

**AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO**

**PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS DO TRATO  
DIGESTÓRIO EM PACIENTES AUTOPSIADOS**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Patologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre na Área de Concentração “Patologia Geral”.

Orientadora: Rosana Rosa Miranda Corrêa

Co-orientador: Vicente de Paula Antunes Teixeira

UBERABA, MG  
Março, 2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Z49p Zago, Aurélio Fabiano Ribeiro.  
Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados /  
Aurélio Fabiano Ribeiro Zago. -- 2009  
52f. : tab. ; Graf. ; fig.

Tese (Mestrado Patologia Geral) – Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro, Uberaba, MG, 2009.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosana Rosa Miranda Corrêa  
Co-orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Vicente de Paula Antunes Teixeira

1. Trato digestório. 2. Autópsia. I. Título. II. Corrêa, Rosana Rosa  
Miranda. III. Vicente, V de P.

CDU 616.3

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.  
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”

Mahatma Gandhi

Aos meus pais, João Aurélio e Maria da Glória, pelo exemplo de vida a ser seguido.

A minha esposa Cyntia pelo apoio total à realização de meus projetos.

A minha filha Luiza que me inspira a ser um projeto de vida a ser seguido.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Eumênia por ter me incentivado no caminho da pesquisa e por ter proporcionado o meu início na pós-graduação.

Ao professor Vicente pela paciência e ensinamentos.

À professora Rosana pela colaboração e incentivo para realização e conclusão deste trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente colaboraram para que fosse possível a realização deste trabalho.

Obrigado.

## SUMÁRIO

1- LISTA DE FIGURAS E TABELAS .....	vii
2- RESUMO.....	xi
3- ABSTRACT.....	xii
4- INTRODUÇÃO.....	01
5- HIPÓTESE E OBJETIVOS.....	10
6- MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
7- RESULTADOS .....	15
8- DISCUSSÃO .....	31
9- CONCLUSÃO .....	43
10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
11- ANEXOS.....	52

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

<b>Figura 01</b> .....	02
Aula de Anatomia do Dr. Tulp (The Anatomy Lecture of Dr. Nicolaes Tulp). Rembrandt, 1632. Oil on canvas, 169.5 x 216.5 cm; The Hague.	
<b>Figura 02</b> .....	05
Figura do corpo humano em manuscrito persa.	
<i><a href="http://www.foodmuseum.com/images/xGutPersian17century.jpg">http://www.foodmuseum.com/images/xGutPersian17century.jpg</a></i>	
<b>Figura 03</b> .....	06
William Beaumont (1785 -1853). Ilustração de seu estudo no paciente.	
<i><a href="http://www.foodmuseum.com/images/xgutBeaumont2.jpg">http://www.foodmuseum.com/images/xgutBeaumont2.jpg</a></i>	
<b>Figura 04</b> .....	08
O trato digestório e suas glândulas anexas.	
<i><a href="http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/saude/sa/digestivo.htm">http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/saude/sa/digestivo.htm</a></i>	
<b>Tabela 1</b> .....	16
Distribuição da idade em relação às causas de morte dos indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	

<b>Tabela 2</b> .....	17
Distribuição da idade em relação ao diagnóstico de doença de Chagas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 3</b> .....	17
Distribuição da cor em relação ao diagnóstico de doença de Chagas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 4</b> .....	18
Distribuição das causas de morte em relação ao diagnóstico de doença de Chagas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 5</b> .....	19
Distribuição da idade em relação às doenças esofágicas específicas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 6</b> .....	20
Distribuição da idade em relação às alterações gástricas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 7</b> .....	21
Distribuição da idade em relação a alterações gástricas específicas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	

<b>Tabela 8</b> .....	21
Distribuição das causas de morte em relação à presença de alterações gástricas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 9</b> .....	22
Distribuição das principais alterações hepáticas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 10</b> .....	23
Distribuição da idade em relação às alterações hepáticas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM	
<b>Tabela 11</b> .....	23
Distribuição da cor em relação às alterações hepáticas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 12</b> .....	24
Distribuição da idade em relação às alterações específicas da vesícula biliar em indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 13</b> .....	25
Distribuição das causas de morte em relação as alterações da vesícula biliar em indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	

<b>Tabela 14</b> .....	26
Distribuição da idade em relação a doenças específicas do pâncreas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 15</b> .....	27
Distribuição das causas de morte em relação às alterações pancreáticas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 16</b> .....	28
Distribuição da idade em relação às doenças específicas do intestino delgado em indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 17</b> .....	29
Distribuição da idade em relação às doenças específicas do intestino grosso de indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	
<b>Tabela 18</b> .....	30
Distribuição das causas de morte em relação à presença de alterações no intestino grosso de indivíduos autopsiados no HC-UFTM.	

