



Academia de Medicina do
Estado do Rio de Janeiro

Revista da
ACAMERJ

Ano I - nº 02 - Julho-Dezembro/2016
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 Augusto de Freitas Pinheiro
Presidente da Acamerj

Quando o silêncio incomoda

Vivemos num mundo barulhento. Ruidos de todos os tipos e produzidos de várias maneiras: vozes, buzinas, escapamentos, campainhas, TVs, rádios, vários tipos de equipamentos, fábricas, motores etc, etc, etc... Impossível lembrar e citar todos, mas possível recordar o quanto incomodam e prejudicam. Nossos ouvidos sofrem; a acuidade auditiva é prejudicada. Crianças já são afetadas!

Um verdadeiro paradoxo: com o passar dos anos passamos a escutar menos por havermos ouvido demais.

Gosto do silêncio, ele me acalma e me inspira. Gosto do silêncio de templos vazios, ou pouco frequentados, como ocorria nas manhãs de minha infância, na pequena Igreja da minha cidade natal onde, esporadicamente, apenas se ouvia pigarros ou tosses, ou o ruído típico da tábua de genuflexório que cedia ao peso do corpo que nela se apoiava. Gosto do silêncio de noites em locais ermos, em fazendas, sem luzes artificiais, sob um firmamento negro e cintilante, escutando apenas o coaxar de sapos, o pio de alguma ave noturna, o guincho de um morcego, o ruído de grilos ou o bater de uma cachoeira ao longe. Ou ainda, à beira mar, ouvindo apenas o estrugir das ondas. E vai por aí...

Há, entretanto, um silêncio que me incomoda. Aquele dos que precisam e devem falar, reagir, protestar, apoiar, enfim, mostrar que existem, que estão presentes na sociedade, que pertencem a um meio com o qual estão comprometidos, exigindo um posicionamento... e se quedam mudos. Mais que incomodar, é inaceitável.

Lançamos o primeiro número da Revista da ACAMERJ em dezembro de 2016, referente ao primeiro semestre do ano. Como escrevi no Editorial anterior, ela será, inicialmente, semestral, e nasceu indexada. Contém uma sessão científica, uma cultural e outra de cunho social. Com isso, pretende-se atender aos mais variados interesses dos acadêmicos e dos desejados leitores em geral.

Pois bem, recebi escassos comentários sobre a mesma. Críticas necessárias? Nenhuma. Nem positivas, nem negativas; nem boas nem más; nem para o bem, nem para o mal.

O pior dos ingratos é o que esquece... O pior dos sentimentos não é o ódio; é a indiferença.

Mas... não importa, vamos em frente. Como bem se diz, vida que segue.

Estamos lançando o segundo número, pretendendo seja melhor que o primeiro. Críticas... críticas! Participação... Participação! Às calendas o marasmo e o alheamento.

Na sessão científica, dois abrangentes artigos de revisão que agasalham informações de interesse a várias áreas do conhecimento médico. Um sobre a importância da Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) no diagnóstico das Miocardites e outro sobre Infecção pelo Vírus Zika. Ambos de inquestionáveis relevância e atualidade.

Na seção cultural resolvemos fazer uma incursão pela poesia, recrutando médicos-poetas, mormente entre os Confrades e Confreiras, em atenção a um aconselhamento do poeta e prosador gaúcho Mário Quintana: “Eu acho que todos deveriam fazer versos. Ainda que saiam maus. É preferível, para a alma humana, fazer maus versos a não fazer nenhum. O exercício da arte poética é sempre um esforço de auto-superação e, assim, o refinamento do estilo acaba trazendo a melhoria da alma.”

A seção social e de eventos está reservada a divulgar as atividades da ACAMERJ e dos Acadêmicos, bem como fatos de interesse socioculturais. Neste número, referem-se ao segundo semestre de 2016.

Apesar das dificuldades, a ACAMERJ orgulha-se de lançar o segundo número de sua Revista, Ano I – nº 02.





Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Fundada em 08/12/1974

Diretoria 2016-2017-2018

Presidente

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

1º Vice-Presidente

Ciro Denevitz de Castro Herdy

2º Vice-Presidente

Hiram Silveira Lucas

Secretário Geral

Elimar Antônio Bittar

1º Secretário

Wellington Santos

2º Secretário

Maria da Glória da Costa Carvalho

1º Tesoureiro

Honomar Ferreira de Souza

2º Tesoureiro

Pedro Luiz Pinto Aleixo

Diretor de Patrimônio

Leslie de Albuquerque Aloan

Diretor de Documentação e Biblioteca

Vilma Duarte Câmara

Orador

Omar da Rosa Santos

Conselho Científico

Presidente

Salvador Borges Filho

Conselheiros

Alcir Vicente Visela Chácar

Anibal Gil Lopes

Evandro Tinoco Mesquita

Jocemir Ronaldo Lugon

Luiz José Martins Romão Filho

Pietro Novellino

Conselho Fiscal

Josemar da Silveira Reis

Paulo César Alves Carneiro

Theóphilo José da Costa Neto

Hélio Copelman

Mário Gáspare Giordano

Rubens Antunes da Cruz Filho

Revista da ACAMERJ

Editor Chefe

Solange Artimos de Oliveira

Conselho Editorial

Alair Augusto Sarmet dos Santos

Jocemir Ronaldo Lugon

Luiz Augusto Freitas Pinheiro

Maria da Glória da Costa Carvalho

Rubens Antunes da Cruz Filho

Vilma Duarte Câmara

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.

Produção Editorial:

LL Divulgação Editora Cultural Ltda

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

Jornalista: Verônica Martins de Oliveira - 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



Quando o silêncio incomoda
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 03

Seções: Científica

Miocardite: Uma Breve Revisão com Ênfase na Utilização da Ressonância Magnética Cardíaca para o Diagnóstico

Alair Augusto Sarmet M.D.dos Santos; Marcelo Souto Nacif;
Valdênia P.de Souza

Pág. 06

Infecção pelo Vírus Zika – Revisão da Literatura

Renata Artimos de Oliveira Vianna; Fabiana Rabe Carvalho; Andrea Alice da Silva; Solange Artimos de Oliveira; Claudete Aparecida Araújo Cardoso.

Pág. 12

Cultural / Poesias

Pág. 16

Social / Eventos



- Reminiscências
- Acadêmico Claudio Tadeu Daniel-Ribeiro recebe honraria
- Acadêmico Mauro Geller preside Fórum no México
- Lançamentos

Pág. 19



- Solenidade marca centenário
- Posse de novos acadêmicos
- Palestra na UNIVERTI
- Posse da diretoria da AMRJ
- Acamerj firma convênio com a ASPI e acordo com a UFF

Pág. 20



- Academia comemora 42º aniversário
- Primeira reunião de assessores
- Pronto atendimento tem nome de Patrono da Acamerj

Pág. 21



- Palestras – Simpósios - Encontros
 - Pé diabético é tema de simpósio
 - Palestra sobre Cintilografia
 - Elaboração de texto é tema de palestra
 - Encontro em Cabo Frio discute espiritualidade e medicina
 - Nas proximidades do Natal, um tema apropriado

Pág. 22



Miocardite: uma Breve Revisão com Ênfase na Utilização da Ressonância Magnética Cardíaca para o Diagnóstico

Alair Augusto Sarmet M.D.dos Santos¹; Marcelo Souto Nacif²; Valdênia P.de Souza³

RESUMO

A miocardite é definida como um processo inflamatório que acomete o miocárdio. Acredita-se que, frequentemente, a doença se desenvolve a partir de resposta auto-imune patológica e de infecções virais. Seu curso geralmente é assintomático ou insidioso, havendo considerável dificuldade no estabelecimento do diagnóstico devido à inespecificidade de seu quadro clínico e à baixa sensibilidade dos exames complementares. O objetivo deste estudo é descrever o papel da ressonância magnética cardíaca (RMC) na identificação de quadros de miocardite. Poder-se-á constatar ser a RMC o método não-invasivo de eleição para a avaliação de miocardite, pela acurada detecção de áreas de fibrose e edema miocárdicos.

Palavras-chave: Miocardite. Diagnóstico. Ressonância Magnética.

ABSTRACT

Myocarditis is defined as an inflammatory process affecting the myocardium. It is common believed that the disease develops from pathological autoimmune response and viral infections. Its course is usually asymptomatic or insidious, with considerable difficulty in establishing the diagnosis, because of its nonspecific clinical presentation and the low sensitivity of additional tests. The objective of this study is to present the role of cardiac magnetic resonance imaging in identifying pictures of myocarditis. It can be seen to be cardiac magnetic resonance imaging non-invasive method of choice for the evaluation of myocarditis, for the accurate detection of areas of myocardial fibrosis and edema.

Key words: Myocarditis. Diagnosis. Magnetic Resonance Imaging.

INTRODUÇÃO

A miocardite se caracteriza por uma resposta inflamatória do miocárdio, que pode envolver, exclusivamente, o músculo cardíaco ou também outras estruturas, sendo a mais comum o pericárdio (miopericardite)⁽¹⁻⁴⁾. O agente agressor mais frequente é o infeccioso, mas a miocardite pode ser consequência de radioterapia, de quimioterápicos ou possíveis agressões pelo sistema imunológico, onde a miocardiopatia periparto é um exemplo. Etiologicamente, a miocardite pode decorrer de várias doenças infecciosas (causadas por agentes virais, bactérias, fungos e protozoários), ou ser secundária a agressões químicas, físicas ou farmacológicas (adriamicina), por mecanismos autoimunes (cardite reumática), ou por processos mistos (miocardite ativa), iniciando com uma infecção viral seguida de comprometimento imune do miócito. Em 50% dos casos, a etiologia é desconhecida (idiopática). Dentre os agentes infecciosos, o mais comum é o viral, principalmente os adenovírus e os enterovírus, onde se destaca o Coxsackie B, responsável por 50% dos casos das miocardites virais. Outros tipos de vírus, tais como, citomegalovírus, Epstein-Barr e parvovírus B19, têm sido descritos como causadores de miocardite⁽¹⁻⁵⁾.

Desordens de natureza autoimune, tais como lupus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide, esclerodermia, Doença de Churg-Strauss e síndrome hipereosinofílica, bem como sarcoidose e neoplasias têm sido associadas com miocardites⁽⁵⁾.

Essa condição nada incomum pode determinar uma variedade de sinais e sintomas e de apresentações clínicas, desde casos leves, sem qualquer grau de disfunção ventricular e pacientes oligossintomáticos, com apenas alterações eletrocardiográficas, a quadros graves de miocardite fulminante, com acometimento significativo da função uni ou biventricular e morte súbita em pacientes jovens, sem história prévia de doença coronariana⁽⁶⁾.

