ficando a entrega das medalhas, botton e certificados por conta do Presidente. Seguiu-se a fala de cada empossado, todas muito elogiadas.



Acad. Vilma Duarte Câmara realizando leitura do termo de Posse



Ao final, o Presidente em nova saudação enalteceu a qualidade da sessão, que ficará indubitavelmente na memória de todos os presentes. Seguiu-se a Recepção no Salão Nobre Aloysio Decnop Martins, com decoração primorosa, músicas belíssimas a cargo de conjunto da UFF e buffet de Marias & Amélias. A Cerimônia, muito elogiada, terminou às 23h, com a participação de cerca de duzentas e cinquenta pessoas.



Sessão Ordinária: Simpósio de Cirurgia Plástica



A primeira Sessão Ordinária do ano, foi realizada no dia 21 de março, seguindo-se o Simpósio de Cirurgia Plástica. Os debatedores foram Ricardo Cavalcanti Ribeiro e Antônio Luiz de Araújo, ambos da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – ACAMERJ, professores da UNIRIO; e Dra. Regina Célia de Andrade Ferreira de Araújo, do Hospital da Lagoa.

Os temas debatidos foram: "Minilifting com fio de sustentação" a cargo do Dr. José Antônio Beramendi, da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. O Dr. Beramendi, mostrou a remodelação facial com a técnica de minilifting com fio de sustentação, tendo despertado a atenção da plateia para a importância na correção de paralisia facial periférica.

A seguir o Dr. Rafael Garrido Costa, da UNIRIO e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, discorreu sobre o tema "Próteses mamárias". Ele mostrou não só a técnica de uso das próteses mamárias, como suas complicações.

Depois, seguiu-se o tema "Complicações médicas dos procedimentos estéticos" que ficou a cargo do Prof. Eduardo Costa Teixeira, da UNIRIO, que apresentou as principais complicações das cirurgias plás-



ticas e como tratá-las.

Finalmente o Dr. Lymarck Kamaroff, da OAB do Rio de Janeiro, discorreu sobre o tema "Aspectos jurídicos dos procedimentos estéticos", destacando a ação do profissional médico para livrar-se dos processos, cada vez mais frequentes. O Simpósio foi um sucesso não só pela frequência, como pelo conteúdo muito profundo, atual e de aplicação prática.

Todos os temas foram muito bem apresentados e permitiram ampla discussão pela plateia que mostrou-se vivamente interessada nos mesmos.



Acadêmicos Antônio Luiz de Araújo e Ricardo Cavalcanti Ribeiro no Simpósio



Visita ao Acadêmico José Roberto de Souza Baratella

O Presidente da ACAMERJ, Luiz José Martins Romêo Filho, visitou o Presidente da FBAM, José Roberto de Souza Baratella, em seu consultório em São Paulo, no Hospital Albert Einstein, no dia 17 de maio deste ano. O encontro foi muito proveitoso, ficando agendada a visita do Presidente da FBAM à ACAMERJ no dia 26 de julho e um Conclave FBAM - ACAMERJ para o primeiro semestre de 2020.



Carlos Chagas: de Niterói para o Mundo

No dia 9 de maio do corrente ano, organizada pela Academia Fluminense de Letras - AFL - e apoiada pela Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj - realizou-se uma Sessão Ordinária na sede da AFL em homenagem ao grande cientista brasileiro Carlos Chagas. A Sessão foi dirigida pelos presidentes das duas Academias, respectivamente, Waldenir de Bragança e Luiz José Martins Romeo Filho.

Carlos Chagas nasceu em Minas Gerais, fez seus estudos fundamentais no Rio de Janeiro e a seguir cursou Medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Formado, rejeitou um contrato no Instituto Soroterápico Federal, atualmente Instituto Oswaldo Cruz, e radicou-se em Niterói, trabalhando no Hospital Marítimo de Santa Isabel, em Jurujuba.

Foi designado para muitas campanhas contra a malária, tendo em 1907 em Lassance Minas Gerais tido sua



Acad. Prof. Evandro Tinoco Mesquita proferindo palestra

atenção despertada para um inseto, um Triatoma, que vivia em casas de "pau a pique" e que a noite sugava o rosto dos pacientes, daí ser chamado de BARBEIRO. Conseguiu isolar no Triatoma um novo Tripanosoma, em uma criança de 3 anos.

Nominou o novo Tripanosoma de Tripanosoma Cruzei em homenagem a Oswaldo Cruz. Em 1909 completou sua descoberta, publicado seus trabalhos.

Na primeira parte da sessão, o Acadêmico Prof. Evandro Tinoco Mesquita



Acad. Luiz José Martins Romão recebendo o quadro do Hospital Marítimo Santa Isabel.

discorreu sobre "A descoberta da Doença de Chagas - 110 anos". A seguir, a Dra. Áurea Grippa discorreu sobre "Carlos Chagas em Niterói - O que descobrimos dessa história".

Após as palestras o Prof. Evandro Tinoco presenteou a ACAMERJ com um quadro do Hospital Marítimo Santa Isabel. Comunicou também que os colegas Bruno Lagoeiro e Pedro Gemal mandaram oferecer aos presentes seu livro sobre Carlos Chagas. Finalizando, foi servido um coquetel.