## RESUMO

O diagnóstico clínico e anátomo-patológico após o óbito tem sido discutido em numerosos relatos nas últimas décadas. Apesar do seu declínio, as autópsias permanecem como ferramentas importantes ao ensino médico. Assim como nos demais sistemas, a análise e discussão dos achados nas autópsias das doenças do trato digestório são de fundamental importância para a minimização da discrepância entre os diagnósticos clínico e anátomo-patológico, assim como, para a melhoria da prática acadêmica e do controle dos achados cirúrgicos. Não foi encontrada na literatura uma descrição precisa da prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados. Este trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência das alterações do trato digestório em laudos de autópsias da Disciplina de Patologia Geral da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), buscando uma melhor interação entre os dados anatomopatológicos e as alterações clínicas, bem como uma estimativa mais precisa da incidência e prevalência destas doenças. Foi realizado um estudo retrospectivo para avaliação da prevalência das doenças do trato digestório em 500 pacientes autopsiados no Hospital de Clínicas da UFTM, no período de 1980 a 2006. Foram registradas informações relativas à idade, ao gênero, à cor (branco e não branco), à causa de morte, à sorologia para Doença de Chagas, às doenças do esôfago, do estômago, do fígado, da vesícula biliar, do pâncreas, do intestino delgado e do intestino grosso. A média de idade dos indivíduos analisados foi de  $51,71 \pm 18,14$  anos. A idade foi significativamente menor entre as causas de morte infecciosas, de  $45,94 \pm 18,32$  anos, e maior entre as causas neoplásicas, sendo de  $57,11 \pm 20,21$  anos. Os portadores da doença de Chagas apresentaram idade significativamente maior em comparação com o grupo sem a doença. A causa de morte mais frequente nos pacientes chagásicos foi a cardiovascular. As alterações gástricas foram encontradas em maior quantidade no grupo cuja causa da morte foi por alterações infecciosas, com diferença estatisticamente significativa. Os indivíduos de cor branca apresentaram maior frequência de alterações hepáticas do que os de cor não branca. O pâncreas esteve mais alterado no grupo com causa de morte digestiva. As neoplasias e os divertículos foram significativamente mais frequentes nos indivíduos de idade mais avançada. Houve predomínio de divertículos em indivíduos com idade mais avançada, e de sangramento e hiperemia nos casos com idade menor. O maior número de alterações do cólon ocorreu em indivíduos cuja causa do óbito foi infecciosa. As principais alterações encontradas nos órgãos foram: no esôfago a esofagite, no estômago as úlceras, no fígado a congestão, na vesícula biliar a colelitíase, no pâncreas a pancreatite, no intestino delgado o sangramento e no cólon a colite. Portanto, este estudo possibilita uma descrição das alterações do trato digestório e sua relação com os achados clínicos, demonstrando a necessidade de uma maior interação entre os profissionais envolvidos, para que a verdadeira prevalência das doenças seja estabelecida.

Palavras-chave: autópsia, trato digestório.

## ABSTRACT

The clinical diagnosis and the anatomopathological report after the death has been discussed in many reports in the last decades. Despite the decrease of autopsies, it remains an important tool to medical teaching. As with other systems, the analysis and discussion of autopsy findings of the digestive tract (alimentary system) diseases are very important to minimize the discrepancies between the clinical and anatomopathological diagnosis and also to better academy practice and control of surgical findings. We could not find in literature a precision description of the prevalence of the digestive tract disease in autopsied patient. The objective of this paper is to investigate the prevalence of digestive tract modifications in reports of autopsies from the pathology department of Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), looking for better interaction between the anatomopathological data and clinical modifications and also to estimate with more precision the incidence and prevalence of these diseases. We did a retrospective study to assess the prevalence of the digestive tract diseases in 500 patients autopsied in Clinical Hospital of UFTM, in the period of 1980 e 2006. It was registered information about age, sex, skin color (Caucasian or no), death cause, sorology for Chagasic disease, esophagus, stomach, liver, gall bladder vesicle, pancreas, small bowel and large bowel disease. The median age of sample is  $51,71 \pm 18,14$  years. The age was significantly lower between infectious cause death,  $45,94 \pm 18,32$  and higher between neoplastic cause,  $57,11 \pm 20,21$  years. The chagasic patients had age significantly higher than the non disease group. The most frequent cause of death in chagasic patients was the cardiovascular. The gastric modifications were found in higher quantities in the group that the death cause was infection, with difference statistically significant. The caucasian people present higher frequency of hepatic alteration than the no caucasian group. The pancreas was more altered in the group that death was digestive causes. The neoplasies and diverticules were significantly more frequent in people that have advanced age ( $p=0,009$ ). There were more diverticules in people with advanced age and bleeding and hyperemia in cases with less age. The higher number of modifications occurred in people that death cause was infectious. The mainly modification found in organs were: esophagitis in esophagus, ulcers in stomach, congestion in liver, coelitis in gall bladder, pancreatic in pancreas, bleeding in small bowel and colitis in the colon. So this study give us a description of the alterations of digestive tract and its relation with clinical findings, showing the necessity of the major interaction between involved professionals for establish the actual prevalence.

Key-words: digestive tract, alimentary system, autopsy.

## **Introdução**

---

*ZAGO, A. F. R. Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados.  
Tese Mestrado, UFTM, 2009.*

## 1.1 – AUTÓPSIA

O exame cadavérico com fins médico-legais, ou visando ao estudo anátomo-patológico sempre foi chamado de autópsia (BECKER, 1968) (Figura 01). Porém com o passar do tempo iniciou-se uma discussão sobre um possível erro prosódico ou etimológico desta palavra, passando a existir a forma autopsia (REZENDE, 2003).

**Figura 01** - Aula de Anatomia do Dr. Tulp (The Anatomy Lecture of Dr. Nicolaes Tulp). Rembrandt, 1632. Oil on canvas, 169.5 x 216.5 cm; The Hague, Mauritshuis.  
<http://www.uftm.edu.br/instpub/fmtm/patge/imagem/nicolaes-tulp02.jpg>



O

termo *autopsía* já existia em grego sendo *auto*=próprio e *opsís*=ação de ver, no sentido de ver com os próprios olhos. Galeno empregou este termo no sentido da inspeção pessoal para aquisição de conhecimentos de anatomia. Hoje existem pelo menos nove formas de conflito: *autópsia*, *autopsia*, *necrópsia*, *necropsia*, *autopse*, *necropse*, *autoscópia*, *autoscopia* e *necroscopia*. Parte desta divergência de natureza prosódica reside no sufixo –

“ia”, que pode provir diretamente do grego sendo a vogal “i” tônica, ou do latim, sendo a vogal “i” átona. As formas autópsia e necrópsia são as duas formas prevalentes na atualidade, sendo o termo autópsia o que será adotado nesta tese (REZENDE, 2003).

A interação e a discordância entre o diagnóstico clínico e anátomo-patológico após o óbito tem sido discutida em numerosos relatos nas últimas décadas (SARODE et al, 1993; MORAES et al, 2006). Entre as utilidades da autópsia estão a determinação da causa e o modo da morte, a comparação entre os achados antes e após a morte, o fornecimento de dados para as avaliações das políticas de saúde, o controle da qualidade do atendimento médico, a identificação de novas doenças, a avaliação da eficácia de tratamentos e a proteção legal (HULL et al, 2007)

As taxas atuais de autópsias são de 5% em hospitais comunitários e 10% nas instituições acadêmicas. Uma das exceções mais conhecidas é constituída pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), onde a taxa de realização de autópsias encontra-se acima de 80%, incluindo os do Serviço de Verificação de Óbitos (PERES, 2000; MOREIRA, 2007).