Em alguns casos a miocardite se manifesta por dor precordial de gravidade variada (que pode simular síndrome coronariana aguda), ou por falência cardíaca, com comprometimento hemodinâmico, dispneia, palpitações e sopros (exacerbadados ou novos)^(2,3,5,7-10). Cerca de 60% dos pacientes apresentam sintomas semelhantes a um resfriado comum e 35% evoluem com falência cardíaca e dor precordial^(8,10,11).

Entre aqueles com disfunção ventricular assintomática, 70% se recuperam. Dos sintomáticos, cerca de 25% regri-

¹ Prof. Associado do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. Chefe do Serviço de Radiologia HUAP/UFF. Coordenador Geral do Centro de Imagens Complexo Hospitalar de Niterói (CHN) e da Proecho/Niterói. Acadêmico Titular da ACAMERJ.

² Prof. Adjunto do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. Responsável pelo Setor de Imagem Cardiovascular do CHN e do Serviço de Radiologia Hospital Universitário Antonio Pedro, Universidade Federal Fluminense.

³ Coordenadora do CHN Cardiovascular e da Unidade Cardiointensiva do CHN.

Endereço para correspondência: Alair Augusto Sarmet M. D. dos Santos - Av. Geraldo de Mello Ourivio 348/31 - Camboinhas, Niterói, RJ, Brasil, 24346-030. Email: alairsarmet@globo.com



dem, 50% se estabilizam e 25% evoluem com piora progressiva da função ventricular^(2,3,12,13).

As miocardites agudas incluem duas formas clínicas de apresentação: a fulminante e a não fulminante. A primeira é mais rara, mais comum em crianças e se caracteriza por início súbito, com progressão rápida dos sintomas de insuficiência cardíaca e evolução para choque cardiogênico. A fração de ejeção ventricular esquerda, direita ou biventricular encontra-se gravemente comprometida, sendo frequente a necessidade de suporte inotrópico e de dispositivos de assistência ventricular. Uma vez ultrapassada a fase aguda, o prognóstico é favorável, com taxas elevadas de recuperação^(5,14).

As miocardites agudas não fulminantes apresentam um início insidioso e raramente cursam com comprometimento hemodinâmico. A função sistólica global encontra-se preservada na fase inicial. Uma minoria evolui para miocardiopatia dilatada, com deterioração progressiva da função ventricular, tendo prognóstico sombrio (mortalidade em 4 anos de 56%)⁽⁵⁾.

Uma das dificuldades diagnósticas advem dessa apresentação clínica altamente variável. O diagnóstico correto e a detecção precoce são fundamentais para o manejo clínico adequado. Clinicamente a miocardite deve ser suspeitada pela presença de sintomas como dor no peito, dispnéia de esforço, síncope, fadiga, palpitações⁽¹⁰⁾. Comemorativos de doença viral prévia, na ausência de cardiopatia, associados ao aparecimento súbito de arritmias ou distúrbios de condução cardíaca, com aumento da área cardíaca ou sintomas de insuficiência cardíaca congestiva sem causa aparente, aumentam o grau de suspeição^(4,11).

Os testes laboratoriais incluem hemograma (leucocitose, eosinofilia), bioquímica sérica com marcadores inflamatórios (aumento da velocidade de hemossedimentação), marcadores reumatológicos/auto-imunes, sorologias (em caso de suspeita de causas infecciosas) e marcadores de necrose miocárdica (aumento da fração cardíaca da creatina cinase (CKMB) e das troponinas I e T⁽⁸⁾). Tais exames não são diagnósticos e indicam apenas a presença de atividade inflamatória e/ou de agressão do miócito^(2,4,15).

O eletrocardiograma (ECG) apresenta baixa sensibilidade diagnóstica (47%)⁽⁵⁾. O ecocardiograma pode detectar disfunção sistólica com diminuição da fração de ejeção dos ventrículos, dilatação de câmaras ventriculares e atriais, insuficiências mitral e tricúspide secundárias e, eventualmente, disfunção diastólica. Outros achados são: hipertrofia miocárdica, acinesias, discinesias, derrame pericárdico e trombose intracardíaca^(2,5).

A capacidade da cintilografia de detectar a resposta inflamatória miocárdica está, de modo direto, relacionada com a fase evolutiva em que se encontra a doença. A capacidade total de detecção está em torno de 80%; sendo de 40% a 60% na primeira fase; 25% na segunda e de apenas 8% a 12% na terceira fase⁽²⁾.

A biópsia é considerada por alguns autores como o pa-

drão ouro para o diagnóstico da miocardite, porém sua indicação se limita a casos graves ou associados a patologias específicas, dando-se atualmente maior importância a métodos não invasivos como a Ressonância Magnética Cardíaca (RMC)⁽¹⁶⁾.

O diagnóstico, na maioria das vezes, é baseado no alto grau de suspeição clínica e confirmado por alterações na RMC, a qual permite caracterização morfológica, análise e visualização de parâmetros funcionais das alterações tissulares, com alto grau de acurácia (85%)^(4,5,16,17).

A RMC é atualmente uma importante modalidade de diagnóstico não invasivo no manejo de pacientes clinicamente suspeitos de miocardite e é reconhecida como um método capaz de oferecer informações valiosas, que não podem ser obtidas por outros métodos diagnósticos.

O objetivo deste trabalho é fazer uma breve revisão sobre o papel da RMC no diagnóstico da Miocardite.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO DIAGNÓSTICO DA MIOCARDITE

O estudo do coração por meio da Ressonância Magnética (RM) iniciou-se em meados da década de 1980, e sua primeira aplicação foi na caracterização de massas cardíacas e programação cirúrgica de tumores mediastinais. A RM permite imagens multiplanares do coração para a análise da sua anatomia estrutural, morfologia, função ventricular, perfusão, de lesões miocárdicas e pericárdicas⁽¹⁸⁾.

Na RMC a técnica utilizada para obtenção das imagens é semelhante à utilizada em outros órgãos, diferenciando-se por aspectos destinados a resolver problemas técnicos específicos da imagem cardíaca. O coração se diferencia dos demais órgãos por sua função contrátil com movimentos periódicos. Para evitar os artefatos de movimento ou borramento da imagem, existe uma adaptação à sua dinâmica⁽¹⁹⁾.

As sequências mais usadas na RMC são: “Spin Eco” (avaliação morfológica e caracterização de tecidos), Cine-RM (estudo funcional com avaliação do tamanho, forma e motilidade cardíaca em cada fase do ciclo), “Tagging” (marcação de um ponto específico do miocárdio com pulsos de pré-saturação, permitindo o estudo da cinética cardíaca com a segurança de que o segmento que está sendo analisado em todas as fases do ciclo cardíaco corresponde ao mesmo segmento do miocárdio selecionado) e outras como a “Eco planar” (aquisição de imagens do ciclo cardíaco em tempo real para analisar a perfusão miocárdica)⁽²⁰⁾.

Outras sequências que podem ter aplicação para o sistema cardiovascular são as técnicas de angiografia por RM (angio-RMC), em que um volume tridimensional de dados é adquirido durante apnéia após a injeção de contraste intravenoso. Também podem ser utilizadas sequências rápidas (*fast low angle shot*, precessão livre em estado de equilíbrio e eco planar) após a injeção de um bolo de contraste intravenoso para se avaliar a perfusão de primeira passagem do contraste



ao mesmo tempo em que se avalia o coração em múltiplos planos. Outro recurso (comumente chamado de *navigator*) pode ser utilizado para reduzir os artefatos gerados pela movimentação respiratória e consiste em se monitorar e corrigir a imagem baseado numa interface (geralmente o diafragma), o que permite adquirir imagens de maior resolução, com o paciente respirando⁽²¹⁾.

Para realização da maioria dos exames de RMC é utilizado contraste endovenoso de gadolínio, que é um metal raro com propriedades paramagnéticas, ou seja, de alterar o meio magnético ao seu redor, modificando alguns parâmetros que compõem a imagem da ressonância⁽²¹⁾. Meta-análise com mais de 4090 pacientes, mostrou que o risco de efeitos adversos graves é inferior a 0,01% (1 evento para cada 10.000 exames). Sintomas leves, como cefaleia, náuseas ou alterações de paladar, ocorrem em menos de 4% dos casos e são transitórios⁽²²⁾.

O fenômeno de ressonância nuclear magnética foi descrito por Bloch e Purcell em 1946^(23,24). A imagem por RM teve seu desenvolvimento possível pela contribuição dos Drs. Lauterbur e Mansfield, vencedores Prêmio Nobel de Medicina em 2003, por seus trabalhos pioneiros e independentes⁽²⁵⁻²⁸⁾. A utilização da RM para avaliação do coração teve início mais tardio, em função do desafio que os movimentos de suas estruturas impunham à aquisição das imagens⁽²⁹⁾.

Em 1994 foi criada a *Society for Cardiovascular Magnetic Resonance* (SCMR) por um grupo dedicado ao estudo e desenvolvimento da ressonância para avaliação do aparelho cardiovascular. Convencionou-se, naquele momento, usar-se o termo “ressonância magnética cardiovascular”, ou RMC, para as técnicas de ressonância usadas nas aplicações cardíacas e vasculares. Procura-se, dessa forma, evitar o uso do termo “ressonância nuclear magnética”, ou RNM, quando nos referimos à imagem por RM do aparelho cardiovascular, impedindo a inferência de que essa técnica use radiação ionizante e também se confunda com a técnica de medicina nuclear. É importante ressaltar que a RMC não utiliza qualquer radiação ionizante, o que confere segurança ao paciente em relação aos fenômenos físicos envolvidos na aquisição de imagem. As imagens por ressonância são capazes de contribuir para as avaliações diagnósticas e prognósticas de várias doenças cardiovasculares, além de permitir a detecção de infarto miocárdico e avaliação da viabilidade miocárdica⁽²⁹⁾.

A RMC pode direcionar para o diagnóstico da miocardite principalmente através de duas técnicas. A primeira, voltada para a pesquisa de inflamação, utiliza imagens ponderadas em T1 e T2 que podem demonstrar aumento de sinal de forma precoce, logo após a administração de contraste, permitindo, inclusive, acompanhar a evolução da inflamação no miocárdio⁽²¹⁾.

