

DR. FRANKLIM FERNANDES

7 DORES QUE NÃO DEVE NUNCA IGNORAR

ESTE LIVRO PODE
SALVAR A SUA VIDA

Conteúdo

Introdução.....	5
Dores banais que escondem doenças muito graves.....	6
QUAIS AS 7 DORES QUE NUNCA DEVE IGNORAR?.....	7
1. DOR AGUDA NAS OMOPLATAS (OMBROS).....	8
O que é um ataque cardíaco?.....	8
Quais as causas de um ataque cardíaco?.....	8
Que sequelas permanentes pode causar um ataque cardíaco?.....	9
Existe tratamento para o ataque cardíaco?.....	9
2. DOR DE CABEÇA.....	10
O que é um aneurisma cerebral?.....	10
Qual a prevalência na população em geral?.....	11
Quais os factores de risco para o aneurisma cerebral?.....	11
Que doenças genéticas podem ser causadoras de aneurisma cerebral?.....	12
Quais os sintomas do aneurisma cerebral?.....	12
Qual o risco de rotura de um aneurisma cerebral?.....	14
Qual é o tratamento para um aneurisma cerebral ?.....	14
Processo de embolização de um aneurisma.....	15
3. DOR AGUDA DO LADO DIREITO DO ABDÓMEN.....	16
O que é a apendicite ?.....	16
Quais os sintomas da apendicite ?.....	17
Quais os sinais e sintomas da apendicite em bebés, crianças e adolescentes?.....	18
Quais os sintomas da apendicite em crianças entre 5 e 12 anos?.....	18
Quais os sintomas da apendicite em crianças entre 1 e 5 anos?.....	19
Quais os sintomas da apendicite em crianças com menos de 1 ano?.....	20
Qual o tratamento para a apendicite?.....	21
4. ACORDAR COM DORES DE DENTES.....	22
O que é o bruxismo noturno?.....	22
Quais as diferenças entre bruxismo diurno e noturno?.....	22
Que problemas pode causar o bruxismo?.....	23
Quais as causas do bruxismo noturno?.....	23
Quais as principais manifestações clínicas do bruxismo noturno?.....	23
Como é feito o diagnóstico do bruxismo?.....	24
Qual o tratamento para o bruxismo noturno?.....	24

5. DORES NA ZONA CENTRAL DAS COSTAS COM FEBRE	25
O que é uma infecção urinária?	25
Que nome têm as infecções na bexiga, na uretra e no rim?	26
O que é a pielonefrite?.....	26
Quais as causas da pielonefrite?	27
Que outros factores de risco podem causar infecção renal?.....	28
Quais os doentes de risco?.....	28
Quais os sintomas da pielonefrite?	28
A pielonefrite é clinicamente dividida em 3 categorias:.....	28
Pielonefrite aguda não complicada.....	29
Pielonefrite aguda complicada.....	29
Pielonefrite crónica	30
Quais as complicações da pielonefrite?	30
Como se faz o diagnóstico da.....	31
Qual o tratamento da pielonefrite?	31
A pielonefrite, sendo uma infecção, é contagiosa?	31
6. CÓLICAS MENSTRUAIS.....	32
O que é a endometriose?	32
O que é o endométrio ?	32
Em que partes do organismo pode, usualmente, aparecer tecido endometrial?	33
Quais as consequências da endometriose?	34
Qual a prevalência da endometriose ?	34
Quais os sintomas da endometriose?	34
Existe sangramento nos tecidos onde a endometriose está localizada?	35
A endometriose pode causar infertilidade?.....	36
A endometriose provoca o cancro?	36
Como se faz o diagnóstico da endometriose?	36
Qual o tratamento da endometriose?	37
Cirurgia para endometriose	37

7.DORES AGUDAS NA ZONA MOLE DA PARTE DE TRÁS DO JOELHO, ENTRE A BARRIGA DA PERNA E A "DOBRADIÇA"	38
O que é a trombose venosa profunda (TVP)?	38
O que é uma trombose?.....	39
Clinicamente, qual a diferença entre uma trombose venosa e trombose arterial?	39
Trombose arterial.....	39
Trombose venosa	40
Porque aparece a trombose venosa?	41
Redução do fluxo de sangue no vaso	41
Lesão da parede do vaso sanguíneo	41
Alterações dos componentes do sangue	41
Quais os factores de risco par as trombozes ?.....	42
Cirurgia	42
Traumas.....	43
Longas viagens sentado (síndrome da classe económica)	43
Cancro	43
Insuficiência cardíaca	43
Gravidez.....	44
Outros fatores de risco para trombose venosa profunda.....	44
Quais os sintomas da trombose venosa profuna? (TVP)?.....	45
Como se faz o diagnóstico da trombose venosa profunda?	45
Quais os riscos da trombose venosa profunda?	45
Qual o tratamento para a trombose?	46
Como se pode prevenir a trombose venosa profunda?	47
Nas trombofilias	47
Pacientes submetidos à cirurgia.....	47
Conselhos para longas viagens de avião	47

Introdução

Este projecto nasceu da vontade de tentar passar o meu conhecimento e experiência profissional, pessoal e familiar para as pessoas que dele possam necessitar tentando melhorar a sua saúde e por essa via serem mais Felizes!

Bem sei que não é tarefa fácil porque na saúde é necessário explicar os conceitos de forma simples mas rigorosa. Já no que toca à Felicidade, cada um tem o seu conceito!

No entanto, como Farmacêutico, a minha experiência profissional de 21 anos de contacto diário com doentes ajudou-me imenso a identificar as carências mais evidentes, no que concerne à informação sobre os temas de saúde, na população em geral.

Essas carências são enormes e para uma vasta camada da população faltam conhecimentos básicos sobre temas de saúde de relevância para o seu bem-estar diário. Muitos assuntos são “coisas simples” mas que podem fazer uma grande diferença na qualidade de vida! Outros podem mesmo salvar a vida!

Descobri também que muitas vezes os doentes até estão informados mas depois, em conversa, falham detalhes que podem fazer grande diferença na adesão à terapêutica ou na capacidade de evitar efeitos secundários e interacções medicamentosas.

Por tudo isto começou a ficar muito clara a vontade de fazer algo que pudesse ajudar o maior número de pessoas e doentes a melhorar a sua saúde, focando a minha atenção essencialmente nas questões de saúde mais comuns do dia-a-dia mas nunca “perdendo de vista” as que podem salvar vidas!



FRANKLIM A. MOURA FERNANDES

Dores banais que escondem doenças muito graves

Há dores que têm causas banais e bem identificadas tais como uma “canelada” a jogar à bola com os seus amigos, uma martelada que acertou no dedo e não no prego, maus jeitos, demasiado tempo em cima de saltos altos, carteiras e pastas pesadas, enfim... dores não faltam e estas são frequentes e contornáveis com alguma facilidade.

No entanto existem algumas dores que não devem, nunca, ser desvalorizadas porque podem alertar, atempadamente, para problemas muito graves, podendo mesmo, em certos casos, salvar-lhe a vida!

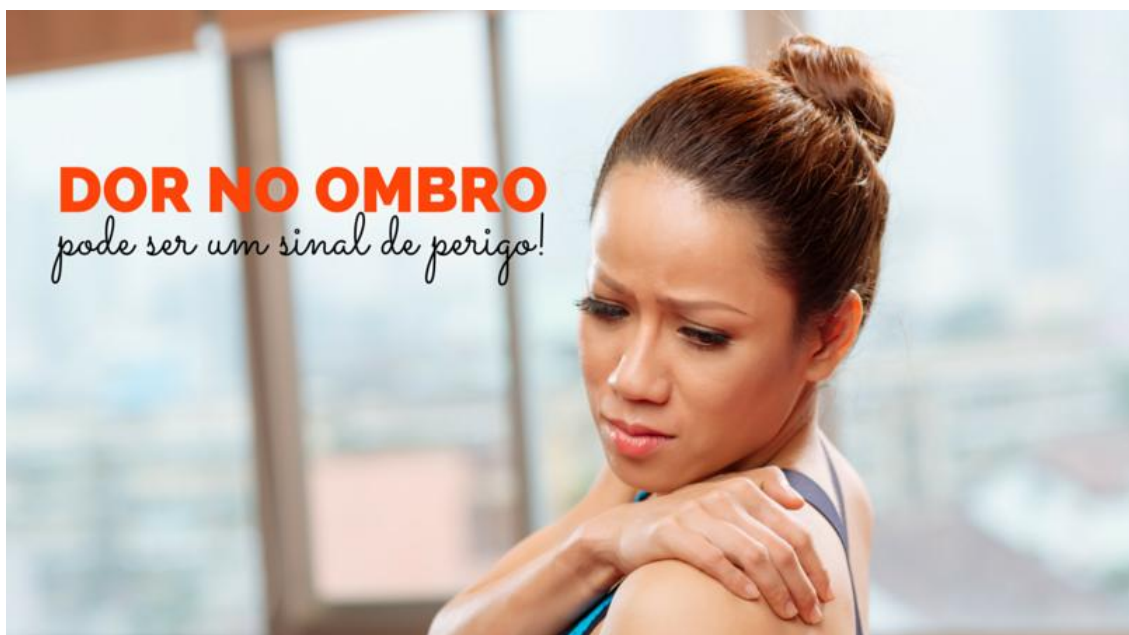
Este livro oferece um detalhe extraordinário de 7 doenças muito graves porque se pretende, verdadeiramente, explicar de forma clara e técnica rigorosa, o perigo enorme de não serem detectadas em tempo útil. É portanto um livro repartido em 7 blocos que podem ser lidos de forma separada pelo facto de descreverem doenças graves muito distintas.

QUAIS AS 7 DORES QUE NUNCA DEVE IGNORAR?

Tratam-se de dores que podem parecer banais mas que, na verdade, são bem capazes de esconder problemas muito graves, a saber:

1. Dor nas omoplatas (ombros)
2. Dor de cabeça
3. Dor aguda do lado direito do abdómen
4. Acordar com dores de dentes
5. Dores na zona central das costas e simultaneamente febre
6. Cólicas menstruais fortes
7. Dores agudas na zona mole da parte detrás do joelho, entre a barriga da perna e a articulação do joelho

1. DOR AGUDA NAS OMOPLATAS (OMBROS)



Pode ser sinal de que um ataque cardíaco poderá estar para breve. Se a esta dor se juntarem sintomas de falta de ar, náuseas, indigestão ou azia, o melhor é correr para o médico mais próximo.