A redução progressiva do número de autópsias ao longo dos anos tem como justificativas o avanço da tecnologia diagnóstica complementar, os aspectos econômicos, a possibilidade de se revelar má prática médica e a falta de entusiasmo de médicos-assistentes e patologistas na discussão de casos autopsiados (MORAES et al, 2006).

Em estudos baseados em questionários direcionados a médicos, observaram-se algumas contradições. Apesar da aparente valorização da autópsia como procedimento médico e de ensino, praticamente universal, identificou-se um desinteresse na sua prática, tanto por parte dos clínicos como dos patologistas (CHARIOT et al, 2000; MARK, 2002; DE ÁVILA et al, 2003; MOREIRA, 2007). Dentre as justificativas apontadas para tal

desinteresse, ressaltam-se as seguintes: elevada pressão assistencial na prática clínica, com grande número de pacientes atendidos em estado grave; alta rotatividade do corpo médico em serviços de urgência e unidades de terapia intensiva; crença na certeza do diagnóstico clínico na maioria dos casos e relação médico-paciente insatisfatória. Associa-se ainda em relação ao procedimento comumente não ser diretamente remunerado e realizado em locais de infra-estrutura precária (MARK, 2002).

Apesar do seu declínio, as autópsias permanecem como ferramentas importantes ao ensino médico como indicado por médicos internos e residentes de patologia nos grandes centros acadêmicos (MARK, 2007). Assim como nos demais sistemas, a análise e discussão dos achados nas autópsias das doenças do trato digestório são de fundamental importância para a minimização da discrepância entre os diagnósticos clínico e anátomo-patológico, assim como, para a melhoria da prática acadêmica e o melhor controle dos achados cirúrgicos.

## 1.2 – SISTEMA DIGESTÓRIO

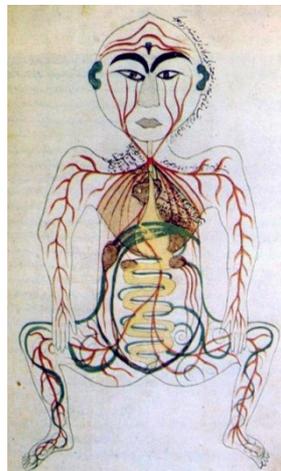
Há em latim duas palavras semelhantes que diferem apenas quanto ao sufixo: *digestivus*, “um” e *digestorius*, “um”. Ambas podem ser empregadas com o mesmo significado: relativo à digestão ou aos órgãos da digestão. A Comissão de Terminologia Anatômica da Sociedade Brasileira de Anatomia, ao traduzir *Systema digestorium* da atual Terminologia anatômica, do latim para o português, não levou em conta o uso tradicional de *digestivo* e optou por *digestório*, talvez pela identificação morfológica e sônica com a palavra latina ou por analogia com “circulatório” e “respiratório” (REZENDE, 2003).

Existem diversos relatos históricos representativos do trato digestivo sendo que muitos deles com datas imprecisas (Figura 02 ).

Anatomistas medievais adquiriram conhecimento adequado da estrutura do estômago e intestinos, sendo a divisão do cólon por eles realizada e utilizada até a data atual. Eles reconheceram a importância da digestão na manutenção do balanço humoral do corpo, sugerindo que se o estômago e os intestinos não mantivessem suas funções, outras estruturas do corpo também não funcionariam de forma adequada.

**Figura 02** – Figura do corpo humano em manuscrito persa.

<http://www.foodmuseum.com/images/xGutPersian17century.jpg>



No início do século XI, o médico e filósofo islâmico Avicenna estava menos preocupado com a descrição anatômica e sim com a importância da nutrição, orientando sobre dietas e digestão.

No século XV Leonardo da Vinci contribuiu para o conhecimento científico em diversas áreas. Na medicina, através da sua habilidade artística e das dissecções, elevou o conhecimento da anatomia para outro nível.

Willian Beaumont, cirurgião do Exército Americano, no século XIX tornou-se o pai da fisiologia gástrica através de seus estudos da digestão humana (Figura 04). Em junho de

1822 um funcionário da American Fur Company on Mackinac foi acidentalmente ferido por arma de fogo no estômago. Doutor Beaumont tratou a ferida do funcionário esperando que ele fosse morrer. Apesar de suas previsões o funcionário sobreviveu com um “buraco” no estômago que nunca cicatrizou completamente. A partir daí o doutor Beaumont iniciou a realização de experimentos sobre a digestão introduzindo fragmentos de alimentos por esta ferida e retirando-os após algumas horas e analisando as alterações. Estes experimentos continuaram por algum tempo resultando em um livro intitulado *Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion* (histórico do trato digestório disponível em <<http://www.foodmuseum.com/exguthistory.html>> acessado em 18/02/2009).

**Figura 03** - William Beaumont (1785 -1853). Ilustração de seu experimento no paciente.

<http://www.foodmuseum.com/images/xgutBeaumont2.jpg>



Os séculos seguintes até os dias de hoje foram marcados pelo avanço da medicina como um todo. Evoluiu-se na anestesia, nas técnicas cirúrgicas e no suporte clínico. Cada

vez mais se pode contar com exames complementares mais complexos e menos invasivos, favorecendo o conhecimento atual sobre o trato digestório e cada vez mais instigando novos estudos (ANDREOLLO et al 1999).

## **EMBRIOLOGIA E ANATOMIA DO SISTEMA DIGESTÓRIO**

O mecanismo para a digestão adequada do alimento envolve o trato digestório e alguns órgãos anexos.

O trato digestório é um tubo músculo-membranoso com aproximadamente nove metros, estendendo-se da boca ao ânus, sendo revestido na sua superfície interna por uma membrana mucosa (GARDNER et al, 1988).