A segunda utiliza a técnica do realce tardio, sendo realizada dez a quinze minutos após a administração do contraste, onde se avalia áreas de necrose ou fibrose. Esta se baseia numa sequência de pulsos do tipo gradiente-eco rápida pon-

derada em T1, com um pré-pulso de inversão-recuperação e um tempo de inversão (TI) ajustado para anular o sinal do miocárdio normal. Portanto, nas imagens adquiridas com essa técnica, o miocárdio íntegro aparece com intensidade de sinal muito baixa (escuro). Outra característica da técnica de realce tardio é a utilização do contraste endovenoso paramagnético (gadolínio), que não penetra nas membranas celulares íntegras e, portanto, tem distribuição extracelular. Assim, é possível fazer o diagnóstico da miocardite tanto na fase aguda, como após algumas semanas da manifestação da mesma, permitindo diferenciá-la do infarto agudo do miocárdio (IAM), por padrões distintos de necrose ou fibrose^(21,29-34).

Nos casos de miocardite, a presença do realce tardio miocárdico pode demonstrar necrose ou lesão inflamatória focal; o acometimento é frequentemente mesocárdico e/ou epicárdico (poupando a região subendocárdica), e as regiões são afetadas num padrão multifocal, heterogêneo, sem qualquer relação com os territórios de irrigação coronarianos^(3,21).

O achado típico da miocardite na RMC é a presença de realce tardio, em áreas focais e não territoriais, sendo encontrado dentro de sete dias a partir do início da infecção, com tendência para assumir um aspecto difuso com a evolução (Figura 1).

As lesões localizam-se preferencialmente na parede lateral, em suas porções mesocárdicas e epicárdicas, aspecto diferencial entre a miocardite e a necrose isquêmica (Figura 2), em consequência da permanência do gadolínio no espaço intracelular devido à necrose ou lesão inflamatória do miócito, com ruptura da membrana celular e comunicação entre o espaço extracelular e o intracelular. Com isto, a técnica do realce tardio pode identificar facilmente casos de miocardite. A primeira alteração patológica detectável na RMC é o edema miocárdico, decorrente do aumento da permeabi-

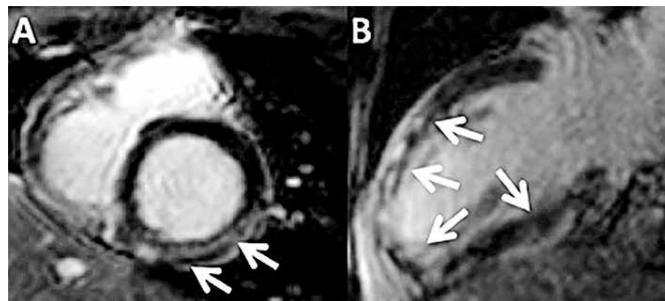


Figura 1 - Mulher, 24 anos, com clínica de miocardite, apresentando realce tardio miocárdico.

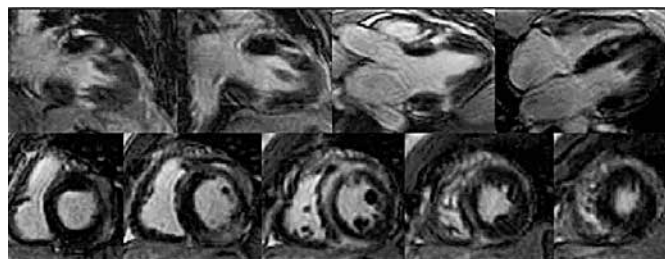


Figura 2 - Paciente com miocardite apresentando realce tardio difuso epime-socárdico com distribuição não coronariana.



lidade capilar, só evidenciada pela técnica ponderada em T2, com supressão de gordura^(16,35,36).

O realce tardio pela RMC costuma ser positivo de 88% a 95% dos casos de miocardite, podendo detectar atividade inflamatória e acompanhar a evolução da doença. A sua disposição geralmente é epicárdica e/ou mesocárdica, preservando o endocárdio, padrão típico que exclui causa isquêmica (a qual possui disposição transmural ou subendocárdica)⁽⁴⁾.

Enquanto o realce miocárdico tardio positivo confirma a miocardite, a sua ausência não a exclui. Alguns casos podem apresentar apenas edema, sem a necrose miocárdica, importante para o diagnóstico pela RMC⁽³⁾.

As três principais técnicas de RMC utilizadas na definição da lesão miocárdica em pacientes com miocardite são as sequências que caracterizam o edema miocárdico (sequências ponderadas em T2), o realce miocárdico global precoce e o realce tardio⁽³⁶⁾. A utilização combinada dessas técnicas pode aumentar a acurácia de RMC no diagnóstico de miocardite aguda^(36,37).

Utilizando-se como definição de miocardite a presença de alterações em, pelo menos, duas das técnicas descritas (presença de edema miocárdico, aumento significativo da intensidade de sinal nas imagens com a técnica de realce global precoce e presença de áreas de realce tardio), a acurácia diagnóstica do método foi de 78%, (sensibilidade - 67%, especificidade - 91%)⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

As informações fornecidas pela RMC também são importantes na determinação do prognóstico. Grun e cols.⁽⁴¹⁾ avaliaram, pela ressonância, 222 pacientes com miocardite confirmada por biópsia endomiocárdica (seguimento médio de 4,7 anos). A acurácia da RMC foi de 84%. A presença de fibrose miocárdica, demonstrada pela técnica do realce tardio, foi o principal preditor independente de morte (HR = 8,4) e de morte cardíaca (HR = 12,8), superando a fração de ejeção do VE e a classe funcional da insuficiência cardíaca pela New York Heart Association (NYHA).

De acordo com a II Diretriz de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia, a indicação da RMC no diagnóstico da miocardite (fase aguda ou crônica) está na Classe de Recomendação I, com nível de Evidência B⁽²⁹⁾.

O American College of Cardiology considera a RMC, há alguns anos, como o método não invasivo de eleição no diagnóstico e seguimento de paciente com suspeita de miocardite, oferecendo inúmeras vantagens, nomeadamente segurança, boa resolução espacial, consistência interobservador e acuidade quantitativa, permitindo obter informações, anatômica e funcional, detalhadas, sendo recomendada a repetição da RMC após 3-6 meses para avaliar a existência de eventual fibrose residual⁽⁹⁾.

Os principais benefícios da RMC se resumem no diagnóstico da miocardite em suas fases iniciais, assim como a sua utilidade no prognóstico, acompanhamento e constatação da resposta terapêutica^(2,3,35).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A miocardite é uma afecção cuja inespecificidade de seu quadro clínico e a baixa sensibilidade dos exames complementares usuais tornam difícil seu diagnóstico. A RMC constitui-se, atualmente, numa importante ferramenta diagnóstica não invasiva na avaliação dos pacientes com suspeita clínica de miocardite, reconhecida como um método capaz de oferecer informação precisa, não obtida pelos demais métodos diagnósticos. Ela permite identificar regiões de necrose e/ou fibrose do miocárdio na maior parte dos casos de miocardite, seja esta aguda, sub-aguda ou crônica. A elevada resolução espacial propicia a distinção do IAM com relativa facilidade.

O padrão multifocal do realce tardio, aliado ao aumento do sinal na RMC, principalmente na fase aguda da doença, apresenta elevadas taxas de especificidade e sensibilidade, sendo possível considerar o método como de eleição para o diagnóstico e seguimento de paciente com suspeita clínica de miocardite, pela acurada detecção de áreas de fibrose e edema miocárdicos, com amplo embasamento na literatura médica.

REFERÊNCIAS

1. Hadlich M. Miocardite aguda, uma apresentação típica e uma abordagem nova. *Rev SOCERJ*. 2005;18(1):82-4.
2. Montera MW. Atualização diagnóstica e terapêutica da miocardite. *Rev Soc Cardiol Rio Grande do Sul*. 2005; 3(4):1-5.
3. Nacif MS, Oliveira Júnior AC, Moreira DM, Nagano MR, Luz JHM, Martins MS, et al. Qual o seu diagnóstico? *Radiol Bras*. 2007;40(4):XI-XIII.
4. Schettino CDS, Novis S, Pimentel ML, Novis R, Tassi E, Paschoal M, et al. Diagnóstico clínico e radiológico da miocardite aguda e uma complicação não-usual. *Rev SOCERJ*. 2008;21(5):338-44.
5. Saraiva F, Gonçalves L, Providência LA. Miocardites em atletas. *Rev Med Desp Informa*. 2011; 2(1):24-6.
6. D'Ambrosio A, Patti G, Manzoli A, Sinagra G, Lenarda A Di, Silvestri F, et al. The fate of acute myocarditis between spontaneous improvement and evolution to dilated cardiomyopathy: a review. *A Heart*. 2001;85:499-504.
7. Silva MAD. Miocardite infecciosa. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 1996;6(4):401-11.
8. Costa S, Franco F, Monteiro P, Oliveira L, Vieira H, Garrido L, et al. Miocardite Lúpica. A Propósito de um Caso Clínico. *Rev Port Cardiol*. 2005;24(10):1247-57.
9. Friedrich MG, Strohm O, Schulz-Menger J, Marciniak H, Luft FC, Dietz R. Contrast media-enhanced magnetic resonance imaging visualizes myocardial changes in the course of viral myocarditis. *Circulation*. 1998;97:1802-9.
10. Oliveira MAB. Miocardites no atleta: o que há de novo. *Rev DERC*. 2011;17(3):71-3.
11. Feldman AM, McNamara D. Myocarditis. *N Engl J Med*. 2000;343:1388-98.
12. Laissy JP, Messin B, Varenne O, Lung B, Karila-Cohen