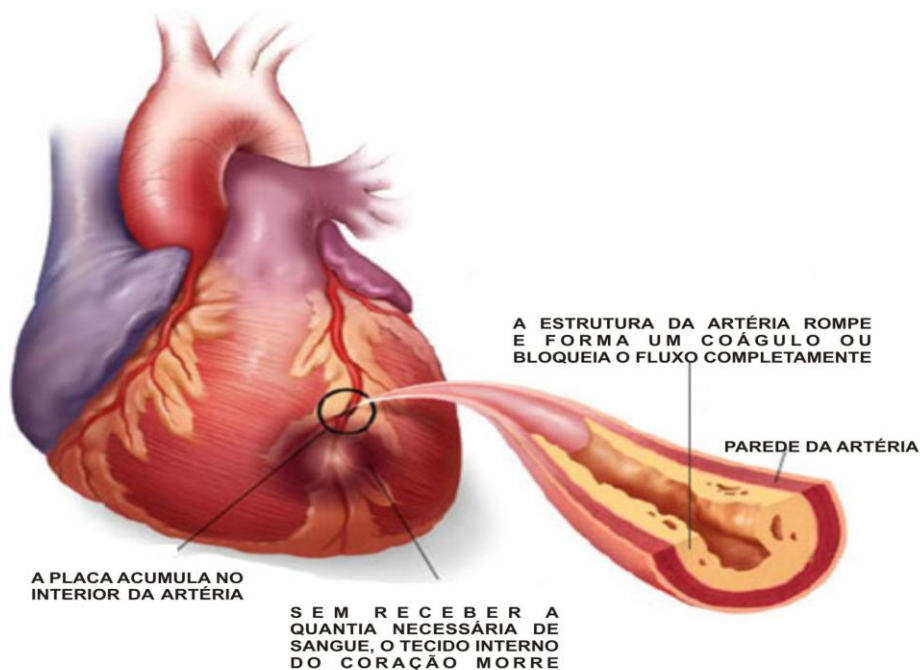
O que é um ataque cardíaco?

Um ataque cardíaco ocorre quando o fluxo de sangue de uma parte do músculo do coração fica bloqueado. Se o fluxo sanguíneo não for restaurado rapidamente, essa seção do músculo cardíaco ficará danificada devido à falta de oxigênio e começará a morrer. *Um ataque cardíaco ocorre quando o fluxo de sangue de uma parte do músculo do coração fica bloqueado* O ataque cardíaco é uma das principais causas de morte, tanto em homens como em mulheres.

Quais as causas de um ataque cardíaco?

A principal causa de um ataque cardíaco é a doença das artérias coronárias, onde existe a formação de placas de gordura nas paredes das artérias coronárias, que diminui o transporte de oxigênio e sangue ao coração. Eventualmente, uma placa pode romper, causando coágulo sanguíneo na superfície da placa. Se o coágulo ficar muito grande, ele pode bloquear totalmente ou quase totalmente o fluxo de sangue rico em oxigênio para a parte do músculo cardíaco alimentado pela artéria.

Durante um ataque cardíaco, se o bloqueio na artéria coronária não for tratado rapidamente, o músculo cardíaco começa a morrer e a ser substituído por tecido cicatrizado. Este dano do coração pode não ser óbvio, ou pode causar problemas graves de longo prazo.



Que sequelas permanentes pode causar um ataque cardíaco?

Problemas graves relacionados com ataque cardíaco podem incluir:

- Insuficiência cardíaca
- Arritmias cardíacas potencialmente fatais.

Insuficiência cardíaca é uma condição na qual o coração não consegue bombear sangue suficiente pelo corpo. Fibrilação ventricular é uma arritmia séria que pode causar morte se não for tratada rapidamente.

Existe tratamento para o ataque cardíaco?

Actualmente há tratamentos para ataques cardíacos que salvam vidas e previnem incapacidades graves. O tratamento é mais eficiente quando começa dentro de 1 hora após os sintomas do ataque cardíaco.

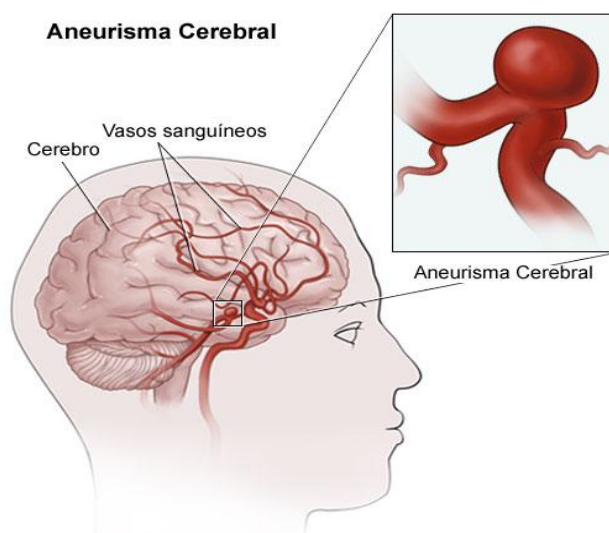
2. DOR DE CABEÇA



Esta dor não deve cair no esquecimento, principalmente a repentina e que aparece de forma intensa. Sabia que estas dores inesperadas e fortes podem ser sinal do crescimento de um aneurisma cerebral? Neste caso é importante que a pessoa saiba avaliar a intensidade da dor para que a distinga facilmente de uma enxaqueca.

O que é um aneurisma cerebral?

As artérias do nosso corpo são vasos sanguíneos com uma parede muscular muito resistente, capazes de suportar a pressão que o sangue exerce dentro delas. Se por algum motivo um ponto da artéria se tornar mais fraco, ela deixará de ser capaz de suportar a pressão sanguínea, cedendo lentamente, formando uma área dilatada, como se fosse um saco ou um balão.



O aneurisma tem uma parede muito mais fraca que a artéria saudável. Por isso, apresenta grande risco de rotura, podendo causar hemorragias cerebrais graves. No ponto onde a parede da artéria é mais fraca forma-se um balão que pode rebentar

Qual a prevalência na população em geral?

Estima-se que até 5% da população tenha pelo menos um aneurisma cerebral. 20% destes possuem dois ou mais aneurismas ao mesmo tempo.

Os aneurismas são mais comuns nas mulheres e em pessoas acima dos 50 anos. A taxa de hemorragia intracraniana por rotura de um aneurisma cerebral, porém, é de apenas 10 para cada 100.000 pessoas.

Portanto, pode-se concluir que, apesar do aneurisma cerebral não ser uma situação rara, a maioria deles não se rompe. Na verdade, a maioria dos aneurismas não causa sintomas e o paciente nem sequer desconfia que o tem.

No entanto, o aneurisma cerebral, quando rompe, causa a morte em 50% dos doentes mesmo depois de socorridos.

Quais os factores de risco para o aneurisma cerebral?

O doente não costuma nascer com um aneurisma ou seja aparece ao longo da vida. Geralmente são precisos mais de um fator agindo em simultâneo para que um aneurisma seja formado. Entre os fatores de risco mais comuns estão:

- Tabagismo
- Hipertensão
- Deficiências congênitas da parede da artéria
- Endocardite infecciosa
- História familiar de aneurismas cerebrais
- Idade acima de 40 anos
- Malformação arteriovenosa (MAV)
- Drogas, especialmente cocaína
- Alcool em excesso
- Tumores cerebrais
- Trauma cranioencefálico

Que doenças genéticas podem ser causadoras de aneurisma cerebral?

- Rins policísticos
- Displasia fibromuscular
- Síndrome de Osler-Weber-Rendu
- Coarctação da aorta
- Síndrome de Moyamoya
- Síndrome de Marfan
- Síndrome de Ehlers-Danlos
- Pseudoxantoma elástico
- Deficiência de Alfa1-antitripsina
- Lúpus eritematoso sistêmico
- Anemia falciforme
- Neurofibromatose tipo 1
- Esclerose múltipla

Algumas das doenças acima são raras, outras são relativamente comuns. Devemos dar atenção especial à doença policística renal, que é uma desordem comum, 1 a cada 400 pessoas e pode aumentar o risco de aneurismas cerebrais até 7 vezes.

Quais os sintomas do aneurisma cerebral?

A maioria dos aneurismas cerebrais são pequenos e não provoca nenhum sinal ou sintoma. Muitos são descobertos acidentalmente durante exames de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonâncias magnéticas do crânio, solicitados por outro motivo qualquer.

Apesar de ser habitualmente assintomático, dependendo da localização e do tamanho, o aneurisma pode comprimir algumas áreas cerebrais importantes, provocando sintomas. Os mais comuns são:

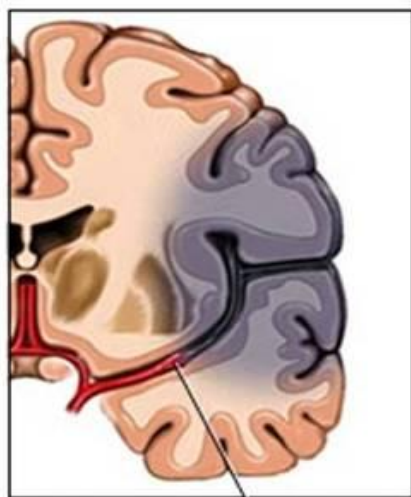
- Dores de cabeça
- Visão turva
- Alterações da pupila,
- Formiguelo, dormência ou paralisia de um lado da face.

Porém, a situação mais comum é o aneurisma permanecer silencioso, causando sintomas apenas no momento em que ocorre a ruptura.

A ruptura de um aneurisma cerebral provoca um AVC hemorrágico, que é uma emergência médica gravíssima, com elevada mortalidade. Quando um aneurisma

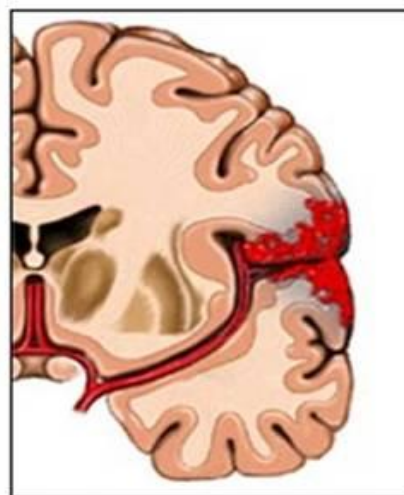
se rompe ele geralmente provoca a chamada hemorragia subaracnoide, que é causada pelo sangramento para o espaço subaracnoide, local das meninges onde circula o líquor. Este tipo de hemorragia é típica de aneurismas rotos.

AVC isquêmico



Um coágulo bloqueia o fluxo sanguíneo para uma área do cérebro

AVC hemorrágico



O sangramento ocorre dentro ou ao redor do cérebro

Quando o sangue escapa para o espaço subaracnoide, o paciente apresenta sintomas súbitos. Ajuda médica deve ser procurada imediatamente se o paciente apresentar subitamente um ou mais dos sintomas abaixo:

- A pior dor de cabeça da sua vida
- Perda da consciência.
- Crise convulsiva
- Rigidez da nuca.
- Vômitos em jato.
- Visão turva ou dupla.
- Dor súbita acima ou atrás do olho, com dificuldade de visão
- Dificuldade em caminhar ou forte tontura repentina
- Fraqueza e dormência em um lado do corpo.

Qual o risco de rotura de um aneurisma cerebral?