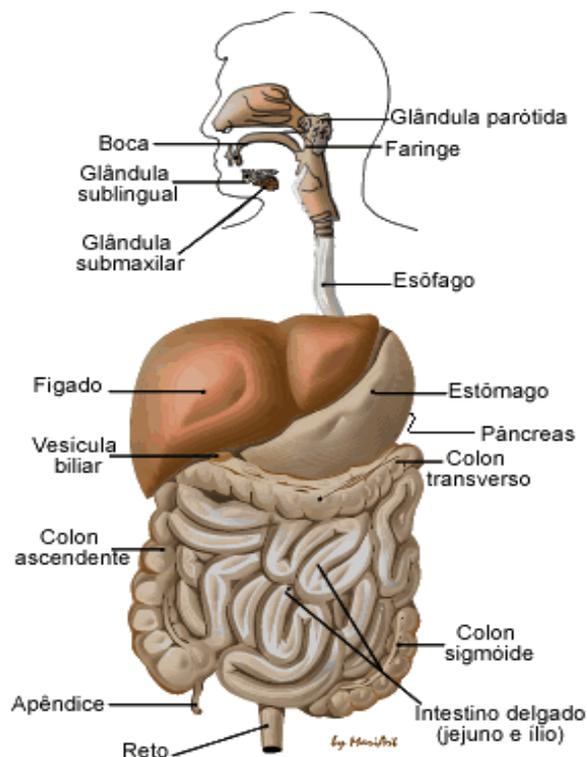
Inicia seu desenvolvimento a partir da quarta semana de idade gestacional, com a formação do intestino primitivo, que posteriormente formará o trato digestório definitivo. Essa formação se dá pela incorporação do saco vitelino pelo embrião, formando três segmentos com características próprias: o intestino anterior, médio e posterior. Essa diferenciação é de grande importância, pois dela seguem a distribuição da irrigação assim como a inervação das estruturas correspondentes (MOORE e PERSAUD, 1994).

O duodeno relaciona-se muito estreitamente com porções mais altas do trato digestório, formando com elas um complexo importante do ponto de vista anatômico, funcional, anátomo-patológico, fisiopatológico e cirúrgico. Devido a este fato, classifica-se o trato digestório em alto, até o ângulo duodeno-jejunal (ângulo de Treitz), fixo a esquerda da segunda vértebra lombar; e em trato digestório baixo, relacionado à parte distal a este segmento (GOFFI et al., 2000).

O trato gastrointestinal superior é composto pela boca, pela faringe, pelo esôfago, pelo estômago, e pela primeira e parte da segunda porção do duodeno. Já o trato digestivo inferior engloba o restante do intestino delgado e o intestino grosso. Completando o trato digestório têm-se as glândulas salivares, as glândulas gástricas, as intestinais, o fígado e o pâncreas (GARDNER, 1988) (Figura 04).

**Figura 04** – O trato digestório englobando seus órgãos e glândulas anexas.

<http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/saude/sa/digestivo.htm>



O trato digestório definitivo é responsável pela digestão dos alimentos ingeridos e absorção dos nutrientes necessários às diferentes funções do organismo, como o crescimento, a energia para reprodução e a locomoção (GUYTON et al, 2006).

Não foi encontrada na literatura uma descrição precisa da prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados. Na maioria dos trabalhos, são observadas alterações isoladas de cada órgão, com ênfase a um determinado tipo de doença (LOPES et al, 1989) . Portanto, este estudo foi voltado para a avaliação da prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados pela Disciplina de Patologia Geral da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

## **Hipótese e Objetivos**

---

*ZAGO, A. F. R. Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados.  
Tese Mestrado, UFTM, 2009.*

### **Hipótese**

- A prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados é semelhante a encontrada na literatura.

### **Objetivo Geral**

- Demonstrar a prevalência das principais doenças do trato digestório em pacientes autopsiados na Universidade Federal do Triângulo, comparando com a prevalência observada na literatura, assim como, buscando descrever as características específicas de acordo com o sexo, a idade e a cor dos pacientes.

### **Objetivo Específico**

- Descrever as doenças do trato digestório de acordo com características específicas como o gênero, a idade, a cor e a causa de morte dos pacientes autopsiados.

## **Materiais e Métodos**

---

*ZAGO, A. F. R. Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados.  
Tese Mestrado, UFTM, 2009.*

## **2.1 – ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo 1114, de 25 de abril de 2008 (Anexo 1).

## **2.2 – DADOS DEMOGRÁFICOS**

Foi realizado um estudo retrospectivo para avaliação da prevalência das doenças do trato digestório em 500 pacientes autopsiados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) pela Disciplina de Patologia Geral, no período de 1980 a 2006. As autópsias foram realizadas de forma completa, sendo obtidos fragmentos de todos os órgãos para exame histopatológico.

Foram registradas informações relativas à idade, ao gênero, à cor (branco e não branco), à causa de morte, à presença de aterosclerose, à sorologia para Doença de Chagas, às doenças do esôfago, do estômago, do fígado, da vesícula biliar, do pâncreas, do intestino delgado e do intestino grosso.

As causas de morte foram agrupadas em infecciosas, neoplásicas, digestivas, cardiovasculares, pós-operatórias e outras, sendo esta classificação adaptada da utilizada por KOHN, 1982 e REIS *et al.*, 1995.

## **2.3 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram excluídos os protocolos de autópsias incompletos e os referentes às autópsias pediátricas. Após aplicados estes critérios, foram incluídos os protocolos de pacientes com idade superior a 16 anos, analisados durante o período do estudo.

## **2.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Para a análise estatística foi elaborada uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel, e sua realização se fez através do programa SigmaStat 2.03. Em seguida, as variáveis foram testadas para verificar se apresentavam distribuição normal e variância homogênea através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para a distribuição normal e os grupos com variáveis semelhantes, utilizou-se teste paramétrico, na comparação de dois grupos, o teste “t” de Student. Na comparação de mais de dois grupos foi utilizado o teste de Anova (F). Para a distribuição não normal e variâncias diferentes utilizamos o teste Mann Whitney (T) e Kruskal-Wallis (H).

As proporções foram comparadas pelo teste do Qui-quadrado (“ $\chi^2$ ”), com Correção de Yates ou teste Exato de Fisher. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de “p” menores que 5% ( $p < 0,05$ ).