- D, Shouman-Claeys E, et al. MRI of acute myocarditis: a comprehensive approach based on various imaging sequences. *Chest*. 2002;122:1638-48.
13. Mahrholdt H, Goedecke C, Wagner A, Meinhardt G, Athanasiadis A, Vogelsberg H, et al. Cardiovascular magnetic resonance assessment of human myocarditis. A comparison to histology and molecular pathology. *Circulation*. 2004;109:1250-58.
14. Ambile N, Fraisse A, Bouvenot J, Chetaille P, Ovaert C. Outcome of acute fulminant myocarditis in children. *Heart*. 2006;92:1269-73.
15. Smith SC, Ladenson JH, Mason JW, Jaffe AS. Elevations of Cardiac Troponin I Associated With Myocarditis: Experimental And Clinical Correlates. *Circulation*. 1997; 95:163-8.
16. Souto FMS, Farias RA, Faro FN, Oliveira MDP, Oliveira JLM, Gonçalves FGG, et al. Diagnóstico de miocardites: a importância da Ressonância Magnética Cardíaca (RMC). *Arq Bras Cardiol*. 2011; 97(3):Supl 1: 6
17. Abdel-Aty H, Boye P, Zagrosek A, Wassmuth R, Kumar A, Messroghli D, et al. Diagnostic performance of cardiovascular magnetic resonance in patients with suspected acute myocarditis: comparison of different approaches. *J Am Coll Cardiol*. 2005;45:1815-22.
18. Nakano EM. Avaliação da função ventricular esquerda: comparação entre sequência de ressonância magnética com múltiplas apnéias e sequência sem pausa respiratória e com número elevado de excitações. Tese (Mestrado). São Paulo: USP, 2009.
19. Geuns RMV, Wielopolski PA, Bruin HG Resning BJ, van Ooijen PMA et al. Basic principles of magnetic resonance imaging. *Progress in Cardiovascular Diseases* 1999; 42:149-56.
20. Lladó GP, Costa FC, Beiras AC, Dominguez JF, Romo AI, Borreguero LJJ, et al. Guías de práctica clínica de la sociedad española de cardiología en resonancia magnética. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:542-59.
21. Rochitte CE. II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(3):e60-e100.
22. Kirchin MA, Runge, VM. Contrast agents for magnetic resonance imaging: safety update. *Top Magn Reson Imaging*. 2003;14:426-35.
23. Bloch F, Hansen W, Packard M. The nuclear induction experiment. *Nuclear induction*. *Phys Rev*. 1946;70:474-85.
24. Purcell E, Torrey H, Pound R. Resonance absorption by nuclear magnetic moments in a solid. *Phys Rev*. 1946;69:37-8.
25. Garroway AN, Grannell PK, Mansfield P. Image formation in NMR by a selective irradiative process. *J Phys C: Solid State Phys*. 1974;7:L457-62.
26. Mansfield P, Grannell PK. NMR 'diffraction' in solids? *J Phys C: Solid State Phys*. 1973;6:L422-6.
27. Mansfield P, Grannell PK, Garroway AN, Stalker DC. Multi-pulse line narrowing experiments: NMR "diffraction" in solids? In: *Proceedings of the first specialized Colloque Ampere*, Krakow, 28th August-1st September; 1973.
28. Goldman MR, Pohost GM, Ingwall JS, Fossel ET. Nuclear magnetic resonance imaging: potential cardiac applications. *Am J Cardiol*. 1980;46(7):1278-83.
29. II Diretriz de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2014;103(6):Sup.3.
30. Lima JA, Judd RM, Bazille A, Schulman SP, Atalar E, Zerhouni EA. Regional heterogeneity of human myocardial infarcts demonstrated by contrast-enhanced MRI. Potential mechanisms. *Circulation*. 1995;92(5):1117-25.
31. Biglands JD, Radjenovic A, Ridgway JP. Cardiovascular magnetic resonance physics for clinicians: Part II. *J Cardiovasc Magn Reson*. 2012;14:66.
32. Schwitter J, Saeed M, Wendland MF, Derugin N, Canet E, Brasch RC, et al. Influence of severity of myocardial injury on distribution of macromolecules: extravascular versus intravascular gadolinium-based magnetic resonance contrast agents. *J Am Coll Cardiol*. 1997;30(4):1086-94.
33. Kim RJ, Chen EL, Lima JA, Judd RM. Myocardial Gd-DTPA kinetics determine MRI contrast enhancement and reflect the extent and severity of myocardial injury after acute reperfused infarction. *Circulation*. 1996;94(12):3318-26.
34. Rehwald WG, Fieno DS, Chen EL, Kim RJ, Judd RM. Myocardial magnetic resonance imaging contrast agent concentrations after reversible and irreversible ischemic injury. *Circulation*. 2002;105(2):224-9.
35. Vitorino RR, Nacif MS. Ressonância magnética cardíaca na cardiomiopatia dilatada: atualidades. *Rev Bras Clin Med*. 2011;9(3):225-33.
36. Friedrich MG, Sechtem U, Schulz-Menger J, Holmvang G, Alakija P, Cooper LT, et al; International Consensus Group on Cardiovascular Magnetic Resonance in Myocarditis. Cardiovascular magnetic resonance in myocarditis: A JACC White Paper. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53(17):1475-87.
37. Rottgen R, Christiani R, Freyhardt P, Gutberlet M, Schultheiss HP, Hamm B, et al. Magnetic resonance imaging findings in acute myocarditis and correlation with immunohistological parameters. *Eur Radiol*. 2011;21(6):1259-66.
38. Friedrich MG, Marcotte F. Cardiac magnetic resonance assessment of myocarditis. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2013 Sep;6(5):833-9
39. Gerber BL, Abdel-Aty H, Boye P, Zagrosek A, Wassmuth R, Kumar A, Messroghli D, et al. Diagnostic performance of cardiovascular magnetic resonance in patients with suspected acute myocarditis: comparison of different approaches. *J Am Coll Cardiol*. 2005;45(11):1815-22.
40. Gutberlet M, Spors B, Thoma T, Bertram H, Denecke T, Felix R, et al. Suspected chronic myocarditis at cardiac MR: diagnostic accuracy and association with immunohistologically detected inflammation and viral persistence. *Radiology*. 2008;246(2):401-9.
41. Grun S, Schumm J, Greulich S, Wagner A, Schneider S, Bruder O, et al. Long-term follow-up of biopsy-proven viral myocarditis: predictors of mortality and incomplete recovery. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59(18):1604-15.



CRM: 5897209-1

Alta tecnologia em exames laboratoriais

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

Análises Clínica, Anatomia Patológica e Citopatológica

Biologia Molecular - Bioquímica

Imunologia / PCR - Hormônios - Hematologia - Alergia

www.labittar.com.br | Tel.: (21) 2621.6161



Dir. Geral: Dr. Elimar Bittar

CRM: 5203148-7

Dir. Téc. Christina Bittar

CRM: 5240248-4

Unidades:

Niterói - Centro / Icarai / São Francisco

São Gonçalo / Alcântara / Rio de Janeiro - Copacabana



Infecção pelo Vírus Zika – Revisão da Literatura

Renata Artimos de Oliveira Vianna¹; Fabiana Rabe Carvalho²; Andrea Alice da Silva³; Solange Artimos de Oliveira⁴; Claudete Aparecida Araújo Cardoso⁵.

RESUMO

No início de 2015, foi identificado o primeiro caso de infecção pelo vírus Zika (ZIKV) no Brasil e, desde então, o vírus tem se espalhado pelo país. A doença é caracterizada clinicamente por sintomas leves como exantema, febre, conjuntivite não purulenta e artralgia, sendo, normalmente, autolimitada. No entanto, após a constatação da associação entre a infecção pelo ZIKV nas gestantes e o aumento significativo de casos de microcefalia, houve uma urgência em se conhecer melhor o comportamento do vírus e seu impacto na evolução clínica das crianças infectadas durante a gestação. Associadas à microcefalia, outras alterações do exame neurológico, achados de neuroimagem, alterações oftalmológicas e malformações articulares configuram uma nova doença, descrita como Síndrome da Zika Congênita (SZC). O risco potencial da epidemia na América Latina se disseminar globalmente faz com que a SZC seja um alvo urgente de investigação, considerando-se as dificuldades de diagnóstico laboratorial, a ausência de imunidade prévia e de uma vacina eficaz.

Palavras-chave: Vírus Zika. Síndrome da Zika Congênita. Microcefalia.

ABSTRACT

The first case of Zika Virus (ZIKV) infection in Brazil was reported in early 2015. Since then, the virus has spread throughout the country. The disease is clinically characterized by mild symptoms, such as rash, fever, non-purulent conjunctivitis and arthralgia that are usually self-limited. However, after has been established the association between ZIKV infection during pregnancy and a significant increase of microcephaly there is an urgent need to better understand the behavior of the virus and its impact on clinical outcome in children infected during the pregnancy. Congenital Zika Syndrome (CZS) is described by microcephaly and other neurological abnormalities, neuroimaging findings, congenital contractures and ocular malformations. The potential risk of global spread makes CZS an urgent research topic, considering the difficult laboratorial diagnosis, the lack of previous immunity and an effective vaccine.

Key words: Zika Virus. Congenital Zika Syndrome. Microcephaly

INTRODUÇÃO

Desde a descoberta do vírus em 1947 até o ano de 2007, casos esporádicos de infecção pelo vírus Zika (ZIKV) foram descritos somente na África e no Sudeste da Ásia. Entretanto, no início de 2015, o primeiro caso confirmado, inclusive laboratorialmente, de infecção pelo ZIKV foi identificado no Brasil em amostras de pacientes do município de Camaçari, Bahia⁽¹⁾. Em maio do mesmo ano, foram confirmados casos em Natal/RN, Sumaré e Campinas/SP, Maceió/AL e Belém/PA⁽²⁾.

Até o final de 2015, o Ministério da Saúde estimou que ocorreram entre 500.000 e 1,5 milhão de casos do ZIKV no Brasil. Em 2016, até o mês de dezembro, foram registrados 214.193 casos prováveis de infecção pelo ZIKV no país, com taxa de incidência de 104,8 casos/100 mil habitantes. No Estado do Rio de Janeiro, a incidência estimada de casos é de 407,7 casos/100 mil habitantes. A partir de fevereiro de 2016, a infec-

ção pelo ZIKV passou a ser doença de notificação compulsória no país. Porém, o impacto deste surto vai além dos sintomas da infecção aguda, e pode ter consequências para a saúde pública por longo prazo⁽²⁾.

EPIDEMIOLOGIA

De acordo com dados do Ministério da Saúde desde 2007, a transmissão vetorial autóctone do ZIKV tinha sido confirmada em 75 países e territórios no mundo, sendo 64% nas Américas. A população mundial exposta ao ZIKV é de 1.357.605.792 pessoas, sendo 15,3% desse total brasileiros⁽²⁾.

Após entrada no território nacional, o ZIKV se espalhou rapidamente por todo o país, propagando-se para outros países na América do Sul, América Central e Caribe^(3, 4). Em novembro de 2015, foi observado o aumento do número de casos de microcefalia no Brasil, principalmente na região Nordeste, em

1 – Médica Pediatra, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

2 – Bióloga, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

3 – Professora Associada do Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

4 – Professora Titular de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense; Acadêmico Titular da Acamerj.