O risco de um aneurisma cerebral se romper está diretamente relacionado com o seu tamanho e à velocidade de crescimento. Aneurismas de baixo risco são aqueles com menos de 5 a 7 milímetros (0,5 a 0,7 centímetros) de diâmetro e sem crescimento ao longo de vários meses. Quanto maior é o aneurisma, mais fraca é sua parede e maior é a chance deste continuar crescendo até se romper.

Além do tamanho e da velocidade de crescimento, outro fator importante no risco de rotura é a localização do aneurisma dentro do cérebro. Aneurismas da circulação posterior, envolvendo as artérias do sistema vértebro-basilar ou comunicantes posteriores, apresentaram as maiores taxas de ruptura.

Estudos mostram que aneurismas maiores que 2,5 cm, localizados nas artérias posteriores do cérebro, apresentam um risco de sangramento acima de 50% em um período de 5 anos.

Os dois exames mais usados para se diagnosticar e acompanhar um aneurisma cerebral são a angiorressonância magnética nuclear e a angiotomografia computadorizada do crânio

Qual é o tratamento para um aneurisma cerebral ?

A decisão de se tratar um aneurisma cerebral sem rotura depende do risco de rotura que o mesmo apresenta a curto/médio prazo. Aneurismas pequenos em locais com baixo índice de sangramento podem ser apenas observados.

Estes aneurismas de baixo risco podem ser monitorados anualmente com exames de ressonância magnética ou tomografia computadorizada durante três anos seguidos. Se o aneurisma se mantiver estável, pode-se espaçar os exames para a cada 2 ou 5 anos.

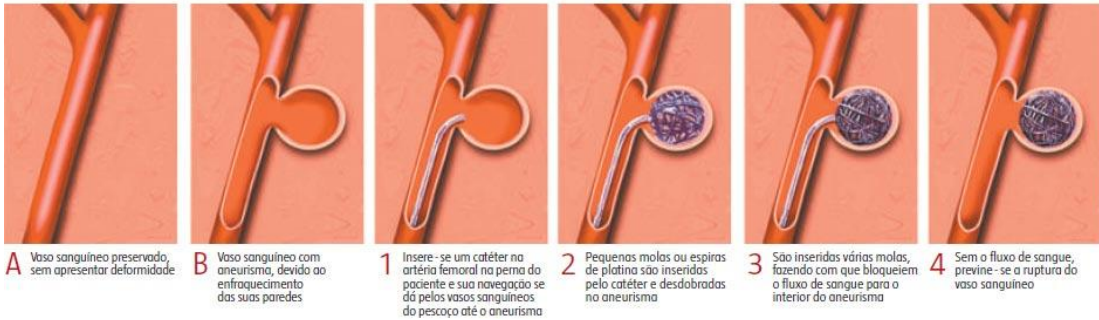
Se for possível detectar que o aneurisma surgiu recentemente (como no caso do paciente ter uma tomografia recente sem evidências de aneurismas), os primeiros exames devem ser feitos com intervalos de 6 meses, porque os aneurismas novos são os que têm maior risco de crescimento.

No caso de aneurismas grandes, com elevado risco de rotura, ou nos aneurismas que já se romperam, o tratamento é cirúrgico, visando a interrupção do fluxo sanguíneo para o local do aneurisma, preservando a passagem do sangue pela artéria. No caso de um aneurisma com rotura, a cirurgia é obviamente urgente.

Processo de embolização de um aneurisma

A embolização do aneurisma é um método menos invasivo que a cirurgia e tem ganhado popularidade nos últimos anos. O processo é semelhante a um cateterismo. O cirurgião insere um cateter numa artéria, geralmente na virilha, que é empurrado através até ao aneurisma. Quando chega ao aneurisma, um fio de platina maleável é implantado dentro do mesmo, interrompendo o fluxo sanguíneo e provocando uma trombose do aneurisma.

EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL

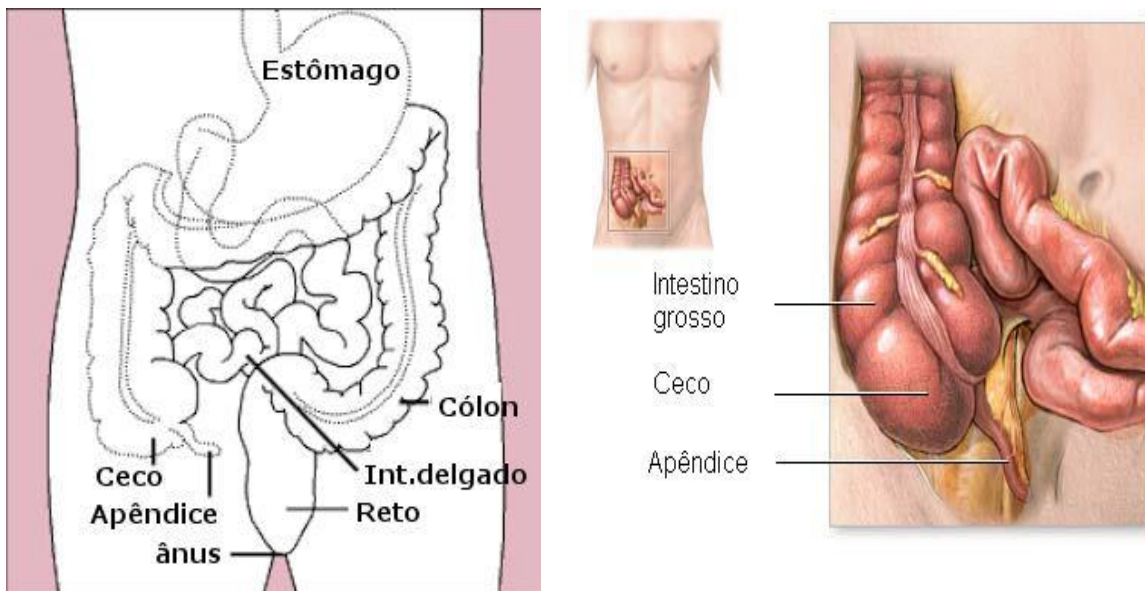


3. DOR AGUDA DO LADO DIREITO DO ABDÔMEN

É, na maioria dos casos, associada ao apêndice. É fundamental que a pessoa não deixe a dor chegar a casos extremos, se não arrisca uma rutura no apêndice e consequentes infeções que podem ser muito graves nomeadamente septicémia.

O que é a apendicite ?

A apendicite é uma doença comum, que acomete cerca de 7% da população, o que a torna uma das principais emergências médicas em todo o mundo. A apendicite geralmente surge entre os 10 e 30 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade, apesar de ser rara nas crianças com menos de 2 anos.



Localização do apêndice e órgãos próximos

O apêndice é um órgão com tamanho e localização variáveis, e a sua proximidade com outros órgãos da pelve e do abdómen podem fazer com que os sintomas de apendicite sejam parecidos com os de outras doenças, tais como, diverticulite, torção do ovário, gravidez ectópica, cálculos renais e outros problemas do abdómen ou da pelvis.

Quais os sintomas da apendicite ?

Os sintomas mais comuns da apendicite são os seguintes:

- **Dor abdominal típica**
 - A dor típica começa de forma difusa junto ao umbigo e no espaço de 24 horas migra para o quadrante inferior direito do abdómen
 - Tipicamente existe dor à palpação do abdómen que se torna muito mais intensa quando se retira de repente a mão que executa a palpação (sinal de Blumberg)
- **Dor abdominal atípica**
 - Em cerca de 15% das pessoas o apêndice localiza-se mais posteriormente, fazendo com que o local da dor da apendicite seja diferente. Neste caso o paciente pode queixar-se de dor lombar à direita, dor no quadrante superior direito ou dor em todo o flanco direito.
 - Há também aqueles pacientes com apêndices mais baixos, cuja ponta se estende até a região da pelve. Nestes casos, a dor pode ser na virilha à direita, no ânus ou na região púbica. Evacuar ou urinar podem provocar exacerbações da dor.
- **Dor do lado esquerdo**

Apesar de raro, não é impossível que o paciente com apendicite tenha dor do lado esquerdo do abdómen, caso o apêndice seja mais comprido que o habitual e se estenda até o lado esquerdo da cavidade abdominal. Porém, apendicite não deve ser a primeira hipótese diagnóstica nos pacientes com dor abdominal no lado esquerdo, exceto nos raros casos de *situs inversus* (condição rara na qual os pacientes apresentam órgãos do tórax e abdômen em posição oposta àquela esperada).
- Endurecimento da parede do abdómen
- Enjoos (em 90% dos casos)
- Vômitos (em 90% dos casos)
- Perda do apetite (em 90% dos casos)

- Febre

A febre é geralmente baixa. Só existe febre alta quando há perfuração do apêndice e extravasamento de material fecal dos intestinos para dentro da cavidade abdominal, o que gera uma intensa reação inflamatória e grave infecção.

- Diarreia

- Prisão de ventre

- Distensão abdominal

- Leucocitose (aumento do número de leucócitos ou glóbulos brancos no hemograma). Mais de 80% dos pacientes com apendicite aguda apresentam leucocitose no exame de hemograma. Quanto mais intensa é a leucocitose, em geral, mais extenso é o processo inflamatório.

Nem todos os sinais e sintomas listados acima estão necessariamente presentes nos pacientes com apendicite aguda. Alguns, tais como diarreia, prisão de ventre ou distensão abdominal, ocorrem em menos da metade dos casos.

Tipicamente os três sintomas associados mais comuns num quadro de apendicite são a dor abdominal, os vômitos e perda do apetite.

Quais os sinais e sintomas da apendicite em bebês, crianças e adolescentes?

O quadro clínico da apendicite em adolescentes é basicamente o mesmo dos adultos. Já nas crianças com menos de 12 anos, os sintomas podem ser um pouco diferentes.

Quais os sintomas da apendicite em crianças entre 5 e 12 anos?

Assim como nos adultos, a dor abdominal e os vômitos são os sintomas mais comuns nas crianças em idade escolar, embora a característica migração da dor da região periumbilical para o quadrante inferior direito possa não ocorrer.

A frequência dos sinais e sintomas da apendicite entre os 5 e os 12 anos é a seguinte:

- Dor no quadrante inferior direito do abdômen – 82%
- Náuseas – 79%
- Perda do apetite – 75%
- Vômitos – 66%
- Febre – 47%
- Diarreia- 16%

Quais os sintomas da apendicite em crianças entre 1 e 5 anos?

A apendicite é incomum em crianças com menos de 5 anos. Febre, vômitos, dor abdominal difusa e rigidez abdominal são os sintomas predominantes, embora irritabilidade, respiração ruidosa, dificuldade para andar e queixas de dor na região direita do quadril também possam estar presentes.

A típica migração da dor para o quadrante inferior direito do abdômen ocorre em menos do que 50% dos casos. Diarreia e febre, todavia, são bem mais comuns que nos adultos. As crianças pequenas costumam apresentar febre baixa (ao redor de 37,8°C) e ruborização das bochechas.