## **Resultados**

---

*ZAGO, A. F. R. Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados.  
Tese Mestrado, UFTM, 2009.*

A média de idade dos indivíduos analisados foi de  $51,71 \pm 18,14$  anos, sendo a mediana entre os homens de 50 anos, variando de 16 a 112 anos, e entre as mulheres de 52 anos, variando entre 16 e 105 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as idades do gênero masculino e feminino ( $p=0,24$ ).

Os indivíduos não brancos apresentaram mediana de 48 anos, sendo a idade mínima de 16 e a máxima de 112 anos. Nos indivíduos da cor branca a mediana da idade foi maior, sendo de 52 anos, com mínima de 16 e máxima de 93 anos. Entre os grupos não foi observada diferença significativa ( $p=0,08$ ). A idade foi significativamente menor entre as causas de morte infecciosas, e maior entre as causas neoplásicas ( $p<0,001$ ) (Tabela 01).

Tabela 01 – Distribuição da idade em relação às causas de morte dos indivíduos autopsiados no HC-UFTM

<b>Causa de Morte</b>	<b>n (%)</b>	<b>Idade (Anos) Média <math>\pm</math> Desvio Padrão</b>
Infeciosa	179 (35,8)	<b>45,94<math>\pm</math>18,32<sup>1</sup></b>
Digestiva	75 (15,0)	53,32 $\pm$ 16,54
Neoplasia	56 (11,2)	<b>57,11<math>\pm</math>20,21<sup>1</sup></b>
Cardiovascular	111 (22,2)	55,68 $\pm$ 16,14
Pós-operatório	24 (4,8)	56,21 $\pm$ 13,77
Outras	55 (11,0)	52,60 $\pm$ 18,54
<b>Total</b>	<b>500 (100)</b>	

**F = 6,448; p<0,001. <sup>1</sup>Bonferroni: Neoplásica X Infeciosa – p<0,05**

Os portadores da doença de Chagas apresentaram idade significativamente maior em comparação com o grupo sem a doença ( $p=0,004$ ) (Tabela 02). Não houve diferença significativa da frequência dos gêneros em relação ao diagnóstico de doença de chagas. A doença de chagas foi mais freqüente entre os não brancos (Tabela 03). A causa de morte mais freqüente nos pacientes chagásicos foi a cardiovascular ( $p=0,012$ ) (Tabela 04).

Tabela 02 – Distribuição da idade em relação ao diagnóstico de doença de Chagas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Chagas	n (%)	Idade (anos)		
		Mediana	Mínima	Máxima
Não	409 (81,8)	49	16	112
Sim	91 (18,2)	57	20	92
Total	500 (100)			

**T = 26417,000; p = 0,004**

Tabela 03 – Distribuição da cor em relação ao diagnóstico de doença de Chagas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Cor	Doença de Chagas n (%)		
	Não	Sim	Total
Branca	276 (84,15)	52 (15,85)	328 (100)
Não Branca	133 (77,32)	39 (22,68)*	172 (100)
Total	409 (81,80)	91 (18,20)	500 (100)

**\* $\chi^2= 3,083$ ; p= 0,079**

Tabela 04 – Distribuição das causas de morte em relação ao diagnóstico de doença de Chagas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Doença de Chagas	Causas de Morte n (%)						Total
	Infecciosa	Digestiva	Neoplásica	Cardiovascular	Outras	Pós-Operatório	
Não	159 (38,87)	60 (14,67)	47 (11,49)	81 (19,80)	41 (10,02)	21 (5,13)	409 (100)
Sim	20 (21,98)	15 (16,48)	9 (9,89)	30 (32,97)*	14 (15,38)	3 (3,30)	91 (100)
<b>Total</b>	179 (35,8)	75 (15,0)	56 (11,2)	111 (22,2)	55 (11,0)	24 (4,8)	500 (100)

\* $\chi^2= 14,548$ ;  $p= 0,012$

A mediana da idade dos indivíduos com alterações esofágicas foi de 50,5 anos, variando de 16 a 67 anos, e no grupo sem alterações a mediana foi de 53 anos, variando entre 16 e 112 anos. Não se observou diferença significativa em relação à idade entre os grupos com ou sem alterações do esôfago ( $p=0,438$ ). As alterações mais frequentes foram as esofagites. O sangramento e o megaesôfago apresentaram maior frequência nas idades mais avançadas, e a neoplasia de esôfago nos indivíduos com idade menor (Tabela 05).

Não houve predominância estatisticamente significativa do gênero ou da cor em relação às alterações esofágicas. Em relação às causas de morte, o esôfago estava alterado em maior número de indivíduos cuja causa de morte foi a infecciosa, porém sem diferença significativa.

Tabela 05 – Distribuição da idade em relação às doenças esofágicas específicas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Esôfago	n (%)	Idade (anos)		
		Mediana	Mínima	Máxima
Sem alteração	338 (75,78)	53,0	16	112
Esofagite	56 (12,55)	49,5	16	94
Megaesôfago	14 (3,15)	57,5	28	89
Neoplasia	5 (1,12)	45,0	34	75
Outras	10 (2,24)	49,50	26	66
Sangramento	8 (1,80)	59,0	17	84
Varizes	15 (3,36)	47,0	32	71
Total	446 (100)			

**H = 3,530; p= 0,740**

A mediana de idade do grupo com alterações gástricas foi de 50 anos, variando de 16 a 112 anos, e entre o grupo sem alterações a mediana foi de 55 anos, variando entre 16 e 105 anos. Os indivíduos com alterações gástricas apresentaram mediana de idade menor ( $p=0,09$ ) (Tabela 06).

As alterações mais freqüentes foram a gastrite e as úlceras. Ao analisar as doenças gástricas pode-se perceber que as neoplasias ocorreram em indivíduos com idade mais avançada, com mediana de 56,5 anos, ao passo que a hiperemia foi observada em indivíduos de idade menor, com mediana de 46 anos ( $p=0,385$ ) (Tabela 07). Em relação ao gênero e a cor não se observou alterações significativas entre os grupos com ou sem alterações. Ao se analisar o gênero em relação às doenças específicas do estômago observamos que as ulcerações gástricas foram as doenças mais prevalentes tanto entre o homens quanto nas mulheres, porém sem diferença significativa ( $p=0,37$ ). As alterações gástricas foram encontradas em maior quantidade no grupo cuja causa da morte infecciosa ( $p=0,001$ ) (Tabela 08).