5 – Professora Associada do Departamento Materno Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

Endereço para correspondência: Laboratório Multiusuário de Apoio as Pesquisas em Nefrologia e Ciências Médicas/LAMAP, Hospital Universitário Antônio Pedro, Rua Marquês do Paraná, 303, Niterói, RJ, Brasil. 24033-900. E-mail: claudetecardoso@id.uff.br



recém-nascidos de mães infectadas pelo ZIKV⁽⁵⁾. Atualmente, há evidência substancial que associa o ZIKV à microcefalia e outras doenças do sistema nervoso⁽⁶⁾, assim como lesões oculares, principalmente alterações maculares, atrofia de retina e coróide e hipoplasia do nervo óptico⁽⁷⁾. Estas manifestações clínicas graves em recém-nascidos motivaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar, no final de 2015, o ZIKV como uma emergência de saúde pública de importância internacional⁽²⁾.

Desde outubro de 2015, tornou-se obrigatória a notificação dos casos de microcefalia no Brasil⁽⁸⁾. Segundo o Ministério da Saúde⁽²⁾, até dezembro de 2016, 10.867 casos suspeitos de microcefalia, ou outras malformações do sistema nervoso central (SNC), foram notificados. Desses, 3.183 (29,3%) permanecem em investigação, 7.684 foram classificados, dos quais 2.366 confirmados para microcefalia e/ou alteração do SNC sugestiva de infecção congênita. Do total de 10.867 casos notificados, 582 (5,4%) evoluíram para o óbito fetal ou neonatal. Destes últimos, 43,6% permanecem em investigação, 200 (34,4%) foram confirmados para microcefalia e/ou alteração do SNC sugestiva de infecção congênita, 5 casos (0,9%) prováveis e 123 (21,1%) foram descartados.

No Estado do Rio de Janeiro foram notificados 861 casos suspeitos de microcefalia até dezembro de 2016, sendo confirmados 179 e 399 permanecem em investigação. O Estado do Rio de Janeiro é o 4º estado com maior suspeita de microcefalia no Brasil, sendo o primeiro em número de casos fora da região Nordeste⁽²⁾.

Segundo a OMS, a microcefalia é definida pela medida do perímetro cefálico (PC), realizada em até 24 horas após o nascimento e dentro da primeira semana de vida, por meio de técnica e equipamentos padronizados. É confirmada caso o PC apresente medida inferior a menos dois desvios-padrão (-2DP) da média específica para o sexo e idade gestacional (IG). Se a medida for menor que menos três desvios-padrão (-3DP), trata-se de microcefalia grave. Recentemente, o Ministério da Saúde estipulou como ponto de corte para definição de microcefalia, um $PC \leq 32$ cm para ambos os sexos⁽⁸⁾, porém em março de 2016 a OMS recomendou que a medida do PC deve ser comparada com valores de referência e interpretada segundo as variações de sexo e IG. Para os recém-nascidos prematuros (abaixo de 37 semanas de IG), deve-se utilizar a Intergrowth (Estudo Internacional de Crescimento Fetal e do Recém-Nascido: Padrões para o Século 21)⁽⁹⁾.

ETIOLOGIA E TRANSMISSÃO

ZIKV é um membro da família *Flaviviridae* - que inclui os vírus do dengue, febre amarela, encefalite do leste do Nilo, encefalite St. Louis e encefalite japonesa - e foi primeiramente isolado em macacos Rhesus na Floresta Zika, em Uganda, África, em 1947⁽¹⁰⁾. É transmitido pela picada do mosquito do gênero *Aedes*, mas, recentemente, há relatos de isolamento do ZIKV na urina e no sêmen de pacientes infectados, o que sugere a via de transmissão sexual, além de dois casos de transmissão por transfusão sanguínea no Brasil^(11, 12, 13). Uma forma de transmissão preocupante é a vertical, desde que se detectou

o ZIKV no líquido amniótico, no cérebro fetal, na placenta e no soro dos recém-nascidos⁽¹⁴⁾ e observada a associação da infecção materna pelo ZIKV com a microcefalia e outras alterações do SNC nos fetos e recém-nascidos, além de alterações oculares, entre outras, configurando a Síndrome da Zika Congênita (SZC)⁽⁶⁾.

ASPECTOS CLÍNICOS

O período de incubação, após a picada do mosquito, é de nove dias, em média. A forma clássica e autolimitada da infecção pelo ZIKV é caracterizada por exantema, febre leve a moderada, conjuntivite não purulenta e artralgia, podendo haver dor retro-ocular e mialgias, entre outros sintomas não específicos. A remissão ocorre, normalmente, no período de três a sete dias, exceto a artralgia que pode persistir por algumas semanas. Durante o surto da infecção pelo ZIKV na Polinésia Francesa, foi observado que 88% dos pacientes com diagnóstico de Guillain-Barré apresentavam previamente sintomas de infecção pelo ZIKV⁽¹⁵⁾. No entanto, essa associação ainda necessita ser confirmada com estudos maiores⁽¹⁶⁾.

Um estudo mostrou que, no Brasil, o número dos casos de microcefalia aumentou em 2015, em comparação com 2010 a 2014, quando somente 150 casos de microcefalia foram registrados⁽⁴⁾. Microcefalia associada à infecção pelo ZIKV foi relatada também no Panamá⁽¹⁷⁾ e na Colômbia, onde o número de crianças com microcefalia aumentou em quatro vezes de 2015 para 2016⁽¹⁸⁾.

O neurotropismo do ZIKV foi documentado na literatura através de modelos experimentais com camundongos, sendo a patogênese caracterizada, aparentemente, por apoptose de células neuronais fetais e inibição da diferenciação celular neuronal; além da ação agressiva de mediadores inflamatórios, levando ao retardo do crescimento cerebral e à diminuição da viabilidade da célula neuronal⁽¹⁹⁾. O SNC do concepto em formação está susceptível a complicações decorrentes do processo infeccioso durante toda a gestação, entretanto o período embrionário é o de maior risco. A microcefalia pode estar associada a alterações estruturais do SNC, tais como: calcificações cerebrais, assimetria de ventrículos, hipoplasia ou agenesia de estruturas, distúrbio do desenvolvimento cortical, alteração do padrão de giração e sulcação cerebral, desproporção crânio-facial, lisencefalia, dentre outros⁽²⁰⁾. Consequentemente, a criança pode desenvolver quadros de epilepsia, paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, hipertonía ou hipotonía, espasticidade, hiperreflexia, irritabilidade, alterações oculares, alterações auditivas, dificuldade de sucção e de deglutição⁽⁸⁾. As consequências, a longo prazo, da exposição intraútero ao ZIKV ainda são desconhecidas e é provável que a microcefalia seja apenas a “ponta do iceberg”, sendo de suma importância o acompanhamento das crianças expostas a fim de se identificar a história natural da doença. Há relatos de recém-nascidos com alterações nos exames de neuroimagem, apesar de apresentarem medida do PC dentro da normalidade, bem como crianças com exame neurológico normal que passam a apresentar alterações com o decorrer do tempo^(21, 22). Em um estudo prospectivo de 117 crianças nascidas de mães que





apresentaram infecção pelo ZIKV durante a gestação observaram-se anormalidades em 49 recém-nascidos (42%), principalmente relacionadas ao SNC, incluindo quatro casos de microcefalia⁽²³⁾. É importante ressaltar que a microcefalia é apenas um sinal clínico, devendo-se investigar a sua etiologia.

Sabe-se que há outras causas de microcefalia e de exantema na gestação, além da infecção pelo ZIKV, incluindo a toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis, parvovirose, citomegalovirose e aids. Outras causas não infecciosas de microcefalia fazem parte do diagnóstico diferencial da SCZ, como as síndromes genéticas de Aicardi-Goutières e a “pseudo-TORCH”, bem como as mutações nos genes JAM3, NDE1 e ANKLE2⁽²⁴⁾.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Até o momento, o diagnóstico laboratorial da infecção aguda pelo ZIKV é limitado, devido ao curto período de viremia e por não se ter disponível uma sorologia que identifique, especificamente, a presença da infecção pelo ZIKV, sem reação cruzada com outros Flavivirus. A forma assintomática da doença pode ocorrer em cerca de 80% dos pacientes tornando o diagnóstico laboratorial mais difícil. Outro desafio relaciona-se ao diagnóstico diferencial, uma vez que a forma clínica sintomática se apresenta muito semelhante à dengue e à chikungunya⁽²⁵⁾.

A detecção de uma via de transmissão, independentemente do mosquito, levou à pesquisa do vírus em diferentes fluidos biológicos (saliva, sêmen, urina, leite materno e secreções vaginais) tendo sido descrito a presença do RNA viral. Entretanto, a presença do RNA do ZIKV não confirma a presença do agente infeccioso sendo sugerido, provavelmente, um traço de infecção passada^(25, 26).

Durante o curso da doença, observam-se alterações inespecíficas em alguns dados laboratoriais, tais como: leucopenia e trombocitopenia leve a moderada, discreto aumento da desidrogenase láctica, da gama glutamil transferase e de marcadores de atividade inflamatória⁽²⁷⁾. Até o momento, o diagnóstico específico baseia-se na detecção do RNA viral pela reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (RT-PCR). Em áreas endêmicas, o método Triplex é mais indicado por permitir a diferenciação simultânea de vários vírus RNA, incluindo a discriminação dos vírus dengue e chikungunya⁽²⁵⁾.

A fase pré-analítica é de grande importância no manejo destas amostras, visto que o RNA viral é facilmente degradado. Acredita-se que a viremia seja de curta duração, por isso o Ministério da Saúde preconiza a coleta de sangue periférico na vigência do exantema, até no máximo cinco dias de início dos sintomas. A dosagem de IgM específica para ZIKV por ELISA ou imunofluorescência pode ser feita a partir do 5º dia do início dos sintomas, no entanto existe grande chance de falso positivo por reação cruzada com outros Flavivirus. Já em amostras de urina, a coleta deve ser realizada a partir do 6º dia até o 14º após o início do exantema⁽⁸⁾. Entretanto, em um estudo com 150 indivíduos de Porto Rico, os autores detectaram o RNA viral em até 39 dias na urina e 81 dias no sêmen⁽²⁵⁾. Ainda não

existem estudos completos sobre a frequência e permanência do ZIKV em fluidos corporais na população brasileira.

Vale ressaltar a necessidade da análise histopatológica e imuno-histoquímica da placenta dos expostos ao ZIKV (recém-nascidos, natimortos ou óbito fetal) a fim de melhor entender a patogenia do vírus e as anomalias congênitas associadas⁽²⁸⁾. Entretanto, para imuno-histoquímica há necessidade de um anticorpo específico para ZIKV, que seja comercialmente viável e não apresente reação cruzada com outro flavivírus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o momento, não há tratamento medicamentoso específico para infecção pelo ZIKV, sendo de grande importância o seguimento clínico por longo prazo das crianças expostas ao vírus no período intraútero com o objetivo de se traçar estratégias para lidar com esse desafio emergente da saúde pública no país. O risco de disseminação global da epidemia pela cepa brasileira do ZIKV alerta para a necessidade urgente de estudos mais aprofundados sobre o comportamento clínico da infecção e o seu diagnóstico laboratorial em diferentes fluidos corporais.