A frequência dos sinais e sintomas da apendicite nesta faixa etária é a seguinte:

- Dor abdominal – 94%
- Febre – 90%
- Vômitos – 83%
- Dor à descompressão – 81%
- Perda do apetite – 74%
- Rigidez abdominal – 72%
- Diarreia- 46%
- A distensão abdominal – 35%

Quais os sintomas da apendicite em crianças com menos de 1 ano?

Se a apendicite em crianças com menos de 5 anos é incomum, a apendicite em recém-nascidos e no primeiro ano de vida é ainda mais rara. A baixa frequência de apendicite nesta faixa etária deve-se provavelmente ao formato mais afunilado e menos propenso à obstrução do apêndice, em oposição ao formato mais tubular do órgão nos adultos e crianças mais velhas.

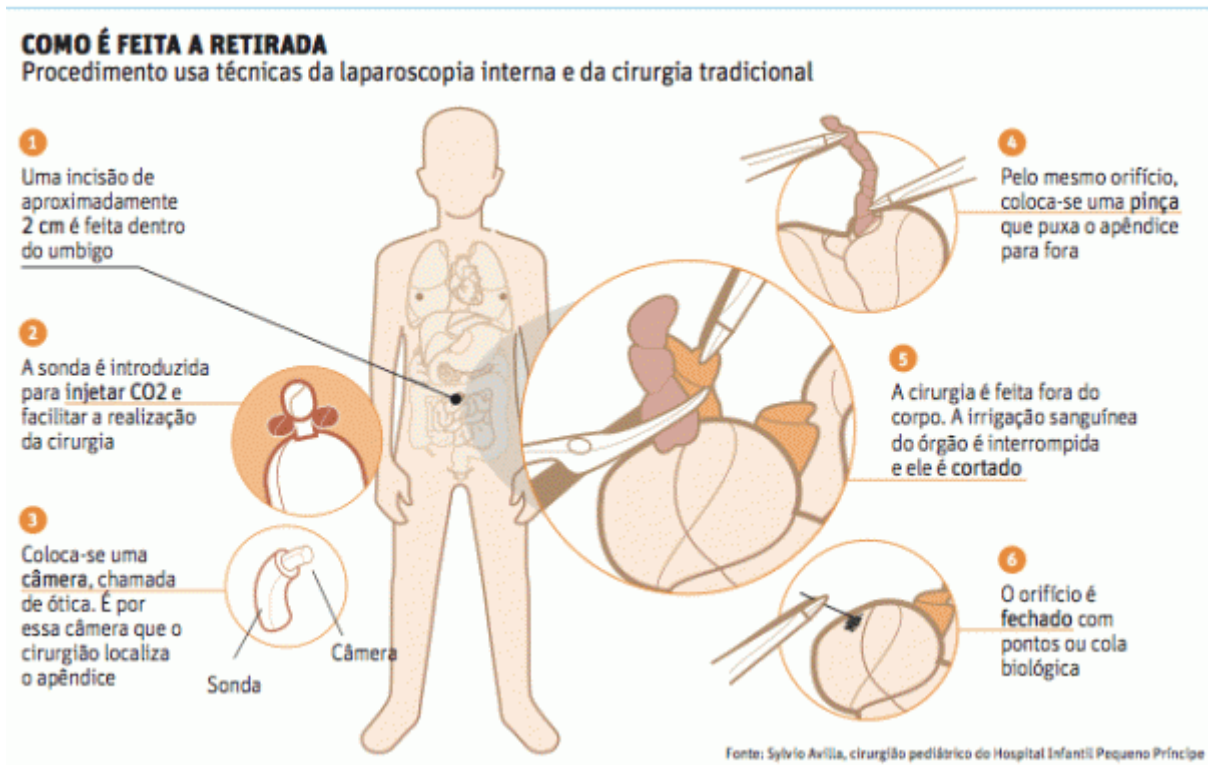
Apesar de rara, infelizmente, a mortalidade neonatal de apendicite é de quase 30%, pois o diagnóstico precoce é muito difícil, já que o quadro clínico costuma ser muito atípico. A distensão abdominal é mais comum que a própria dor abdominal, provavelmente porque os bebês não conseguem comunicar adequadamente.

A frequência dos sinais e sintomas da apendicite nesta faixa etária é a seguinte:

- Distensão abdominal – 75%
- Vômitos – 42%
- Perda do apetite – 40%
- Dor abdominal – 38%
- Febre – 33%
- Inflamação da parede abdominal – 24%
- Irritabilidade ou letargia – 24%
- Dificuldade respiratória – 15%
- Massa abdominal – 12%
- Sangramento nas fezes – 10%

Qual o tratamento para a apendicite?

O tratamento é, naturalmente, cirúrgico com retirada do apêndice inflamado.



Procedimento usa técnicas de Laparoscopia interna mas também de cirurgia tradicional

4. ACORDAR COM DORES DE DENTES

Também não deve ser uma situação tida como normal. Esta pode ser uma consequência do bruxismo noturno e de uma inflamação, causada pelo desgaste do esmalte.

Além disso, esta dor pode ser causada por elevados níveis de stresse.

O que é o bruxismo noturno?



O bruxismo noturno é um distúrbio do sono caracterizado pelo apertar e ranger dos dentes, de forma involuntária, aplicando uma força excessiva sobre a musculatura mastigatória. A palavra bruxismo do sono vem do grego *brycheinm*, que significa ranger dos dentes.

Quais as diferenças entre bruxismo diurno e noturno?

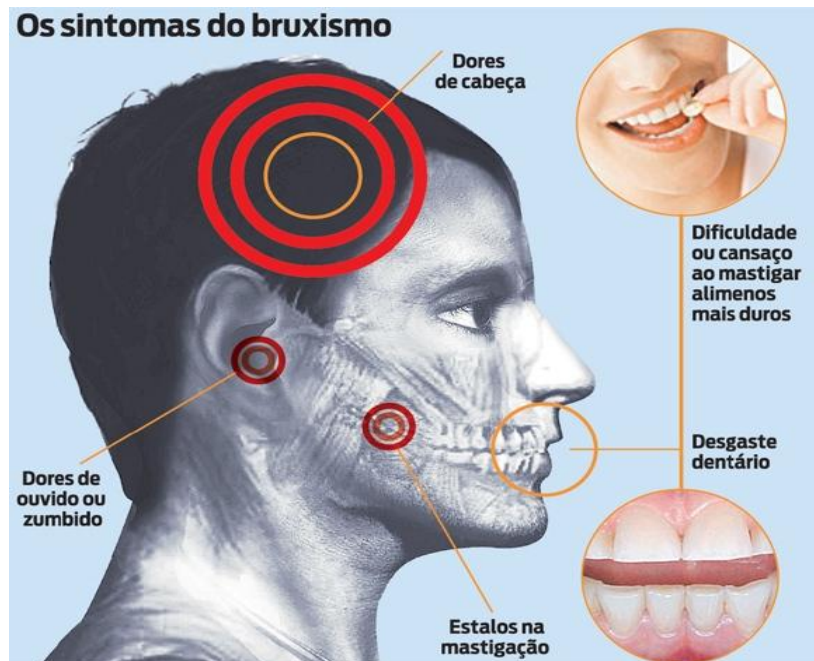
O bruxismo diurno é diferente do bruxismo noturno (ou do sono).

Assim, o bruxismo diurno é caracterizado por uma atividade semivoluntária da mandíbula, que aperta os dentes enquanto a pessoa se encontra acordada e, geralmente, não ocorre o ranger de dentes, estando relacionado com um tique ou hábito. O bruxismo do sono é uma atividade inconsciente de ranger ou apertar os dentes, com produção de sons, enquanto o indivíduo está a dormir.

O bruxismo noturno é um problema que afeta sobretudo as crianças podendo também afetar os adultos.

Que problemas pode causar o bruxismo?

- Dentes doloridos ou soltos, e, às vezes, partes dos dentes são literalmente desgastados
- Destruição do osso circunvizinho e do tecido da gengiva que pode ser grave
- Tensões ao nível das articulações temporomandibulares (ATM) que pode causar desgastes e eventuais problemas graves



Quais as causas do bruxismo noturno?

As causas do bruxismo do sono são multifatoriais e ainda pouco conhecidas mas existem algumas hipóteses, a saber:

- Má oclusão dentária
- Tensão emocional

Quais as principais manifestações clínicas do bruxismo noturno?

- O ruído característico do ranger dos dentes
- Desgaste dentário
- Hipertrofia dos músculos mastigatórios e temporais
- Dores de cabeça
- Disfunção da articulação temporomandibular
- Má qualidade de sono
- Sonolência diurna

Como é feito o diagnóstico do bruxismo?

O diagnóstico é feito pela observação de um desgaste dentário anormal, ruídos de ranger de dentes durante o sono e desconforto muscular mandibular.

A polissonografia registra os episódios de ranger dos dentes, permitindo identificar alterações do sono e microdespertares. As alterações predominam na fase 2 do sono não REM e nas transições entre as fases do sono.

A polissonografia permite ainda o diagnóstico de outros distúrbios do sono, tais como ronco, apnéia do sono, movimentos periódicos dos membros, distúrbio comportamental do sono REM e outros.

Qual o tratamento para o bruxismo noturno?

O tratamento deve ser individualizado para cada paciente. Como o bruxismo do sono tem causas variadas, o tratamento também segue na mesma orientação.

- O uso de placas orais moles (silicone) ou duras (acrílico) visa a proteção dos dentes prevenindo o desgaste dentário ou fraturas durante o sono.
- Psicoterapia
- Intervenção odontológica
- Intervenção farmacológica e suas combinações, de acordo com o perfil do paciente

Aplicações locais de toxina botulínica nos músculos envolvidos têm sido utilizadas em casos de bruxismo do sono que não respondem ao tratamento convencional.

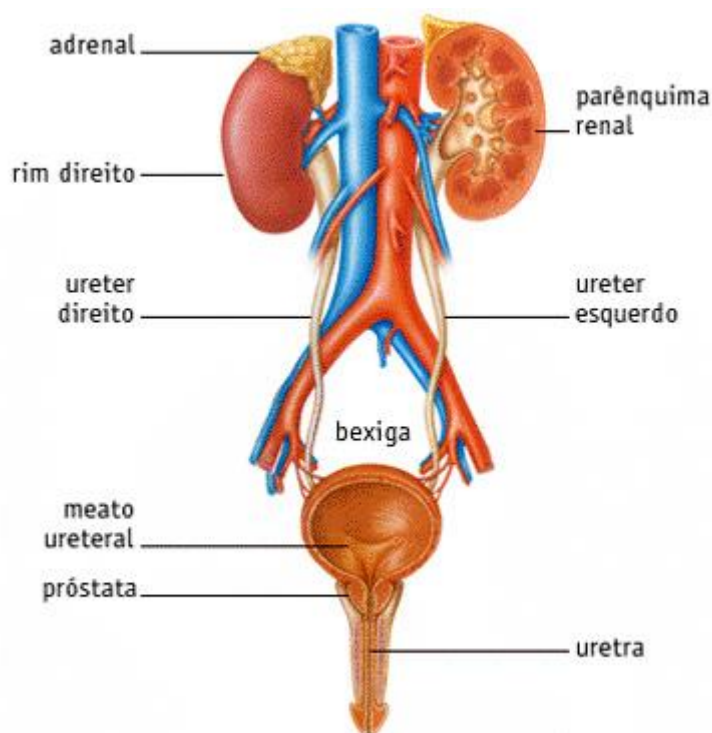
5. DORES NA ZONA CENTRAL DAS COSTAS COM FEBRE

Estes dois sintomas associados são graves e devem levá-lo de imediato ao médico. A causa? Uma infecção renal. A estes sintomas podem juntar-se ainda náuseas e desconfortos no estômago ou mesmo uma primeira infecção urinária.