Tabela 06 – Distribuição da idade em relação às alterações gástricas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Estômago	n (%)	Idade (anos)		
		Mediana	Mínima	Máxima
Alterado	249 (55,33)	50,0	16	112
Sem alteração	201 (44,67)	55,0	16	105
Total	450 (100)			

**T = 47635,000; p= 0,092**

Tabela 07 – Distribuição da idade em relação a alterações gástricas específicas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Estômago	n (%)	Idade (anos)		
		Mediana	Mínima	Máxima
Sem alteração	201 (44,67)	55,0	16	105
Úlceras	90 (20,00)	51,0	18	112
Gastrite	85 (18,89)	49,0	20	93
Sangramento	18 (4,00)	53,5	23	75
Neoplasia	16 (3,55)	56,5	33	80
Hiperemia	13 (2,89)	46,0	16	80
Outras	27 (6,00)	49,0	25	94
<b>Total</b>	<b>450 (100)</b>			

**H = 6,353; p = 0,385**

Tabela 08 – Distribuição das causas de morte em relação à presença de alterações gástricas nos indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Estômago	Causas de Morte n (%)						Total
	Infeciosa	Digestiva	Neoplásica	Cardiovascular	Outras	Pós-Operatório	
<b>Alterado</b>	94 (37,75)*	46 (18,47)	32 (12,85)	47 (18,87)	23 (9,24)	07 (2,81)	249 (100)
<b>Não Alterado</b>	53 (26,37)	26 (12,93)	20 (9,95)	58 (28,85)	27 (13,43)	17 (8,46)	201 (100)
<b>Total</b>	147 (32,67)	72 (16,00)	52 (11,55)	105 (23,33)	50 (11,11)	24 (5,33)	450 (100)

**\* $\chi^2=20,513$ ; p= 0,001**

A mediana de idade do grupo com alterações hepáticas foi de 52,27 anos variando de 18 a 105 anos, e entre o grupo sem alterações a mediana foi de 57,51 anos variando entre 17 e 112 anos. A alteração mais freqüente foi a congestão, seguida por outras alterações e esteatose (Tabela 09). A idade foi significativamente menor no grupo com alterações hepáticas ( $p=0,014$ ) (Tabela 10). Os indivíduos de cor branca apresentaram maior freqüência de alterações hepáticas do que os de cor não branca ( $p=0,05$ ) (Tabela 11).

Tabela 09 – Distribuição das principais alterações hepáticas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM

<b>Alterações Hepáticas</b>	<b>n (%)</b>
Sem alterações	118 (39,60)
Congestão	52 (17,45)
Outras	33 (11,07)
Esteatose	31 (10,40)
Hepatite	29 (9,73)
Neoplasia	15 (5,03)
Cirrose	12 (4,03)
Icterícia	06 (2,01)
Hemossiderose	02 (0,67)
<b>Total</b>	<b>298 (100)</b>

Tabela 10 – Distribuição da idade em relação às alterações hepáticas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Fígado	n (%)	Idade (anos)		
		Mediana	Mínima	Máxima
Alterado	180 (60,40)	52	18	105
Sem alteração	118 (39,60)	57,5	17	112
Total	298 (100)			

**t = -2,472; p= 0,014**

Tabela 11 – Distribuição da cor em relação às alterações hepáticas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Cor	Fígado		Total
	Alterado	Não Alterado	
Branca	119 (65,03)*	64 (34,97)	183 (100)
Não branca	61 (53,04)	54 (46,96)	115 (100)
Total	180 (60,40)	118 (39,60)	298 (100)

**\*x<sup>2</sup>=3,754; p= 0,053**

A mediana de idade do grupo com alterações na vesícula biliar foi de 57 anos variando de 18 a 112 anos, e entre o grupo sem alterações a mediana foi de 55 anos variando entre 17 e 105 anos. Não houve diferença significativa entre a idade e as alterações da vesícula biliar (Tabela 12).

A alteração da vesícula mais encontrada foi a colelitíase representando 8,87%. A frequência destas alterações não apresentou diferença significativa em relação ao gênero e a cor, e foi significativamente maior nos casos com causa de morte digestiva ( $p \leq 0,001$ ) (Tabela 13).

Tabela 12 – Distribuição da idade em relação às alterações específicas da vesícula biliar em indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Vesícula	n (%)	Idade (anos)	
		Média	Desvio Padrão
Sem alterações	242 (85,82)	54	17,169
Colelitíase	25 (8,87)	56	24,126
Outras	3 (1,06)	67	13,317
Colicistectomizado	7 (2,48)	56	24,785
Colecistite	2 (0,71)	73	28,284
Neoplasia	1 (0,35)	50	0,000
Megavesícula	2 (0,71)	56	28,991
<b>Total</b>	<b>282 (100)</b>		

Tabela 13 - Distribuição das causas de morte em às alterações da vesícula biliar em indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Vesícula	Causas de Morte n (%)						Total
	Infecçiosa	Digestiva	Neoplásica	Cardiovascular	Outras	Pós-Operatório	
Alterada	07 (17,15)	15 (37,50)*	06 (15,00)	05 (12,50)	2 (5,00)	05 (12,50)	40 (100)
Não Alterada	50 (20,66)	33 (13,64)	23 (9,50)	75 (30,99)	42 (17,36)	19 (7,85)	242 (100)
<b>Total</b>	57 (20,21)	48 (17,02)	29 (10,28)	80 (28,37)	44 (15,60)	24 (8,51)	282 (100)

\* $\chi^2= 21,030$ ;  $p \leq 0,001$

A pancreatite foi o processo patológico mais freqüente, 33 (11,42%), seguida pela hipotrofia, fibrose e neoplasias. A média da idade do grupo com alterações pancreáticas foi de  $51,66 \pm 17,39$  anos e no grupo sem alterações a média da idade foi de  $55,18 \pm 18,22$  anos. A idade foi mais elevada nos indivíduos com neoplasia pancreática, e menor nos casos com hemossiderose ( $p=0,025$ ) (Tabela 14). Em relação ao gênero e a cor não observamos alterações pancreáticas significativas. O pâncreas esteve mais alterado no grupo com causa de morte digestiva ( $p \leq 0,001$ ) (Tabela 15).