REFERÊNCIAS

1. Zanluca C, Melo VC, Mosimann AL, Santos GI, Santos CN, Luz K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2015;110(4):569-72.
2. Brasil 2016a. Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico No 57. Semana Epidemiológica 52/2016. Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil.
3. Cao-Lormeau VM, Musso D. Emerging arboviruses in the Pacific. *Lancet* 2014;384(9954):1571-2.
4. Faria NR, Azevedo RD, Kraemer MU, Souza R, Cunha MS, Hill SC, et al. Zika virus in the Americas: Early epidemiological and genetic findings. *Science* 2016;352(6283):345-9.
5. Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016;47(1):6-7.
6. Mlakar J, Korva M, Tul N, Popovic M, Poljsak-Prijatelj M, Mraz J, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med* 2016;374(10):951-8.
7. Ventura CV, Maia M, Ventura BV, Linden VV, Araujo EB, Ramos FC, et al. Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection. *Arq Bras Oftalmol* 2016b;79(1):1-3.
8. Brasil 2016b. Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) – Versão 2.1/2016.
9. Villar J, Altman DG, Purwar M, Noble JA, Knight HE, Ruyan P, et al. The objectives, design and implementation of the Intergrowth 21st Project. *BJOG* 2013;9:26.
10. Dick GW, Kitchen SF, Haddow AJ. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1952;46(5):509-20.
11. Gourinat AC, O'Connor O, Calvez E, Goarant C, Dupon-



- t-Rouzeyrol M. Detection of Zika Virus in Urine. *Emerg Infect Dis* 2015; 21(1):84-6.
12. Musso D, Roche C, Robin E, Nhan T, Teissier A, Cao-Lormeau VM. Potential sexual transmission of Zika virus. *Emerg Infect Dis*. 2015b;21(2):359-61.
13. Motta IJ, Spencer BR, Cordeiro da Silva SG, Arruda MB, Dobbin JA, Gonzaga YB, et al. Evidence for Transmission of Zika Virus by Platelet Transfusion. *N Engl J Med* 2016;375(11):1101-3.
14. Calvet G, Aguiar RS, Melo AS, Sampaio SA, de Filipis I, Fabri A, et al. Detection and sequencing of Zika virus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. *Lancet Infect Dis* 2016; 16(6):653-60.
15. Cao-Lormeau VM, Blake A, Mons S, Lastère S, Roche C, Vanhomwegen J, et al. Guillain-Barret Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *Lancet*. 2016;387(10027):1531-9.
16. Araujo AQC, Silva MTT, Araujo APQC. Zika virus-associated neurological disorders: a review. *Brain* 2016;139:2122-30.
17. PAHO & WHO (Pan American Health Organization and World Health Organization). Zika-Epidemiological Update, 24/03/2016.
18. Cuervas EL, Tong VT, Rozo N, Valencia D, Pacheco O, Gilboa SM, et al. Preliminary Report of Microcephaly Potentially Associated with Zika Virus Infection During Pregnancy – Colombia, January – November 2016. *MMWR*. 2016;65(49):1409-13.
19. Cugola FR, Fernandes IR, Russo FB, Freitas BC, Dias JL, Guimarães KP, et al. The Brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. *Nature* 2016;534(7606):267-71.
20. Oliveira-Szejnfeld PS, Levine D, Melo ASO, Amorim MMR, Batista AGM, Chimelli L, et al. Congenital brain abnormalities and Zika Virus: what the radiologist can expect to see prenatally and postnatally. *Radiology* 2016;281(1):203-18.
21. França GV, Schuler-Faccini L, Oliveira WK, Henriques CMP, Carmo EH, Pedi VD, et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. *Lancet* 2016;388:891-7.
22. Van der Linden V, Pessoa A, Dobyns W, Barkovich AJ, Van der Linden Jr H, Rolim Filho EL, et al. Description of 13 infants born during October 2015 – January 2016 with Congenital Zika Infection without microcephaly at birth- Brazil, 2016. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR* 2016;65(47):1343-8.
23. Brasil P, Pereira JP, Moreira ME, Nogueira RMR, Damasceno L, Wakimoto M, et al. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med* 2016;375 (24):2321-34.
24. Moore CA, Staples JE, Dobyns WB, Pessoa A, Ventura CV, Fonseca EB, et al. Characterizing the Pattern of Anomalies in Congenital Zika Syndrome for Pediatric Clinicians. *JAMA Pediatr*. 2016 Nov 3/jamapediatrics.2016.3982.
25. Paz-Bailey G, Rosenberg ES, Doyle K, Munoz-Jordan J, Santiago GA, Klein L, et al. Persistence of Zika Virus in Body Fluids - Preliminary Report. *N Engl J Med*. 2017 Feb 14. doi: 10.1056/NEJMoal613108.
26. Bingham AM, Cone M, Mock V, Heberlein-Larson L, Stanek D, Blackmore C, et al. Comparison of Test Results for Zika Virus RNA in Urine, Serum, and Saliva Specimens from Persons with Travel-Associated Zika Virus Disease - Florida, 2016. *MMWR*. 2016;65(18):475-8.
27. Sharp TM, Muñoz-Jordán J, Perez-Padilla J, Bello-Pagán MI, Rivera A, Pastula DM, et al. Zika virus infection associated with severe thrombocytopenia. *Clin Infect Dis* 2016;63:1198-201.
28. Adibi JJ, Marques ET Jr, Cartus A, Beigi RH. Teratogenic effects of the Zika virus and the role of the placenta. *Lancet* 2016;387(10027):1587-90.





O consagrado escritor português José Saramago, Prêmio Nobel de Literatura em 1998, tem, em sua bagagem literária, um livro intitulado “As intermitências da morte”. Obra de ficção realista, com algumas metáforas, onde, talvez, a mais importante, e menos percebida e comentada, refere-se ao fato de apenas amor ser capaz de vencer a morte.

Hoje, na hipermodernidade, quando o amor é tão pouco vivenciado em sua plenitude, mal compreendido, mal interpretado e, por essas razões, muito discutido, resolvemos dedicar a Sessão Cultural deste número a ele e às suas interpretações, com um título paráfrase daquele do ilustre lusitano:

“As intermitências do amor”

O amor acaba...*

Josemar da Silveira Reis**

O amor acaba num domingo
De lua nova.
Depois o silêncio,
Depois uma lágrima,
Depois uma noite,
De alegria póstuma...
Acaba o amor
No desenlace das mãos
Às vezes, na mesma música
Que começou.
Na mesma canção,
Quando acelera e quebra
Um triste coração.
Acaba o amor
Quando acaba a emoção.
Triste e solitário estou,
A emoção acabou...

Junho / 2005

* Livro “Em cantos guardados: Pelos caminhos da medicina e da vida”, 2009.

**Acadêmico Emérito da ACAMERJ
Membro do Conselho Fiscal.

O amor acaba?*

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro**

“Sim”, respondem alguns poetas:
“O amor acaba num gesto,
numa palavra infeliz,
ou naquilo que não se diz.

Morre o amor num resto
de mágoa, de dúvida ou de dor;
aqui, ali ou seja onde for.

Mata-se o amor por falta
de olhar;
de ouvir;
de falar;
de calar;
de tocar;
de sentir;
de entender;
de emoção,
de ... etc, etc, etc.”

Morre o amor?
Mata-se o amor?
O amor acaba?

Não, meus vates,
respondo eu.
O amor é eterno,
jamais se finda.

O que morre,
termina,
acaba...
... são as paixões.
Por aquelas
e muitas outras razões.

O amor não termina,
porque não começa.
Não fenece,
porque não nasce.
Não se pode matá-lo,
porque não vive.
Não pode ser saciado,
porque não tem fome,
nem sede.

O verdadeiro amor é transcendente!
Apenas existe ...
Acredita ou duvida ...
Discorda e discute ...
Compreende ...
Perdoa ...
Respeita ...
Transforma-se...
E, quando precisa,
esquece ...

*Revista da AMF – Ano VIII – nº 42 –
Mar/Mai de 2010.

**Acadêmico Titular e Presidente da
ACAMERJ. Professor Emérito da
Universidade Federal Fluminense – UFF.

O amor acaba... O amor acaba?

Morre o amor, mesmo com
Grande dor ?

Aqui ou ali, ou seja

Onde for ?

Afinal, o que é o amor ?...*

Josemar da Silveira Reis**

Um abraço
Ou um baço?
Esplêndido
Ou Esplênico?
Massa cística
Ou massa crítica?
Um implante
Ou um transplante?
Uma interrogação
Ou uma afirmação?
Uma possível pesquisa
Ou algo que se precisa?
Mexo com o coração
Ou abaixa a pressão?
É uma profilaxia
Ou uma ataxia?
É uma vacina
Ou final de uma sina?
É um complemento
Ou um grande sofrimento?
É algo mortal
Ou existe tratamento?
É uma febre alucinante
Ou prazer de um “ficante”?
O amor é eterno
Ou te leva para o inferno?
AMOR...AMOR...AMOR...
Tristeza? Eterna alegria?
Perdoa? Compreende?
Termina? É transcendente?
Com todas estas interrogações,
pode-se afirmar:
O amor finda...Vive sim, mas fenece
E quando isso acontece
Não há dúvida que também se esquece...

* Revista da AMF – Ano VIII – nº 43 – Jun/Ago
de 2010.

**Acadêmico Emérito da ACAMERJ
Membro do Conselho Fiscal.

**Ser, dever e amar! ***

Omar da Rosa Santos**

*O amor já retarda a data da morte!
- Vence ganância, avareza e arrogância...
Supera o ser e o não-ser... Boa sorte!
Mata a cobiça, a acídia e a iniância...*

*Ser; dever; amar... É galantaria?
- Ao não-ser tendem o amor (adeus luxúria),
a gula, a ira e o resto... Ave Maria!
- Dever-ser vacila... Herança espúria...*

*Mas se o abismo abre os braços em cesura,
mútuo e bizarro é o gravame que peja...
- Gira escusa que escorraça a solércia,
canta e indulta a alma triste e impura
de falsidade, covardia e inveja.
Morrem agonia, soberba e inércia...*

*Dever-ser então se decide e engrossa...
Assoma o limbo... expunge a maldade.
Renascer! Então ânimo acossa
e doma todo o impulso da cidade.*

(Mas a maior é a caridade).