O que é uma infecção urinária?

Infecção urinária é qualquer quadro infeccioso que aconteça no trato urinário, composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra, a saber:

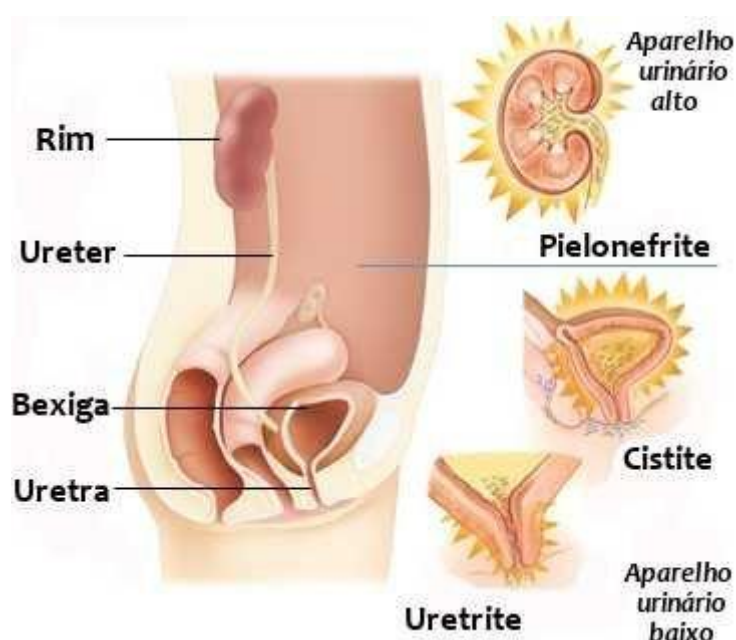
- As infecções urinárias baixas são aquelas que ocorrem na bexiga e/ou na uretra.
- As infecções urinárias altas ocorrem quando há comprometimento de pelo menos um dos rins.



Anatomia do tracto urinário

Que nome têm as infecções na bexiga, na uretra e no rim?

- A infecção da bexiga recebe o nome de cistite.
- A infecção da uretra é conhecida como uretrite.
- A infecção renal é chamada de pielonefrite (infecção grave)



Uretrite é uma infecção da uretra, cistite é uma infecção da bexiga e pielonefrite é uma infecção do rim

O que é a pielonefrite?

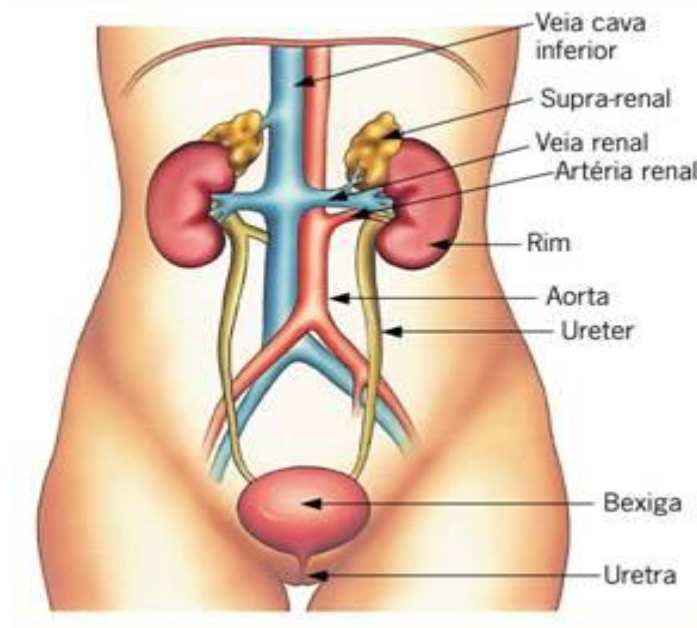
A pielonefrite é uma infecção bacteriana de um ou ambos os rins. A infecção renal é um caso potencialmente grave, porque ataca um órgão vital. É um quadro que pode ter gravidade semelhante a uma pneumonia. Se não tratada a tempo e corretamente, pode levar à septicemia que pode ser mortal por falência de vários outros órgãos.

Na grande maioria dos casos responde bem aos antibióticos. Os casos que evoluem de forma negativa são aqueles que esperaram muito tempo para receber tratamento ou quando o doente já se encontra muito debilitado por outras doenças. A pielonefrite é uma frequente causa de formação de cicatrizes nos rins, podendo levar à perda parcial da função renal, principalmente nos doentes que têm infecções recorrentes.

Quais as causas da pielonefrite?

A infecção dos rins acontece de duas formas, a saber:

1. A principal via é a ascendente, quando bactérias da bexiga alcançam os ureteres e conseguem subir até os rins. Isto ocorre normalmente nas cistites não tratadas ou tratadas de forma inadequada. Menos frequente é a colonização assintomática da bexiga por bactérias que também pode ser a fonte de uma infecção renal. Nestes casos, o doente tem bactérias na bexiga mas não apresenta sintomas pois estas estão apenas colonizar. Por esta razão nem todas as pessoas relatam sintomas de cistite antes do surgimento da pielonefrite.
2. O segundo modo de infecção dos rins é pelo sangue, quando uma bactéria que está a provocar uma infecção em algum local do nosso organismo viaja pela corrente sanguínea e se aloja no rim. Esta via é muito menos frequente do que a via ascendente.



Que outros factores de risco podem causar infecção renal?

Além da cistite, que é o principal fator de risco, existem outras situações que podem aumentar o risco de infecção dos rins, a saber:

- Uso de cateteres vesicais (algália)
- Cirurgias urológicas
- Cálculos renais
- Anormalidades anatómicas do trato urinário
- Doenças da próstata que causam obstrução do fluxo da urina

Quais os doentes de risco?

Os doentes de maior risco são os que apresentam um sistema imunológico frágil, tais como:

- Diabéticos
- Insuficientes renais
- Cirróticos
- Portadores do vírus HIV
- Doentes a tomar medicamentos imunossupressores apresentam um risco maior de contrair uma cistite que evolua para pielonefrite.

Quais os sintomas da pielonefrite?

Os sintomas típicos da pielonefrite são:

- Febre
- Dor lombar
- Náuseas
- Vômitos
- Mal estar geral

Podem haver também sintomas de cistite, como dor ao urinar e vontade de urinar com frequência, mesmo quando a bexiga está vazia. Outro sinal comum é a presença de sangue na urina (hematúria), que se apresenta normalmente como uma urina cor de Coca-Cola.

A pielonefrite é clinicamente dividida em 3 categorias:

1. Pielonefrite aguda não complicada.
2. Pielonefrite aguda complicada.
3. Pielonefrite crónica.

Pielonefrite aguda não complicada

Ocorre normalmente em mulheres jovens, sem antecedentes de doenças ou alterações na anatomia do sistema urinário. O quadro clínico é de febre alta, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar. Os sintomas de cistite, como ardência ao urinar, podem ou não estar presentes.

Assim como nas cistites, a principal bactéria causadora de pielonefrite é a *Escherichia coli*.

Só há necessidade de internamento em casos mais graves. Se o doente tiver bom estado geral e for capaz de tomar antibióticos por via oral, o tratamento pode ser feito em casa.

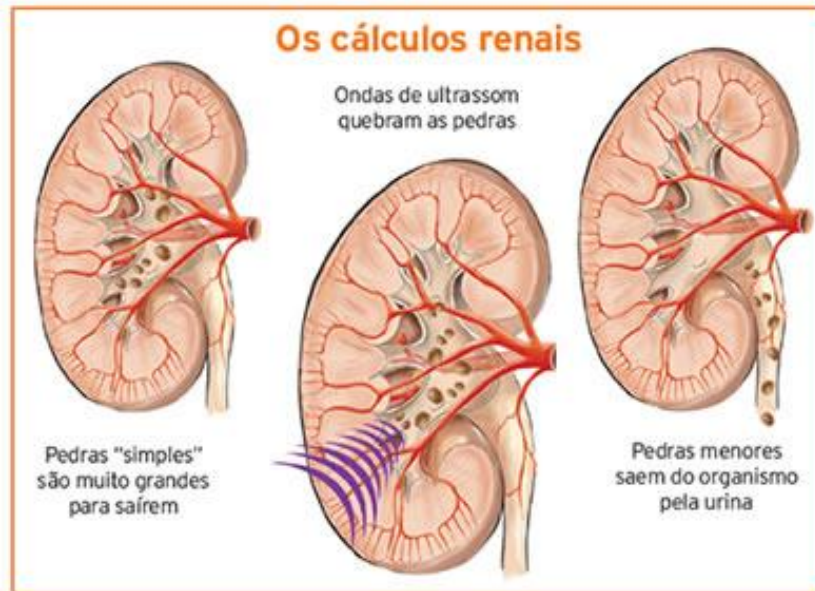
Pielonefrite aguda complicada

A pielonefrite complicada é aquela que evolui com abscesso dentro ou ao redor dos rins, necrose da papila renal ou produção de gases dentro do rim, um quadro chamado pielonefrite enfisematosa. A pielonefrite complicada normalmente ocorre em pessoas com obstrução do trato urinário, bactérias resistentes aos antibióticos ou em diabéticos.

O quadro clínico é igual ao da pielonefrite não complicada, porém apresenta pouca resposta aos antibióticos. O paciente pode apresentar uma resposta apenas parcial, com uma pequena melhoria, mas com fadiga, mal estar, falta de apetite e náuseas que persistem por vários dias. Uma pielonefrite que não melhora completamente após antibioterapia apropriada deve ser estudada com exames de imagens, como tomografia computadorizada e ultra-som (ecografia), para investigação de anormalidades que possam estar a perpetuar a infecção.

Pielonefrite crónica

A pielonefrite crónica é um quadro de infecção urinária recorrente, habitualmente associada a má-formações urinárias, obstruções por cálculos renais ou refluxo vesico-ureteral (refluxo da urina da bexiga de volta para o ureter e rins). Costuma levar à cicatrização do rim e à insuficiência renal crónica, principalmente em crianças com refluxo urinário.

