

2021, 3(2):35-37 ▪ e-ISSN: 2674-7103

Jornal Memorial *da* Medicina

DOI: 10.37085/jmmv3.n2.2021.pp.35-37

História da Medicina

Bala na hipófise: recordando um caso bastante raro...

Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

Universidade de Pernambuco, Pernambuco, Brasil

azevedoh@uol.com.br

Editado por
Juliana Ramos Andrade

Era fins da década de 70, 1979 se eu bem me lembro. A agressividade e a criminalidade em Pernambuco particularmente no Recife não se mostravam ainda tão assustadoras e alarmantes como nos dias atuais. No que tange a neurocirurgia, as agressões do segmento cefálico eram causadas mais frequentemente por armas brancas e ferimentos corto-contundentes produzidos por foices e enxadas, em oposição às lesões por arma de fogo que se tornaram uma lamentável e triste rotina nos nossos serviços de emergência.

O SUS não existia e o único aparelho de tomografia computadorizada do Recife, localizado no Hospital Getúlio Vargas, atendia os pacientes previdenciários do INAMPS e apresentava permanentemente uma agenda totalmente lotada. Dessa maneira, para se conseguir o exame para os pacientes chamados 'indigentes', esmagadora maioria da clientela do Hospital da Restauração, era um processo difícil que demandava solicitação de favores, acompanhado consequentemente de uma longa espera.

Eis que certo dia chega à nossa emergência, naquela época um mar de tranquilidade comparada aos dias de hoje, um paciente com idade em torno dos seus 30 anos. Andava sem problemas e afirmava que houvera sido atingido por um projétil de arma de fogo no rosto. Na verdade, havia um pequeno orifício na porção mais alta do lábio superior a direita, quase na entrada da narina. O pequeno ferimento foi então suturado e o paciente encaminhado para o já antiquado aparelho de Raios-X.

A princípio ficava difícil de acreditar na história contada, haja vista a sua excelente condição clínica e neurológica. Todavia, ao vermos as placas radiográficas o espanto foi geral, havia um volumoso projétil, calibre 38 provavelmente, quase que totalmente localizado no interior da sela túrcica, região anatômica onde se aloja a glândula pituitária.

Examinando melhor o paciente, já na enfermaria, pudemos constatar que ele apresentava uma hemianopsia bi temporal, ou seja, perda dos campos visuais laterais em cada olho, achado típico das compressões quiasmáticas causadas por tumores hipofisários. Afora isso, o paciente estava muito bem, deambulando e se comunicando sem problemas, interagindo normalmente com os demais pacientes e sempre disposto a ajudar aqueles que por ventura viessem a necessitar. Conquistou de imediato a simpatia de todos profissionais de saúde que trabalhavam naquele setor. Interessantemente, ele se mostrava bastante feliz em mostrar o seu defeito do campo visual aos estudantes por ocasião das aulas práticas na enfermaria. Dizia então, 'prestem atenção quando chegar da metade para fora eu não vejo nada', apontando as porções mais mediais de ambos os campos visuais laterais. E assim ele colaborou em várias demonstrações práticas!

Enviado: 25 de setembro de 2021
Publicado: 10 de dezembro de 2021

© Copyright 2021

Acontece, todavia que logo nos primeiros dias a assistente social me informou que o 'simpático' paciente era chefe de uma das mais temíveis gangs organizadas da cidade. Muito pelo contrário, a sua biografia (ou folha corrida) em nada parecia com o comportamento alegre e cooperativo no hospital.

O próximo passo seria lutar para conseguir uma tomografia computadorizada do encéfalo que, apesar dos artefatos que por certo o projétil produziria, detectaria a real posição do corpo estranho, a sua relação com estruturas vasculares circunvizinhas e possíveis lesões pelo mesmo produzidas no parênquima encefálico.

Na fase pré-SUS, todos aqueles desprotegidos e sem qualquer vínculo empregatício recebiam o infame rótulo de indigentes, enquanto que para os previdenciários havia um setor no 7° andar onde lhes era propiciado acomodações mais confortáveis, melhores cuidados de enfermagem e até refeições mais apetitosas. Além do mais, poderiam ficar com acompanhantes, ao tempo proibidos nos outros setores do hospital. Para os previdenciários as tomografias eram conseguidas rapidamente, porém para os pobres indigentes era uma tarefa hercúlea com uma taxa média de espera de até várias semanas. Para dificultar, os exames não eram permitidos sair do setor de radiologia e o então chefe do serviço de neurocirurgia daquele nosocômio nos mostrava, quando tínhamos de gravar os achados nas nossas mentes e leva-los para a sala de cirurgia alojados no 'hardware' das nossas memórias.

Finalmente, conseguimos a tão esperada tomografia, tendo a mesma comprovado a presença do volumoso objeto metálico *majestosamente* assentado na sela túrcica, apresentando íntima relação a cada lado com as carótidas internas, com a sua metade superior ocupando a cisterna supra selar e elevando o quiasma óptico. Restava o que fazer, possuíamos já uma experiência de 3-4 anos com a cirurgia da hipófise por via trans esfenoidal e concluímos que a remoção deveria ser por essa via, a mesma que usamos para a abordagem e ressecção da maioria dessas patologias. Afinal, o projétil deveria sair pelo caminho que entrou.