Simpósios de maio

Sob a organização da Acadêmica Professora Selma Maria de Azevedo Sias, foram realizados dois Simpósios apoiados pela ACAMERJ - SOPERJ e UFF, nos dias 15/05/19 e 18/05/19. O primeiro - Simpósio sobre Asma - ocorreu no Auditório Aloysio de Paula do Hospital Universitário Antonio Pedro-HUAP, e o segundo - Simpósio sobre Doenças Respiratórias - na sala nº 3 da Associação Médica Fluminense-AMF.

No evento do HUAP a ACAMERJ fez-se representar por seu Vice-Presidente, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro que, juntamente com a Acad. Selma Sias, procedeu a abertura do mesmo, que versou sobre asma, com a seguinte programação e respectivos palestrantes:

INALOTERAPIA:

. Fundamentos, técnica inalatória no adulto e aspectos técnicos na criança / adolescente - Prof^ª. Selma Sias (UFF/

SOPERJ/ACAMERJ) e Prof. Leonardo Carlos (UFF / SOPERJ)

TRATAMENTO INTERCRISE:

. Abordagem no adulto - Prof. Leonardo Carlos (UFF/SOPERJ)

. Abordagem na criança - Prof^ª. Fátima Pombo (UFF/SOPERJ/ACAMERJ)

ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE:

. Na criança - Prof^ª. Selma Sias (UFF/SOPERJ/ACAMERJ)

. No adulto - Prof^ª. Daniella Moore (UFF)

LACTENTE SIBILANTE:

Dra. Simone Pestana

No dia 18/05/19, ocorreu outro Simpósio sobre Doenças Respiratórias, na AMF.

Nessa ocasião a Acadêmica Gesmar Volga Haddad Herdy representou a ACAMERJ. Esta foi a programação:

. Infecções respiratórias e a criança na creche. O que precisamos saber? - Prof^ª. Patricia Barreto (IFF/UNIRIO/SOPERJ)
. Pneumonia adquirida na comunida-



de - Prof^ª. Fátima Pombo (UFF/UFF/SOPERJ)

. Bronquite Protraída - Prof^ª. Selma Sias(UFF/SOPERJ)

- Mesa redonda: Infecções Respiratórias e populações de risco:

. Prematuro - Prof. João Henrique Carvalho Leme de Almeida (IFF)

. Cardiopata - Prof^ª. Ana Flávia Malheiros (UFF/SOPERJ)

. Asmático - Prof^ª. Christiane Schmidt (UFF/SOPERJ)

Em ambos os Simpósios a participação da comunidade médica e acadêmica de Niterói e cidades vizinhas foi marcante e estimulante para a organizadora e para os apoiadores.

LABORATÓRIO

BITTAR

CRM: 5897209-1

ALTA TECNOLOGIA EM EXAMES LABORATORIAIS

Com equipamentos modernos e profissionais qualificados, o Laboratório Bittar proporciona resultados mais precisos para sua saúde e segurança



www.labittar.com.br

21 2621-6161

Dir. Geral

Dr. Elimar Bittar
CRM: 5203148-7

Dir. Téc

Christina Bittar
CRM: 5240248-4

Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Citopatológica
Biologia Molecular | Bioquímica
Hormônios | Hematologia Alergia
Imunologia | PCR

PELM



Unidades

Niterói: Centro | São Francisco | Shopping Icaraí
Presidente Backer | Av. Roberto Silveira | Itaipu Multicenter
São Gonçalo: Centro | Alcântara

ACAMERJ

Presidentes da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro desde sua fundação em 08/12/1974

Carlos Tortelly Rodrigues da Costa

Octávio Lemgruber

Altamiro Vianna

José Hermínio Guasti

Antonio Carlos de Souza Gomes Galvão

Roched Abib Seba

Antonio Jorge Abunahman

Mário Duarte Monteiro

Germano Brasiliense Bretz

Guiseppe Mauro

Paulo Dias da Costa

Waldenir de Bragança

Waldemar Bianchi

Guilherme Eurico Bastos da Cunha

Alcir Vicente Visela Chácar

Renato Luiz Nahoum Curi

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Luiz José Martins Romêo Filho

Hino da ACAMERJ

Letra: Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Música: Maestro Joabe de Figueiredo Ferreira
Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Acad. Mario Gáspare Giordano

Acamerj, Acamerj,
Altaneira e febril.
Acamerj, Acamerj,
És orgulho do Brasil!

Belas praias, serras e florestas,
Tem o Estado do Rio de Janeiro.
E no porto das "águas escondidas"
Ancorada estás, de casco inteiro!

Corcovado, Museu Imperial,
Pão de Açúcar, Dedo de Deus,
Copacabana, Palácio de Cristal
E o MAC, exaltam os filhos teus!

Refrão

Mil novecentos e setenta e quatro
Foi o ano de tua fundação.
A homenagem aos teus pioneiros,
É fulcrada em justa gratidão!

Diretorias deste sodalício,
Umás passadas e outras que virão,
A conduzi-lo, desde o início,
Com coragem, força e união.

Refrão

Medicina, ciências em geral
E cultura são teus objetivos.
Promover o progresso social,
Entre classes, sem atos restritivos.

Segue em frente, com fronte erguida,
Arrostando todos os desafios.
A vitória será conseguida
Com amor e com nossos brios!

Interlúdio

Refrão 3X

Obs: Para finalizar, subir a tonalidade em meio tom a cada repetição