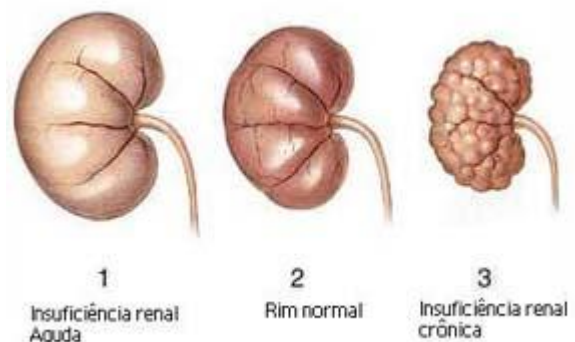


Cálculos renais tratados com ultrassons

Quais as complicações da pielonefrite?

Como já referido, se a pielonefrite não for tratada corretamente com antibióticos, existe um risco grande de evolução para sepsis grave. As bactérias presentes nos rins conseguem facilmente alcançar a corrente sanguínea, espalhando-se por todo o organismo, podendo levar à falência de múltiplos órgãos e até ser mortal!

Outro problema da pielonefrite, principalmente se recorrente, é a lesão permanente do rim. Doentes com pielonefrite crónica podem evoluir com insuficiência renal terminal e necessitar de hemodiálise!



Como se faz o diagnóstico da pielonefrite?

O diagnóstico da infecção renal é geralmente feito apenas com os sintomas clínicos. Exames laboratoriais ajudam a confirmar o diagnóstico:

- O hemograma tipicamente apresenta uma elevação da contagem de leucócitos
- A PCR (Proteína C Reactiva) encontra-se elevada.
- No exame de urina é comum a presença de pus (leucócitos na urina) e sangue (hemácias na urina).

A urocultura deve ser sempre solicitada, pois ela é capaz de identificar a bactéria que está a provocar a pielonefrite, ajudando na escolha de antibióticos adequados. No entanto como a urocultura demora pelo menos 48 horas para ficar pronta, não devemos esperar o seu resultado para começar o tratamento com antibióticos. Após o resultado sair, o médico decide se mantém o esquema antibiótico inicial ou muda para um mais adequado ao qual a bactéria seja sensível.

Qual o tratamento da pielonefrite?

Em geral, o tratamento da pielonefrite é feito em meio hospitalar com antibióticos intravenosos. Se o paciente tiver boa saúde e ainda estiver com bom estado geral, ele pode receber a primeira dose por via intravenosa e depois completar o resto do tratamento em casa com antibióticos por via oral. Na maioria dos casos, porém, o paciente encontra-se muito debilitado sendo quase sempre necessários 2 a 3 dias de internamento para controlar a infecção.

Nos pacientes com pielonefrite crónica, a avaliação do urologista é necessária. Muitas vezes, o paciente precisa de ser submetido a uma cirurgia para correção de anormalidades anatómicas do sistema urinário que estejam a perpetuar uma infecção dos rins.

A pielonefrite, sendo uma infecção, é contagiosa?

A pielonefrite não é uma doença contagiosa, portanto, não há risco de contaminação de familiares ou pessoas próximas. A pielonefrite deve ser sempre tratada com antibióticos. Medicamentos ditos “naturais” podem proporcionar alívio temporário, no entanto apenas adiam o tratamento correto da infecção, acarretando riscos graves para o doente.

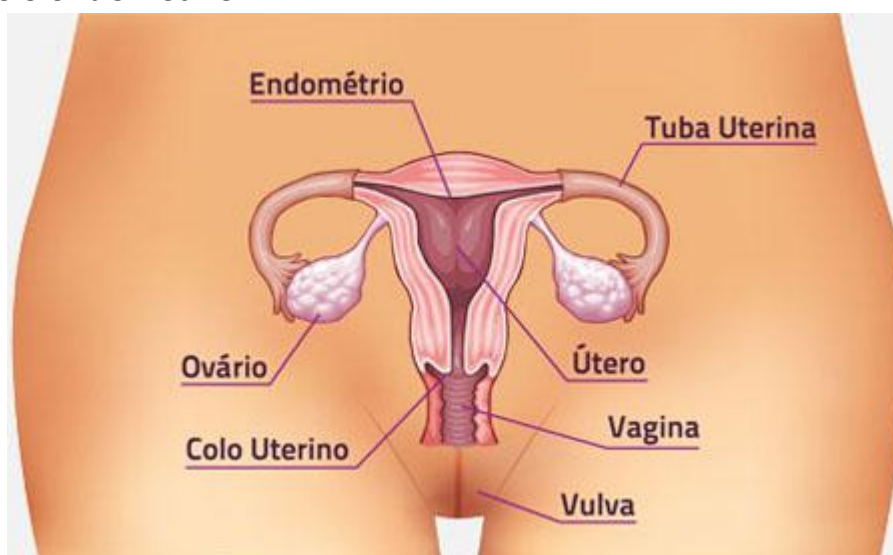
6. CÓLICAS MENSTRUAIS

Não devem ser tidas como habituais, muito menos quando acontecem mesmo na presença de medicamentos contra tal. Estas dores podem estar a sugerir uma endometriose, condição que pode levar à infertilidade.

O que é a endometriose?

A endometriose é uma doença caracterizada pela existência de tecido uterino em regiões do corpo que não o útero, geralmente na pelve, ovários ou intestinos. A endometriose é uma condição benigna que, entretanto, pode ser muito debilitante, pois costuma estar associada a dor crónica e infertilidade.

O que é o endométrio ?



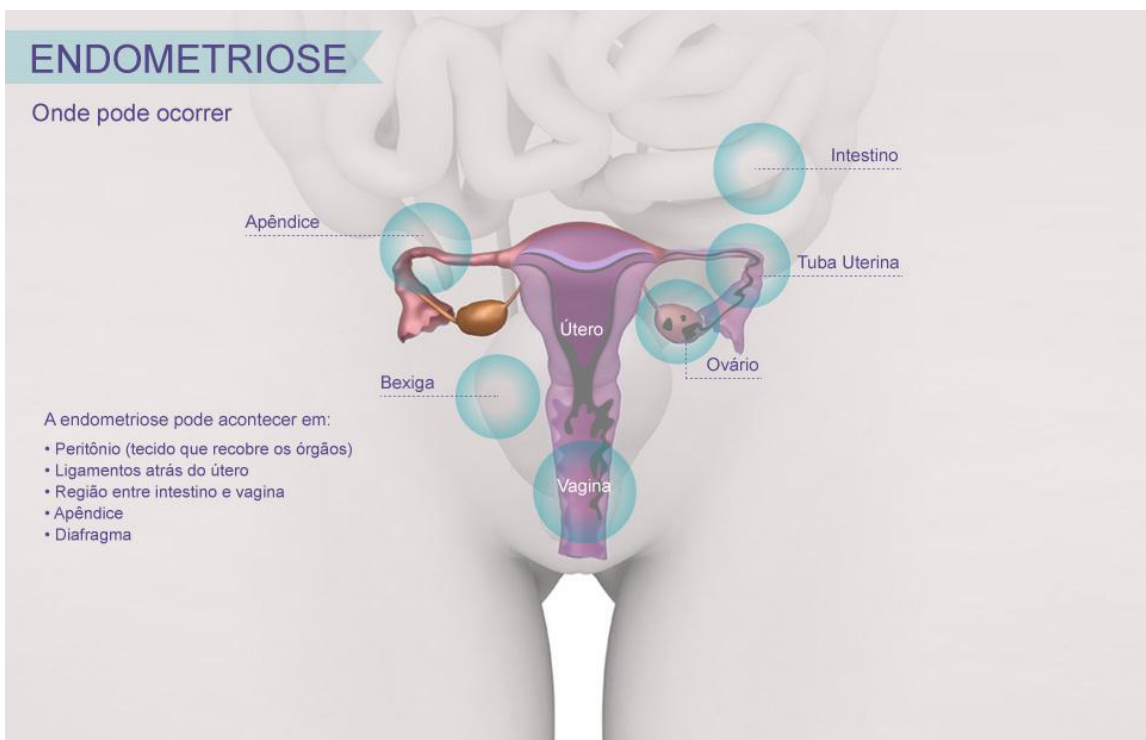
Localização anatómica do endométrio

Endométrio é uma fina membrana que recobre a camada interna do útero. Durante o ciclo menstrual o endométrio sofre transformações induzidas pelas variações hormonais, cresce e torna-se um tecido rico em vasos sanguíneos.

O endométrio cresce para ficar apto a receber e nutrir o embrião em caso de gravidez. Quando o ciclo termina e o óvulo não foi fecundado, essa parede espessa do endométrio desaba e é expelida para fora do útero. Este processo é a menstruação.

Em que partes do organismo pode, usualmente, aparecer tecido endometrial?

A endometriose pode ocorrer em diversos pontos do organismo



A endometriose é uma doença caracterizada pelo aparecimento de pedaços de tecido endometrial fora da parede interna do útero. A endometriose pode aparecer na bexiga, intestinos, apêndice, vagina, ureter e raramente órgãos distantes da pelve como pulmões e sistema nervoso central.

Também podem surgir tecidos de endométrio em cicatrizes cirúrgicas do abdômen e pelve. Os locais mais comuns onde ocorre a endometriose são, por ordem decrescente, os seguintes:

1. Ovários
2. Regiões ao redor do útero incluindo o fundo de saco de Douglas e ligamentos uterinos
3. Porção exterior do útero
4. Trompas de falópio
5. Regiões finais do intestino

A endometriose pode surgir em vários locais diferentes ao mesmo tempo, podendo coexistir em 3 ou 4 órgãos diferentes.

Quais as consequências da endometriose?

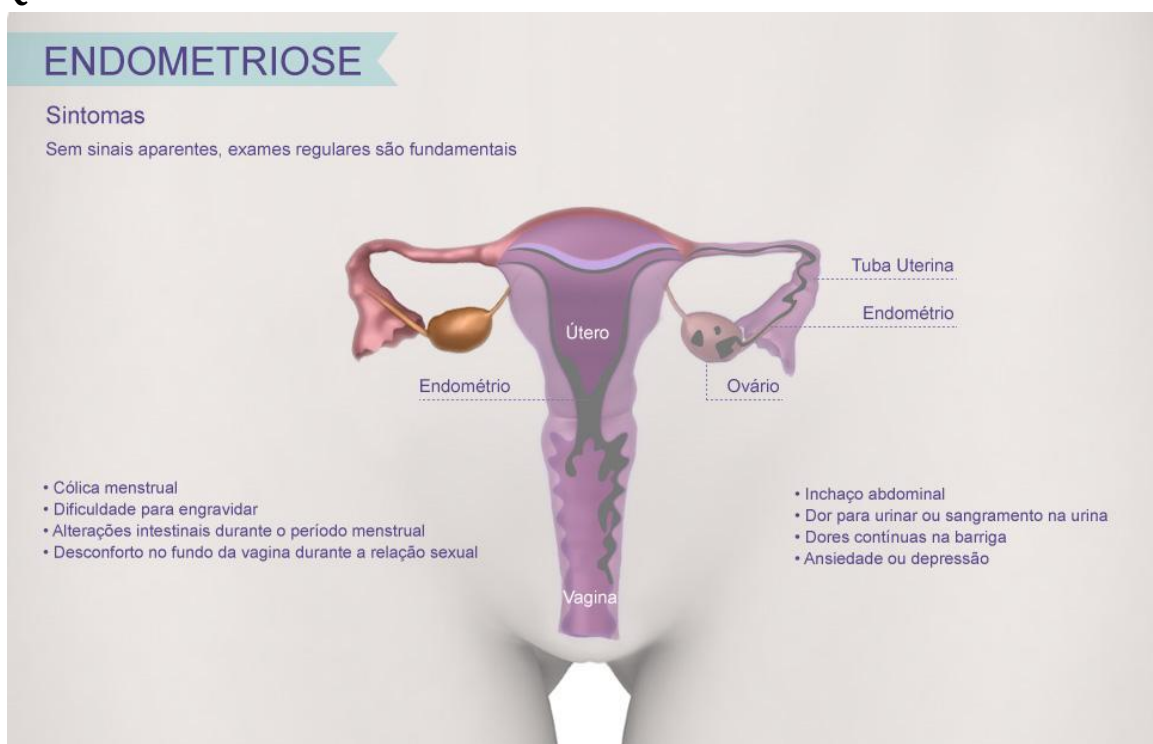
Este endométrio em locais atípicos reage aos estímulos hormonais do ciclo menstrual exatamente como o endométrio dentro do útero, ou seja, acontece proliferação e depois sangra, causando, a curto prazo, irritação e a longo prazo fibrose dos tecidos ao redor.