*Livro "Musfelismachia", 2016.

**Acadêmico Emérito e Orador da ACAMERJ.
Presidente da Academia de Medicina do
Rio de Janeiro.

Amar o amor*

Carlos Tortelly Costa**

*Amar o amor! Quem poderá fazê-lo?
Quem tem poder - Quem? - de iludir-se tanto?
Quem é capaz de o definir sem tê-lo?
É sentir frio sem pedir um manto.*

*Quanta gente que mente sem apelo
Dizendo ter amor e, para espanto,
Não é capaz sequer de percebê-lo
E já quer por num verso seu encanto.*

*De dizê-lo é bem fácil. O impossível
É traçar sua forma mais ardente
Encontrar o argumento, a frase crível.*

*Amar o amor – amá-lo de verdade –
É ter feliz o coração da gente
Mesmo quando solução de saudade.*

* Livro "O Beija-flor e a Rosa", 1996.

**Acadêmico Benemérito, Fundador e
ex-Presidente da ACAMERJ.

Ruim*

José Hermínio Guasti**

*Se me deixassem um dia,
fazê-la um pouco feliz,
ia sentir alegria
pedindo-me sempre bis.*

*Julga-me, como quiser,
minha forma de gostar;
jamais houve uma mulher
que eu quisesse tanto amar.*

*Meu amor, muito obrigado,
por tudo, tudo que fez,
pois com você sou forçado
a gostar mais de uma vez.*

*Parece que estou sonhando
um sonho que não tem fim,
às vezes fico pensando,
será que fui tão ruim?*

* Livro "Fantasias poéticas", 2005.

**Acadêmico Benemérito e Presidente Vitalício
da ACAMERJ.

Não preciso... *

Thales Barbosa Pinheiro**

*Não preciso do brilho dos luzeiros
para afastar meus passos dos abrolhos.
Fulgor de gemas, chispas de braseiros,
eu não preciso. Tenho os teus olhos.*

*Não necessito repousar à sombra
de mil cuidados e de mil desvelos.
Do mais macio ao mais leve alfombra,
eu não preciso. Tenho os teus cabelos.*

*O gorjeio feliz dos passarinhos,
a ternura do zéfiro veloz,
a sinfonia trêfega dos ninhos,
eu não preciso. Tenho a tua voz.*

*O doce murmurar das cataratas,
pra meu enlêvo, não será preciso.
O cristal sonoro das cascatas,
eu não preciso. Tenho o teu sorriso.*

*Aroma embriagador de lindas flores
que Deus em suas pétalas resume.
O suave odor sutil de mil odores,
eu não preciso. Tenho o teu perfume.*

*Não preciso falar aos mal-me-querer,
dos vulcões não invejo o seu calor.
Da beleza e do riso das mulheres,
eu não preciso. Tenho teu AMOR.*

Julho / 1939

*Livro "90 Poesias", 2000.

**Poeta e médico mineiro.

Eternizando o Amor*

Leslie de Albuquerque Aloas**

*Sem pranto, meu ninho, meu canto...
Te faço, amor, o meu feliz encanto...
Elevo a ti meu acalanto...
De Ser e de construir contigo...
Um abrigo amigo, ao lado...
Tendo em teu corpo um alfobre...
Me enebriando em grande porte...
De quem ama...
De quem sente um movimento forte...
Corpo que clama ...
Desculpe a vida que é chama
Que se fez e se apaga...
Lembrando quem afaga,
Quem ama.. e quem amarga...*

*Tendo em vida um momento nobre...
Te peço, querida...
Que envolvida em minha vida...
Que finita que se apaga...
Não serás escuridão...
Mas luzes encantadas de amor e canto..
Iluminando um momento quase santo...
Encanto da finitude...
Mais que sentimento ou atitude...*

*Tua barriguinha linda...
Se dobra quente aos meus desejos...
Visto que macios beijos...
Desabrocham pleno no final de um ciclo...
Mescla de desejos...*

*Te chamo em amor e pranto...
Te quero em acalanto e bela...
Quero o amor eterno... que te prometi,
Quero cumprir em canto...
O ritual do momento de ir...
Ir com nosso amor tão terno,
Eterno,
Encanto...*

*Livro "A Feiticeira Nua", 2011.

**Acadêmico Titular da ACAMERJ
Presidente da Academia Brasileira de
Médicos Escritores-ABRAMES.



COMPLEXO,
PARA FACILITAR E
VALORIZAR A VIDA.
SIMPLES ASSIM.



- Unidades integradas de alta complexidade.
- Excelência em atendimento e serviços médicos.
- Moderno, com visão de bem-estar para o paciente e segurança médica.



(21) **2729-1000**

Rua La Salle, 12 - Centro - Niterói





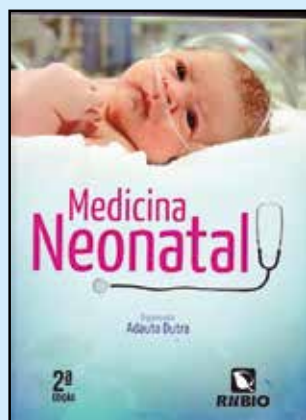
Lançamentos



O livro “CONFISSÕES de um CIRURGIÃO e MASTOLOGISTA, Volume I – Anos de Formação” é o mais recente lançamento do Confrade Paulo César Alves Carneiro. Trata-se de uma autobiografia robusta, autêntica e sincera de toda sua trajetória até a formação como médico, professor e cidadão. Aqueles que o conhecem, sabem que outras obras virão.

Professor Titular de Pediatria da Universidade Federal Fluminense (UFF), o Acadêmico Adauto Dutra Moraes Barbosa lançou a 2ª edição, revista e ampliada, do livro MEDICINA NEONATAL, pela Editora Rubio. São 118 autores, contando com o organizador, que respondem por 92 capítulos de um livro denso, profundo e amplo, recheado com conhecimentos e ensinamentos em Neonatologia.

Essas duas obras já se encontram disponíveis na biblioteca da Acamerj, que agradece a doação e registra sua satisfação em receber dois importantes trabalhos.



Reminiscências

O ícone da cirurgia plástica, com fama internacional, Ivo Pitanguy, causa saudades no meio médico. O cirurgião plástico faleceu em agosto de 2016, “deixando um legado e um modelo de vida totalmente dedicado à medicina, às artes e às letras brasileiras”, conforme enalteceu o presidente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – Acamerj.

O Acadêmico Evandro Tinoco, Professor Titular da Universidade Federal Fluminense, ressaltou “sua capacidade respeitosa de lidar com as pessoas e os



pacientes, que o colocaram na galeria de notáveis da medicina brasileira”. Em 2011, o acadêmico Ivo Pitanguy foi homenageado pela Acamerj com o título de Membro Honorário.

Acadêmico Claudio Tadeu Daniel-Ribeiro recebe honraria



O Acadêmico Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro recebeu a Médaille de La SPE (Société Française de Pathologie Exotique). A mais importante honraria

daquela sociedade foi entregue durante o XIX Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária (ICTMM), em Brisbane, na Austrália. Criada em 1927, a medalha foi confeccionada pelo escultor Prud'homme, tendo de um lado a esfinge de Charles Alphonse Laveran – descobridor do Plasmodium e Prêmio Nobel em 1907 – e no anverso a cidade de Constantinopla, local da descoberta. A diretoria da Acamerj sentiu-se homenageada com a honraria, outorgada ao Confrade.

Acadêmico Mauro Geller preside Fórum no México



O Acadêmico Prof. Mauro Geller representou o Brasil em três importantes eventos: o Fórum Internacional “Nerve Care Practice”, o “Somatic Pain Forum” e o 10th Scientific Program do Laboratoire Arland. No primeiro, rea-

lizado no México, ele presidiu um encontro com cientistas e profissionais das áreas de Clínica Médica, Neurologia, Imunologia e Neurocirurgia, resultando em propostas para a Organização Mundial de Saúde. O segundo evento abrangeu debates sobre aspectos imunogenéticos dos processos degenerativos e propostas de abordagem terapêutica para a dor somática e impotência funcional. Por último, o ilustre Confrade esteve em Paris para participar de palestras, workshops e mesas redondas sobre Imunogenética.





Solenidade marca centenário



Mesa diretiva na ANM presidida pelo Acad. Prof. Omar da Rosa Santos

O centenário de nascimento do Professor Doutor Luiz Carlos de Sá Fortes Pinheiro foi celebrado, em novembro, em Sessão Solene organizada pela Academia Nacional de Medicina (ANM). O presidente da Acamerj, Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro foi convidado a participar da mesa diretora do evento.

Posse de novos acadêmicos



José Antonio Carim, Marco Antônio Mibielli, José Druira Bayão, Francisco Luiz Gonzaga, Gesmar Haddad e Ciro Herdy

A Acamerj empossou como acadêmicos titulares os professores Gesmar Volga Assef Haddad e Marco Antonio

Estiveram presentes os acadêmicos Hélio Copelman, Ernesto Maier Rymer, Paulo César Alves Carneiro, Hiram da Silveira Lucas (segundo vice-presidente da Acamerj e titular da ANM) e Waldenir de Bragança (representando a Universidade Federal Fluminense). Este último, juntamente com os Acadêmicos Omar da Rosa Santos, Carlos Alberto Basílio de Oliveira, Mário Barreto Correia Lima, Rossano Kepler Alvim Fiorelli e Ernesto Maier Rymer, foram oradores da solenidade ressaltando vários aspectos da biografia do homenageado. O filho Marcelo Pinheiro falou a seguir agradecendo as palavras dos oradores anteriores e a viúva, Profª e Acadêmica Marita Vinelli Baptista de Sá Fortes Pinheiro, declamou várias poesias em sua memória.

Naslausky Mibielli, que passaram a ocupar, respectivamente, as cadeiras de número 10 e 58. O titular da cadeira 58, acadêmico José Antonio Verbicário Carim passou a Emérito. Na ocasião, o presidente da Acamerj, Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro concedeu o título de Acadêmico Emérito “in memoriam” ao acadêmico Laurir Corrêa de Andrade, representado por sua filha Dra. Simone Fernandes de Andrade. A solenidade aconteceu, em novembro, na Casa do Médico, com o presidente da Acamerj saudando os novos eméritos e o acadêmico Omar da Rosa Santos discursando em recebimento aos novos acadêmicos titulares.