As dificuldades operatórias de então eram enormes. De um modo geral, as neurocirurgias não eram vistas com bom grado pelos anestesistas e pelo pessoal circulante do bloco cirúrgico, não só pela complexidade envolvida como também pelo longo tempo que demandavam. Recordo que uma vez, para nos impedir de operar, colocaram cola *super bonder* no termostato da luz do microscópio que o tornou imprestável por quase um ano, tendo eu conseguido que um famoso industrial de Pernambuco urgentemente comprasse e nos doasse um desses equipamentos, de outro modo teríamos ficado vários meses sem utilizar técnicas microcirúrgicas. O hospital não possuía o material especializado para esses procedimentos e tínhamos dessa maneira de trazer o nosso, inclusive havendo por vezes a necessidade de transportar eletro-coaguladores especiais, também à época não disponível no hospital. Exames de imagens trans-operatórias indispensáveis para essas cirurgias eram difíceis

de interpretar porquanto havia apenas um aparelho de Raios-X obsoleto que, mesmo com aventais de proteção praticamente imprestáveis, nos impregnavam de radiação e o que é pior via de regra produziam imagens impossíveis de interpretar.

O microscópio cirúrgico, primeira versão da marca brasileira D.F. Vasconcelos, era extremamente rudimentar no que tange a sua mecânica e a sua óptica, bem diferente dos que hoje utilizamos. Os seus movimentos eram limitados, pois se faziam através de três a quatro braços articulados que frequentemente dificultavam sobremaneira o perfeito posicionamento em relação ao campo operatório. Em adendo, a sua objetiva era imóvel e para esse tipo de cirurgia se fazia necessário colocar uma objetiva reta, também do nosso acervo pessoal. Tempos bastante difíceis...

Finalmente, ultrapassadas todas as dificuldades conseguimos marcar a tão esperada cirurgia. Acessamos como fazemos para os tumores da pituitária e ao penetrarmos no seio esfenoidal me deparei com o assoalho selar destruído e a fossa onde se localiza a hipófise totalmente ocupada pelo projétil de arma de fogo. A cada lado do artefato metálico se percebia claramente o pulsar das carótidas internas localizadas nos seios cavernosos. O que fazer então? As carótidas poderiam ter sido laceradas pelo projétil cujos orifícios poderiam estar tamponados pelo mesmo. Em caso de perfuração carotídea pouco ou nada se poderia fazer, visto que naquela época ainda não dispúnhamos de neuro-radiologia intervencionista que pudesse se necessário proceder a oclusão das lesões por via endovascular.

Com relutância, lancei mão de uma pinça tipo Love, instrumento que se usa para remover porções de alguns tumores cerebrais, e com muito cuidado consegui prender a base do agente injuriante e vagarosamente comecei a removê-lo. Ao final, com o mesmo já totalmente fora da sela túrcica, localizado já de forma segura no interior do seio esfenoidal e pronto para ser trazido para o exterior, eu vi um súbito jato de um líquido advindo do interior da caixa craniana.

Antes que pudesse raciocinar que o líquido não era vermelho, uma descarga de adrenalina percorreu o meu corpo, contudo na verdade era líquido cefalorraquiano (LCR). Fomos tomados por uma sensação de alívio desde que a fístula liquórica poderia ser facilmente tratada pelos métodos convencionais que utilizamos para remediar essas situações.

No dia seguinte, já na enfermaria, o paciente me cumprimentou logo afirmando: Doutor, a 'hemianopsia' desapareceu completamente, venha ver'! Realmente os campos visuais haviam recuperado a normalidade e visão estava totalmente preservada.

Depois de cumpridos os procedimentos de rotina para pacientes que apresentam saída do LCR em decorrência dessas abordagens, o paciente ao cabo de 10 dias recebeu alta, sendo encaminhado para uma das penitenciárias do estado onde teria de cumprir alguns anos de detenção sentenciado que fora por crimes pretéritos.

Ao sair, agradecendo a todos e risonho, solicitou para que pudesse falar a sós comigo por alguns instantes. Disse em tom baixo: 'Doutor, vou lhe dizer um segredo. Se algum dia o senhor ou alguém da sua família forem assaltados ou molestados por um elemento do mal, in forme ao indivíduo esse código que estou lhe passando (duas palavras se bem me recordo) que serão liberados imediatamente'. Felizmente nunca precisei usar esse código e a bem da verdade já me esqueci do mesmo. Talvez nos dias de hoje com a criminalidade fora do controle, é possível que esse '*código de honra*' não viesse a ser respeitado.

Nunca mais ouvi falar desse cidadão, que embora tenha andado pelos caminhos desgarrados da criminalidade, não perdeu alguns traços de bondade e gratidão inerentes ao ser humano. Essa relação, até certo ponto estranha, é uma das belezas da profissão médica.