Esta característica é a responsável pelos principais sintomas da endometriose cujas causas ainda não são completamente conhecidas.

Qual a prevalência da endometriose ?

Estima-se que até 10% das mulheres tenham a doença. Cerca de 80% dos casos de dor pélvica crônica em mulheres são causados pela endometriose. A faixa etária mais atingida é a de 25 a 35 anos.

Quais os sintomas da endometriose?



O sintoma mais comum da endometriose é a dor associada ao período menstrual

Dependendo do local onde ocorre a endometriose, a paciente pode apresentar um quadro clínico que varia desde assintomático, até dor constante e ininterrupta.

No entanto, o sintoma mais comum da endometriose é a dor associada ao período menstrual, pois, como já referido, assim como o endométrio normal dentro do útero, o pedaço de tecido endometrial exterior também sangra no final do ciclo menstrual. A endometriose é uma causa comum de dismenorrea secundária (cólica menstrual).

Os sintomas da endometriose podem, então, ser alguns dos seguintes:

- Dor associada ao período menstrual (dismenorrea)
- Sangramento em excesso durante a menstruação
- Sangue na urina
- Sangue nas fezes
- Inflamação e dor intensa na zona abdominal
- Infertilidade
- Dor durante a relação sexual (dispareunia)
- Diarreia
- Obstipação (prisão de ventre)
- Fadiga crónica

Existe sangramento nos tecidos onde a endometriose está localizada?

- Se a endometriose está localizada na bexiga, é possível haver sangue na urina;
- Se estiver nos intestinos poderá haver sangue nas fezes;
- A presença de endometriose na cavidade abdominal ou na pelve faz com que haja sangramento para essas cavidades, causando intensa inflamação e dor.

A endometriose pode causar infertilidade?

A endometriose também está muito associada a infertilidade, pois os ovários são um dos locais mais frequentemente afectados, causando inflamação crônica, cicatrização e adesões dos ovários e trompas.

A endometriose que afecta a parte externa do útero também pode levar a deformidades do mesmo e de áreas da pelve, tornando o aparelho ginecológico inapto para uma gravidez.

A endometriose provoca o cancro?

A endometriose, quando afecta os ovários, parece aumentar o risco de cancro dos ovários. Curiosamente o uso de pilulas anticoncepcionais parece reduzir este risco.

Como se faz o diagnóstico da endometriose?

Em muitas mulheres o quadro clínico de dor pélvica cíclica é bastante sugestivo, porém insuficiente para se estabelecer o diagnóstico. Exames de imagem com a ultrassonografia podem ajudar a descartar outras causas para os sintomas, como tumores, mas também raramente conseguem fechar o diagnóstico da endometriose.

Para se ter certeza do diagnóstico é preciso olhar diretamente para dentro da pelve e abdómen, o que só é possível através da laparoscopia, um procedimento cirúrgico.

Durante a laparoscopia é possível procurar o tecido implantado e fazer as respectivas biópsias, quando necessário.

Qual o tratamento da endometriose?

- Uso de anti-inflamatórios, no início do tratamento (estes medicamentos são apenas sintomáticos e não actuam diretamente na doença);
- Uso de anticoncepcionais orais (ajuda a controlar o ciclo hormonal, reduz os sangramentos e conseqüentemente a dor);
- Uso da GnRH, uma hormona que causa uma menopausa temporária, impedindo a liberação de estrogênios e cessando a menstruação. O tratamento reduz a dor em 80% dos doentes e ajuda a diminuir o tamanho da endometriose. Pode ser usada até 12 meses.
- Laparoscopia (cirurgia que remove os tecidos endometriais em excesso)

Cirurgia para endometriose

A cirurgia é indicada nos casos de dor severa, grande sangramento, infertilidade ou ausência de resposta ao tratamento clínico. A cirurgia visa a remoção dos tecidos endometriais e fibroses ou adesões que possam já existir. Atualmente a cirurgia mais usada é a laparoscopia.

Em casos muito graves, com múltiplos implantes de endometriose, pode ser necessária a remoção de todo útero e/ou ovários.

7.DORES AGUDAS NA ZONA MOLE DA PARTE DE TRÁS DO JOELHO, ENTRE A BARRIGA DA PERNA E A "DOBRADIÇA"

Pode indicar a chegada de uma trombose venosa profunda, principalmente se a esta dor se juntar um vermelhão e calor na área.

O que é a trombose venosa profunda (TVP)?

Trombose é um termo médico que indica a formação de um ou mais coágulos de sangue dentro de um vaso sanguíneo, provocando interrupção ou grave limitação do fluxo de sangue no mesmo. A trombose pode ocorrer dentro de artérias, o que leva a quadros de isquemia ou infarte, ou em veias, provocando quadros de trombose venosa.

A forma de trombose venosa mais comum é a chamada trombose venosa profunda (TVP), que ocorre nas veias da perna, coxas ou região pélvica, caracterizando-se por quadro de edemas e dor no membro afectado.



O que é uma trombose?

A formação de coágulos é um complexo mecanismo de defesa que impede que o paciente fique a sangrar indefinidamente quando um dos seus vasos sanguíneos sofre uma lesão.

O sistema de coagulação é responsável por manter o sangue na sua forma líquida, mas é altamente eficaz em induzir a sua solidificação sempre que a parede de uma veia ou artéria sofrer alguma lesão.

Imediatamente após um vaso sofrer uma lesão, o sistema de coagulação começa a agir de forma a criar um coágulo que funcione como tampão para estancar a saída de sangue para fora da circulação sanguínea.

Na imensa maioria dos casos, a formação de coágulos acontece sem problemas, limitando-se apenas à parede do vaso ferido e aos tecidos por onde o sangue extravasou, sem interferir de forma relevante no fluxo de sangue dentro do vaso.

Em pessoas saudáveis, há um fino equilíbrio entre os fatores que impedem a coagulação e os fatores que estimulam a formação de coágulos, de forma a que o doente não forme coágulos espontaneamente nem corra risco de sangramentos com traumas mínimos do dia-a-dia.

Clinicamente, qual a diferença entre uma trombose venosa e trombose arterial?

As tromboses venosas e arteriais manifestam-se clinicamente de forma diferente, uma vez que veias e artérias possuem funções distintas no organismo.

As artérias são os vasos responsáveis por levar sangue rico em oxigênio e nutrientes aos tecidos, enquanto as veias são os vasos que fazem o sentido oposto, escoando o sangue já utilizado pelos tecidos de volta ao coração e aos pulmões para ele ser novamente oxigenado.

Trombose arterial

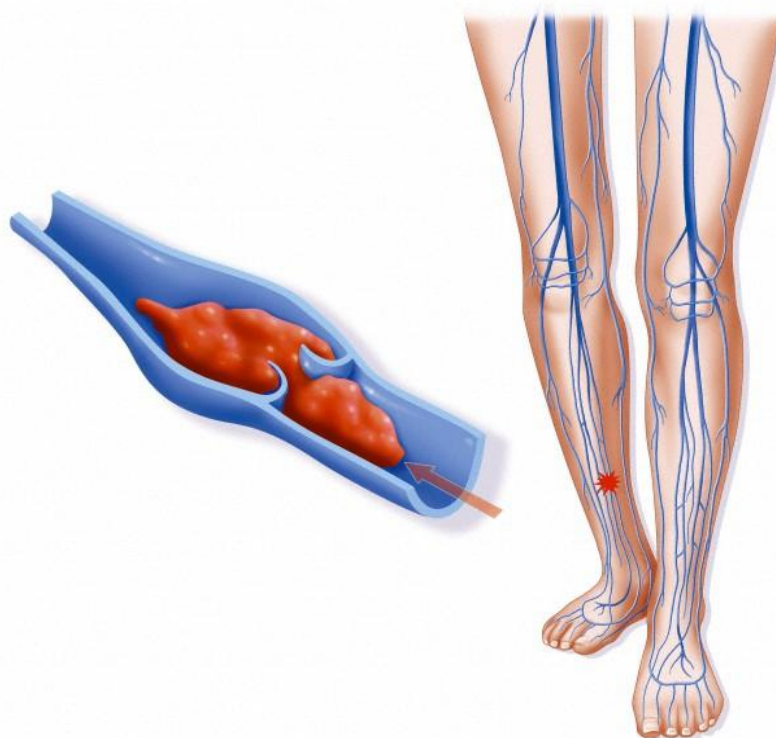
Se a trombose ocorrer dentro de uma artéria, ela impede que o sangue chegue aos órgãos e tecidos nutridos por essa artéria, causando isquemia e infartes. As situações mais conhecidas de trombose arterial são o infarte agudo do miocárdio e o AVC.

Trombose venosa

A forma mais comum de trombose venosa é a trombose dos membros inferiores, afectando as veias profundas e de maior calibre da perna, coxa ou pelvis.

Quando a trombose ocorre dentro de uma veia, ela obstrui o escoamento do sangue, fazendo com que o mesmo fique preso naquela região.

A forma mais comum de trombose venosa é a trombose dos membros inferiores, afectando as veias profundas e de maior calibre da perna, coxa ou pelvis.



Neste caso, o sangue chega normalmente ao membro inferior afectado, mas não consegue retornar, pois, como uma das veias está trombosada, uma das principais, senão a principal, via de escoamento encontra-se obstruída.

O sangue, para retornar, precisa encontrar uma ou mais vias colaterais, que são normalmente veias de menor calibre, incapazes, a curto prazo, de conseguir escoar adequadamente todo o fluxo de sangue.

Porque aparece a trombose venosa?