Tabela 14 - Distribuição da idade em relação a doenças específicas do pâncreas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Pâncreas	n (%)	Idade (anos)	
		Média	Desvio Padrão
Pancreatite	33 (11,42)	50,61	18,09
Sem alterações	227 (78,5)	55,18	18,22
Hipotrofia	8 (2,77)	53,25	10,77
Fibrose	8 (2,77)	44,00	16,47
Neoplasia	7 (2,42)	<b>65,71</b>	<b>11,21</b>
Outras	4 (1,38)	62,50	12,07
Hemossiderose	2 (0,69)	<b>22,50</b>	<b>3,54</b>
Total	289 (100)		

**F= 2,461; p=0,025**

Tabela 15 - Distribuição das causas de morte em relação às alterações pancreáticas em indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Pâncreas	Causas de Morte n (%)					Pós-Operatório	Total
	Infecçiosa	Digestiva	Neoplásica	Cardiovascular	Outras		
<b>Alterado</b>	13 (20,97)	21 (33,87)*	10 (16,13)	05 (8,06)	08 (12,90)	05 (8,06)	62 (100)
<b>Não Alterado</b>	47 (20,70)	31 (13,66)	19 (8,37)	75 (33,04)	36 (14,56)	19 (8,37)	227 (100)
<b>Total</b>	60 (20,76)	52 (17,99)	29 (10,03)	80 (27,68)	44 (15,22)	24 (8,30)	289 (100)

\* $\chi^2=25,241$ ;  $p \leq 0,001$

A mediana da idade do grupo com alterações do intestino delgado foi de 51 anos variando de 16 a 94 anos, e entre o grupo sem alterações a mediana foi de 51 anos, variando entre 16 e 112 anos. Não houve diferença significativa entre a idade e as alterações do intestino delgado ( $p=0,772$ ). A neoplasia e os divertículos foram significativamente mais frequentes nos indivíduos de idade mais avançada ( $p=0,009$ ) (Tabela 16). Em relação ao gênero, a cor e causa de morte, não houve diferença significativa entre os grupos com ou sem alterações do intestino delgado.

Tabela 16 - Distribuição da idade em relação às doenças específicas do intestino delgado em indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Delgado	n (%)	Idade (anos)		
		Mediana	Mínima	Máxima
Sem alterações	303 (60,6)	51	16	112
Úlceras	24 (4,8)	61	26	93
Sangramento	38 (7,6)	48	23	84
Hiperemia	17 (3,4)	51	23	84
Enterite	28 (5,6)	44	18	94
Outras	26 (5,2)	48	17	80
Pós-operatório	9 (1,8)	40	25	69
Divertículo	9 (1,8)	<b>62</b>	<b>46</b>	<b>72</b>
Neoplasia	12 (2,4)	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>72</b>
Infarto	15 (3,0)	48	25	76
Invaginação	3 (0,6)	35	28	60
Verminose	14 (2,8)	49	16	74
Megaduodeno	2 (0,4)	25	19	31
<b>Total</b>	<b>500 (100)</b>			

**H = 26,671; p=0,009**

A mediana da idade do grupo com alterações do intestino grosso foi de 52 anos variando de 17 a 94 anos, e entre o grupo sem alterações a mediana foi de 50 anos variando entre 16 e 112 anos. A colite, o megacólon e as úlceras foram os processos patológicos mais freqüentes. Houve predomínio de divertículos em indivíduos com idade mais avançada. O sangramento e a hiperemia foram mais freqüentes nos indivíduos com idade menor ( $p=0,002$ ) (Tabela 17). Em relação ao gênero a cor, não houve diferença significativa em relação as alterações do intestino grosso. O maior número de alterações ocorreram em indivíduos cuja causa do óbito foi a infecciosa ( $p\leq 0,001$ ) (Tabela 18).

Tabela 17 - Distribuição da idade em relação às doenças específicas do intestino grosso de indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Cólon	n (%)	Idade (anos)		
		Mediana	Mínima	Máxima
Sem alterações	298 (59,6)	50	16	112
Colite	34 (6,8)	44	20	92
Megacólon	33 (6,6)	57	32	80
Úlceras	12 (2,4)	44	31	94
Outras	24 (4,8)	45	18	91
Infarto	13 (2,6)	54	31	89
<b>Hiperemia</b>	<b>12 (2,4)</b>	<b>38<sup>1</sup></b>	<b>23</b>	<b>71</b>
<b>Divertículos</b>	<b>25 (5,0)</b>	<b>68<sup>1,2</sup></b>	<b>30</b>	<b>86</b>
<b>Sangramento</b>	<b>21 (4,2)</b>	<b>38<sup>2</sup></b>	<b>17</b>	<b>66</b>
Neoplasia	7 (1,4)	55	26	78
Pós-operatório	11 (2,2)	53	20	76
Verminose	7 (1,4)	60	38	93
Pólipo	3 (0,6)	35	26	74

Total 500 (100)

$H = 31,289$ ;  $p=0,002$ . <sup>1,2</sup> Dunn:  $p<0,05$

Tabela 18 - Distribuição das causas de morte em relação à presença de alterações no intestino grosso de indivíduos autopsiados no HC-UFTM

Cólon	Causas de Morte n (%)						Total
	Infeciosa	Digestiva	Neoplásica	Cardiovascular	Outras	Pós-Operatório	
<b>Alterado</b>	89 (44,06)*	37 (18,32)	17 (8,42)	40 (19,80)	10 (4,95)	09 (4,45)	202 (100)
<b>Não Alterado</b>	90 (30,2)	38 (12,75)	39 (13,09)	71 (23,82)	45 (15,10)	15 (5,03)	298 (100)
<b>Total</b>	179 (35,8)	75 (15,00)	56 (11,20)	111 (22,20)	55 (11,00)	24 (4,8)	500 (100)

\* $\chi^2=23,527$ ;  $p\leq 0,001$

## **Discussão**

---

*ZAGO, A. F. R. Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados.  
Tese Mestrado, UFTM, 2009.*

A real prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados é desconhecida. Esta mesma prevalência englobando todos os órgãos do trato digestório é difícil de ser encontrada na literatura, pois os trabalhos enfocam as alterações específicas de órgãos específicos. Essa dificuldade também é encontrada na análise de dados epidemiológicos e demográficos em relação às mesmas doenças, demonstrando a dificuldade de associação anátomo-clínica baseada apenas nas formas em que os protocolos de autópsias são apresentados.