Palestra na UNIVERTI



Acadêmico Waldenir de Bragança confere diploma ao palestrante.

O presidente da Acamerj, Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro proferiu palestra intitulada “Prevenção de Riscos Cardiovasculares” na UNIVERTI (Universidade Aberta da Ter-

ceira Idade), que tem como fundador e presidente o acadêmico Dr. Waldenir de Bragança. A palestra aconteceu no mês de outubro, por ocasião das comemorações pelo dia do Médico. Em seguida, houve uma apresentação do coral da UNIVERTI, regido pela Maestrina Deila Scharra, e do bailarino Carlinhos de Niterói com o tema “Dança para melhoria da qualidade de vida”.



Posse da diretoria da AMRJ

Nova diretoria da Academia de Medicina do Rio de Janeiro tomou posse em outubro. Em sessão solene realizada no auditório do CREMERJ, o presidente eleito e membro da Acamerj e da Academia Nacional de Medicina-ANM, Omar da Rosa Santos, foi empossado.

Também foram homenageados como Acadêmicos Honorários o Prof. Dr. Nelson Albuquerque de Souza e Silva e o Dr. Luiz Roberto Londres. A mesa diretora contou com a presença dos acadêmicos Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (presidente da Acamerj) e Alcir Vicente Visela Chácar (representante da FBAM). Os membros da Acamerj Omar Lupi da Rosa Santos, Leslie Albuquerque Aloan, Paulo César Alves Carneiro, Hiram Silveira Lucas, Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro, Mário Gáspare Giordano e Pedro Luiz Pinto Aleixo também estiveram presentes. Um coquetel de conagração encerrou a solenidade.

Acamerj firma convênio com a ASPI e acordo com a UFF



A Acamerj e a Associação dos Professores Inativos da Universidade Federal Fluminense (ASPI-UFF) assinaram um convênio de colaboração recíproca. O acordo foi firmado entre a presidente da ASPI-UFF, Professora Aidyl de Carvalho Preis e o presidente da Acamerj, Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

As professoras Vilma Duarte Câmara e Márcia Maria de Jesus Pessanha estão responsáveis pela coordenação de programas comuns representando, respectivamente, a Acamerj e a ASPI-UFF.

Acordo de mútua cooperação também foi celebrado com a UFF, como uma forma de permitir a realização de múltiplas atividades em comum.



Academia comemora 42º aniversário



O 42º aniversário de fundação da ACAMERJ foi marcado por uma solenidade comemorativa realizada no salão nobre Aloysio Decnop, Casa do Médico, em 08 de dezembro de 2016. Momento esse não somente de comemoração, mas



Acad. Luiz Augusto e José Antonio Carim com o Dr. Egídio Azevedo



Acad. José Dutra Bayão e os presidentes da Acamerj e da AFL



O pres. Luiz Augusto e o homenageado Prof. Stans Murad Netto ladeados pelo Acad. Heraldo Victor e pelo Sub-secretário de Saúde Dr. Marcelo Faria

de homenagens, instituição da medalha presidencial, outorga das medalhas de mérito médico, e lançamento da Revista da ACAMERJ. O acadêmico emérito José Dutra Bayão recebeu o título de Acadêmico do Ano de 2016.

Os agraciados com a medalha do Mérito Médico foram: Dr. Luiz Edmundo de Andrade

– Teresópolis; Dr. Egídio Alcides B. de Azevedo – Nova Friburgo; Prof. José Valente Ferreira – Nova Iguaçu; Prof. Gualter Larry Alves – Campos dos Goytacazes; Dr. José Eduardo de Souza Martins – Itaperuna; Prof. Dr. Stans Murad Netto – Rio de Janeiro; Profª Beatriz Guerra Vitral – Petrópolis; Prof. Dr. José Luis Reis Rosati – Niterói; Dr. José Roberto Rocha – Região dos Lagos.

Destaque-se a homenagem ao Prof. Dr. Stans Murad Netto, um dos pioneiros da cineangiocoronariografia no Brasil.

Ao fazer uso da palavra, o presidente Luiz Augusto de Freitas Pinheiro agradeceu aos colaboradores e fez um resumo das realizações da diretoria ao longo do ano. Mostrou que a maioria das metas propostas, para serem cumpridas em três anos de mandato, o foram nesse primeiro ano (integra do discurso em www.acamerj.org). Para deleite dos convidados, o coral “Cantar é Viver”, sob a regência do Maestro Joab Ferreira, da ASPI/UFF, se apresentou durante o evento, que contou com a presença de cerca de 200 convidados, 33 Acadêmicos da ACAMERJ e várias autoridades.



Visão parcial da plateia

Primeira reunião de assessores



O Presidente da ACAMERJ, com aprovação da Diretoria, criou a Assessoria Especial da Presidência (AEP), em cumprimento a compromisso assumido em sua campanha eleitoral e renovado no discurso de posse.

À primeira reunião, realizada em julho de 2016, entre os Acadêmicos convidados compareceram: Heraldo José Victor, José Dutra Bayão, Solange Artimos de Oliveira, Mauro Geller, Adalmir Morterá Dantas, Antônio Luiz de Araújo e Elimar Antonio Bittar.

Segundo o Presidente Luiz Augusto, a Assessoria não tem funções executivas, dela esperando contribuições no campo das ideias e na discussão de ações a serem implementadas pela Diretoria. Nesse sentido, considerou a primeira reunião bastante produtiva.

Pronto atendimento tem nome de Patrono da Acamerj

A unidade de Médico de Família da rua Dr. Martins Torres foi nomeada Dr. João Vasconcellos. A prefeitura de Niterói acatou a sugestão da Acamerj para conferir à nova unidade de saúde do município o nome do patrono da cadeira de número 57, João Joaquim Carvalho Vasconcellos. A ideia partiu do acadêmico Heraldo José Victor, prontamente aprovada pela diretoria da Academia. A Acamerj agradece ao prefeito Rodrigo Neves por aceitar a sugestão.





Palestras – Simpósios - Encontros

Pé diabético é tema de simpósio



Acadêmicos Luiz Augusto, Antonio Luiz, Pietro Novellino e Paulo Carneiro

Um simpósio sobre “Pé Diabético” contou com a presença de importantes especialistas para falar sobre o assunto. O encontro, promovido pela Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, teve como apoiadores, a Associação Médica Fluminense, Laboratório Bittar, UNICRED, Laboratório Marjan, Venosan – meias compressivas e Hospital de Olhos de Niterói.

Organizado pelos acadêmicos Antonio Luiz de Araújo e Paulo Cesar Carneiro, e moderado pelo acadêmico Pietro Novellino, teve como palestrantes: Marcos Vinícius Leitão de Souza, Wellington Santos, Rosângela Rotebande, Antonio Luiz de Araújo, Regina Célia de Araújo, Bernardo Senra Barros.

Ao final, o presidente da Acamerj, Luiz Augusto F. Pinheiro, entregou certificados aos palestrantes e aos 25 participantes.

Encontro em Cabo Frio discute espiritualidade e medicina



O Presidente da Acamerj com os acadêmicos Anderson Wilnes, Pietro Novellino, Omar da Rosa Santos e demais palestrantes do evento

Espiritualidade e Medicina Cardiovascular foi tema de encontro realizado em Cabo Frio, no mês de outubro. O evento foi

Palestra sobre Cintilografia



O palestrante Prof. Salvador Borges Neto com membros da Acamerj e Professora da UFF

O chefe da Divisão de Medicina Nuclear da Duke University e graduado pela UFF, Prof. Dr. Salvador Borges Neto, proferiu palestra sobre “Cintilografia em Medicina Interna” com foco no uso do PET Scan na avaliação de isquemia miocárdica e aspectos de cintilografia em oncologia. Organizado pela Acamerj em conjunto com o Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares (HUAP/UFF), o encontro aconteceu, em agosto, no auditório Prof. Aloysio de Paula, do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói.

Cerca de 30 pessoas assistiram à palestra do especialista, que abordou ainda os aspectos técnicos e de custos em comparação com outros métodos diagnósticos.

Elaboração de texto é tema de palestra



A palestrante Regina Camacho ladeada por acadêmicos

Membros da Acamerj, médicos, veterinários, engenheiros, advogados, empresários e acadêmicos de medicina prestigiaram a palestra “Teares de Texto”, ministrada pela Professora Regina Camacho, da UFF, no mês de julho. O tema tratado tem como fio condutor uma metáfora entre a confecção de um tecido e a de um texto literário ou científico, pois a raiz latina é a mesma.

O presidente da Acamerj, acadêmico Luiz Augusto de F. Pinheiro, agradeceu a presença de todos e falou do objetivo de estimular a participação de acadêmicos de Medicina dentro da entidade. Durante o coquetel de encerramento, ele brindou os presentes com exemplares do livro “Em cantos guardados”, editado pela Academia.

Nas proximidades do Natal, um tema apropriado



O palestrante João Aylmer e o Presidente Luiz Augusto com alguns participantes do evento.

O acadêmico emérito João Aylmer de Azevedo Souza proferiu palestra intitulada

da “O Natal e o Presépio: Mito, Metáfora, Metonímia e Mapa. Implicações e aplicações médico-antropológicas”, realizada na Acamerj, em outubro. Cerca de 40 pessoas compareceram ao encontro, atraídas pelo tema abordado brilhantemente pelo médico.

O presidente da Acamerj, Luiz Augusto F. Pinheiro elogiou a qualidade da palestra apresentada, classificando o tema como “assaz instigante”. Ao final da última palestra do ano, houve uma breve confraternização entre os presentes.

organizado pelo Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, pela Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro-Núcleo da Região dos Lagos e pela Associação Médica da Região dos Lagos.

Alguns temas foram “Medicina atual e expectativas futuras”, abordado pelo

acadêmico Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro; “Espiritualidade e prática clínica baseada em evidências”, pelo Dr. Sérgio Lívio Menezes, e uma mesa redonda sobre “Estratégias para adequar a abordagem da espiritualidade”. Sucesso de público, o encontro reuniu mais de 100 pessoas, com palestras de alto nível científico e cultural.

BUSCA PERMANENTE PELA EXCELÊNCIA!

**1º Hospital Oftalmológico do Estado do Rio de Janeiro a receber
a certificação de qualidade, acreditado pela ONA,
e recentemente o certificado de Hospital Categoria A, conferido pela AHERJ.**



Unidades

Matriz - Icaraí
Pronto Atendimento - Icaraí
Plaza Corporate
Região Oceânica
São Gonçalo

CRM 520099074-6

(21) 2715-6000

www.hon.com.br

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 Abid 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