Em situações normais o sangue deve sempre permanecer na sua forma líquida, fluindo livremente pela circulação sanguínea. A formação de um coágulo (trombo) dentro de uma veia é uma evento não natural, que ocorre devido a basicamente três fatores, conhecidos como tríade de Virchow:

Redução do fluxo de sangue no vaso

O equilíbrio entre fatores que favorecem a coagulação e fatores que impedem a coagulação desaparece quando o fluxo de sangue se torna mais lento. A estase sanguínea é uma situação que estimula a ação dos fatores de coagulação, aumentando o risco do surgimento de um trombo.

Lesão da parede do vaso sanguíneo

Sempre que a parede de um vaso sanguíneo sofre uma lesão, o sistema de coagulação é ativado para a formação de um coágulo tampão, de forma a impedir perdas sanguíneas para fora do vaso. Dependendo do grau e da localização do trauma, a formação de um grande trombo pode ocorrer.

Alterações dos componentes do sangue

Se o paciente tiver alguma doença que altere de forma relevante os componentes do sangue, principalmente os fatores que favorecem ou impedem a coagulação, o equilíbrio necessário do sistema de coagulação desaparece, aumentando o risco do surgimento de trombos dentro dos vasos.

Em geral, sempre que o doente apresenta uma trombose, um ou mais dos 3 fatores descritos acima estão presentes na sua gênese.

Quais os factores de risco par as trombozes ?

Diversos factores podem aumentar o risco de desenvolvimento de trombose, principalmente dos membros inferiores. Os mais importantes são as trombofilias, doenças do sangue que fazem com que o sistema de coagulação fique desregulado, criando um estado de hipercoagulabilidade e grande risco para formação de trombos. Entre as trombofilias mais comuns, podemos destacar:

- Mutação do Fator V de Leiden
- Mutação do gene do gene da protrombina
- Deficiência de proteína S
- Deficiência de proteína C
- Deficiência de antitrombina
- Disfibrinogenemia
- Anticorpo anti-fosfolípídeo.

Felizmente, apesar de serem um fortíssimo factor de risco para trombose, as trombofilias são doenças pouco comuns.

A maioria dos casos de trombose são causadas por outros factores, a saber:

- Cirurgia
- Traumas
- Longas viagens sentado (síndrome da classe económica)
- Cancro
- Insuficiência cardíaca
- Gravidez

Cirurgia

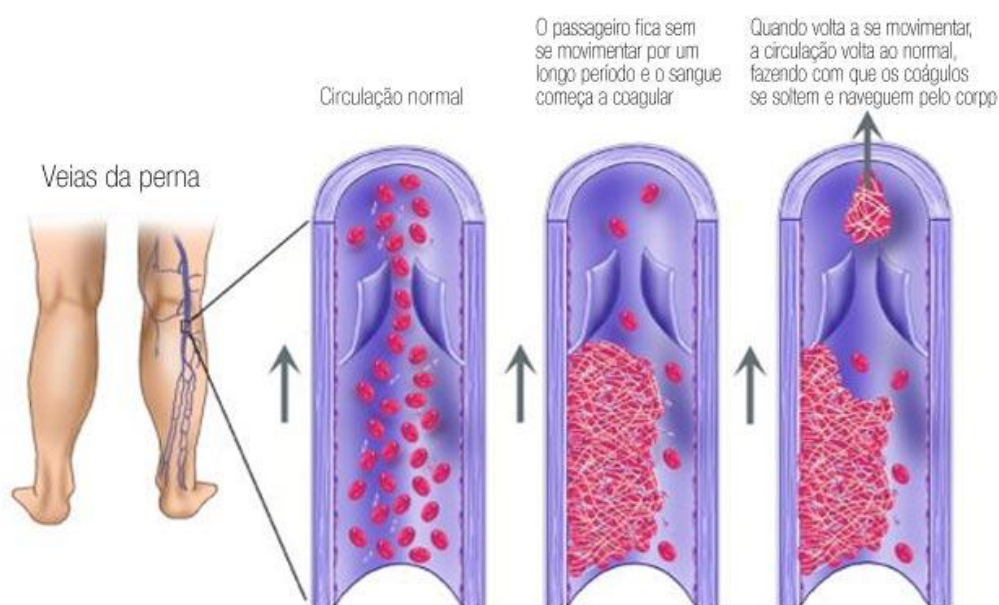
Doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, principalmente cirurgias na região pélvica e membros inferiores, apresentam elevado risco de formação de trombos nos membros inferiores. O efeito dos anestésicos, a própria manipulação dos vasos sanguíneos e tecidos subjacentes durante o ato cirúrgico e o prolongado tempo sem se levantar no pós-operatório tornam as cirurgia um evento com elevado risco de trombose venosa profunda.

Quando andamos, o impacto dos pés no chão e a contração dos músculos, ajudam a empurrar o sangue nas veias das pernas para cima, em direção ao coração. Ficar muito tempo deitado, principalmente para quem tem insuficiência venosa, favorece a estase do sangue nos membros inferiores.

Traumas

Por motivos semelhantes aos da cirurgia, grandes traumatismos também são importantes fatores de risco para a trombose venosa profunda, não só pelo impacto nos vasos sanguíneos, mas também pelo tempo que o paciente fica imobilizado na cama depois do acidente.

Longas viagens sentado (síndrome da classe económica)



Longas viagens de avião, principalmente superiores a 8 horas, podem facilitar a surgimento de trombose venosa profunda, principalmente em indivíduos com outros fatores de risco, como obesidade, varizes, tabagismo, gravidez, etc.

Já notou como os seus pés ficam inchados e os sapatos ficam mais difíceis de calçar após uma longa viagem de avião?

O facto de ficar sentado longas horas, com as pernas dobradas, dificulta o retorno do sangue venoso para o coração, favorecendo a estase e, consequentemente, a formação de trombos.

Cancro

Alguns tumores malignos produzem substâncias que aumentam a coagulabilidade do sangue, favorecendo a formação de trombos.

Insuficiência cardíaca

Doentes com insuficiência cardíaca apresentam um coração fraco, com dificuldade em bombear o sangue pelo corpo, levando à estagnação de sangue nos membros inferiores e favorecendo a formação de coágulos.

Gravidez

Alterações hormonais aumentam a capacidade de coagulação das grávidas. Além disso, conforme o útero cresce, a veia cava vai sendo comprimida, o que dificulta o escoamento do sangue vindo das veias dos membros inferiores. As grávidas apresentam um risco 5 vezes maior de desenvolverem trombozes do que mulheres não grávidas da mesma idade.

Outros fatores de risco para trombose venosa profunda

- Obesidade
- Tabagismo
- Anticoncepcionais hormonais
- Idade acima de 60 anos.
- Síndrome nefrótica
- Medicamentos, como tamoxifeno, eritropoietina, talidomida e reposição hormonal na menopausa
- História familiar de trombose
- Policitemia vera
- Trombocitopenia essencial
- Doença inflamatória intestinal
- Uso de cateter venoso central na veia femoral

Quais os sintomas da trombose venosa profunda? (TVP)?

Os sintomas da TVP dependem do tamanho do trombo e do grau de obstrução da veia afectada. Tratando-se de veias profundas, longe da pele, é perfeitamente possível o paciente ter uma trombose e não apresentar sintomas.

Quando o trombo é suficientemente grande para comprometer o fluxo de sangue na veia, os principais sintomas são:

- Inchaço
- Dor
- Aumento de temperatura e vermelhidão do membro afectado

Uma perna que se subitamente começa a doer e se torna mais inchada que a outra é um sinal que deve sempre levantar a suspeita de trombose.

Como se faz o diagnóstico da trombose venosa profunda?

O diagnóstico da TVP costuma ser feito com a ultrassonografia com doppler das veias dos membros inferiores.

Outros exames, como a angiorressonância magnética ou angiotomografia computadorizada também podem ser usados.

Quais os riscos da trombose venosa profunda?

O grande perigo da TVP é o risco de um pedaço do trombo se soltar e viajar pela corrente sanguínea até um dos pulmões, provocando um quadro chamado tromboembolismo pulmonar (TEP). Trombos pequenos causam infarte pulmonar localizado, que se manifestam clinicamente como dor torácica e súbita falta de ar.

Dependendo do tamanho do êmbolo (pedaço do trombo que se soltou), o mesmo pode obstruir grandes vasos pulmonares, como a artéria pulmonar, impedindo que o sangue chegue a um dos pulmões. Neste caso, o coração pode entrar em colapso, pois ele tenta bombear o sangue em direção ao pulmão, mas não consegue, devido à grande obstrução à sua frente.

O paciente com tromboembolismo maciço costuma evoluir rapidamente para paragem cardíaca e morte.

As TVP que ocorrem nas veias mais superiores do membro inferior, como as veias poplíteas, femoral ou ilíaca são as que têm mais riscos de soltar êmbolos.

As trombozes que ocorrem nas veias abaixo do joelho são menos perigosas, pois apresentam, menor risco de #tromboembolismo pulmonar (TEP)?

Qual o tratamento para a trombose?

O tratamento da TVP tem os seguintes objetivos:

- Reduzir o risco de embolização para os pulmões
- Impedir o crescimento do trombo
- Impedir a formação de novos trombos.

Se não tratados, cerca de 1 a cada 2 pacientes com TVP nas veias mais superiores do membro inferior irá apresentar embolia pulmonar. Isso significa que se não tratado, a TVP é um quadro com inaceitável risco de morte.

A anticoagulação do sangue com heparina fracionada ou heparina de baixo peso molecular é eficaz em reduzir o risco de TEP e da formação de novos trombos. Após 5 dias de heparina, que é administrada com injeções subcutâneas, o doente fica a tomar apenas anticoagulantes em comprimido, como a varfarina. A varfarina é mantida por 3 a 6 meses dependendo da gravidade e dos fatores de risco do doente.

O paciente com TVP deve permanecer em repouso absoluto na cama durante os primeiros dias de anticoagulação, pois a mobilização do membro afectado aumenta o risco de embolização.

Nos doentes que apresentam contra-indicação a anticoagulantes ou que, apesar da anticoagulação, continue a apresentar novos episódios de tromboembolismo, indica-se a implantação de um filtro na veia cava.

O filtro de veia cava é uma espécie de rede que fica localizada dentro da veia cava, na região abdominal, e impede que embolos provenientes dos membros inferiores consigam chegar aos pulmões.

Como se pode prevenir a trombose venosa profunda?

A prevenção da TVP é essencial nos pacientes com elevado risco, nomeadamente aqueles com trombofilia ou que foram submetidos recentemente a cirurgias.

Nas trombofilias

A prevenção deve ser feita com o **uso de anticoagulantes** para o resto da vida.

Pacientes submetidos à cirurgia

No pós-operatório imediato, está indicado o uso de meias de compressão e baixas doses de heparina, caso o doente precise de ficar acamado.

O ideal é que todos os doentes operados se levantem e andem logo que possível. O simples facto do paciente poder dar alguns passos ao longo do dia já reduz muito o risco de TVP.

Conselhos para longas viagens de avião

- Levantar a cada 2 horas e dar uma caminhada pelo avião
- Evitar bebidas alcoólicas
- Manter uma boa hidratação