Neste estudo a idade foi menor nos indivíduos não brancos. Os determinantes da saúde no Brasil estão relacionados à renda e ao grau de escolaridade, e ainda existe uma maioria de não brancos com a renda e escolaridade baixa (DACHS, 1998). Os indivíduos avaliados eram usuários do Sistema Único de Saúde, onde há predomínio de pessoas com baixa renda e escolaridade. Representam, portanto, uma boa amostragem da população no que se refere à cor, pois não-brancos apresentaram idade menor, semelhante ao que é descrito em estudos populacionais.

A idade foi significativamente menor entre os indivíduos com causa de morte infecciosa. Segundo outros estudos em autópsias, as principais causas de doenças infecciosas que contribuem para o óbito são alterações bacterianas, como na tuberculose, com uma frequência de 33,8%, em um total de 331 autópsias e outras causas podem ser citadas, como infecções virais, fúngicas e parasitárias (SARODE et al, 1993). A idade menor observada nos casos com causa de morte infecciosa pode ser atribuída ao fato da maioria das autópsias realizadas na Disciplina de Patologia Geral ser proveniente da Disciplina de Doenças Infecto-Parasitárias. Soma-se a isso o pequeno número de autópsias solicitadas pelas outras clínicas. Na prática clínica pode-se afirmar que os dados estão de acordo com os encontrados. Principalmente após o aumento do número de casos com Aids

houve um aumento do diagnóstico de doenças infecciosas oportunistas principalmente em pacientes mais jovens (KERR-PONTES ET AL, 1997).

O grupo de indivíduos com causa de morte neoplásica apresentou idade maior. Um estudo demonstra que a frequência de idosos autopsiados é de 24,4%, e ainda, que nestes indivíduos a causa de morte mais prevalente é a cardiovascular, seguida pela infecciosa, neoplásica e digestiva (OLIVEIRA et al, 2005). Em nosso estudo, a maior frequência de indivíduos com faixa etária maior e neoplasias pode ter relação com os métodos de diagnóstico aplicados até então, e com os hábitos populacionais, relacionados a uma baixa adesão a medidas preventivas e ao diagnóstico precoce, o que contribui para uma maior mortalidade. A cada ano têm-se observado um aumento progressivo no diagnóstico de neoplasias em pacientes mais jovens (WANG et al, 2007). Tal fato pode ser atribuído aos meios de diagnóstico e de rastreamento mais eficazes, mas também ao melhor controle e diagnóstico das neoplasias hereditárias. Estas medidas poderão ser capazes de promover diagnósticos cada vez mais precoces, e conseqüentemente, intervenções que visem reduzir a mortalidade por neoplasias em todas as faixas etárias.

Os portadores da doença de Chagas apresentaram idade significativamente maior em comparação com o grupo sem a doença. Estes dados estão de acordo com os trabalhos encontrados na literatura, principalmente em relação aos pacientes chagásicos com a forma digestiva (KAMIJIL E OLIVEIRA, 2005). A maior causa de morte nos pacientes chagásicos foram às alterações cardiovasculares. Segundo outros autores, 71,1% dos idosos apresentam cardiopatias, sendo a chagásica a principal e responsável por 42,1% dos casos (OLIVEIRA et al, 2005). Em relação à doença de Chagas uma explicação que deve ser considerada quando avaliamos a idade da amostra é o controle da doença na maioria

dos locais no Brasil, estando a ocorrência de novos casos limitada a surtos localizados e a maioria dos casos avaliados serem de pacientes crônicos.

## **ESÔFAGO**

A esofagite foi o processo patológico mais encontrado, sendo responsável por 12,55% dos casos avaliados. A lesão da mucosa esofagiana com subsequente inflamação é comum em todo o mundo, estando presente em 10 a 20% da população adulta no ocidente (WONG e BASAVARAJU, 2008). Este processo pode apresentar diversas causas, sendo o refluxo uma das principais alterações gastrointestinais (HEADING, 1999; CHEN et al, 1999; El-Zimaity et al, 2008). Seu mecanismo está relacionado ao relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior, à falha no mecanismo de eliminação do ácido gástrico refluído para o esôfago e à presença da bactéria *Helicobacter pylori* (STANCIU E BENNET, 1974; XIA E TALLEY, 1998; WILSON et al, 1999; TAE et al, 2002). Em nosso estudo não avaliamos as causas de esofagite, tendo sido considerado apenas sua descrição no laudo da autópsia. Mesmo não considerando a causa, foi observado que a prevalência da esofagite está de acordo com a descrita na literatura.

O sangramento e o megaesôfago foram observados nas idades mais avançadas e a neoplasia de esôfago nas idades mais baixas. O megaesôfago é uma das formas clínicas da doença de Chagas que possui caráter crônico e progressivo, e é mais freqüente entre 20 e 40 anos (OLIVEIRA et al, 2008). Em nosso estudo observamos uma maior prevalência de megaesôfago em pacientes do gênero masculino com uma mediana de idade de 57,5 anos. Esta idade ligeiramente mais alta pode ser justificada pelas características regionais da nossa amostra e ao diagnóstico da doença na maioria das vezes ser realizado em sua fase crônica.

O sangramento pode ser causado por varizes esofagianas (ARAKAWA et al, 2002), pela doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) resultando em esofagite (HEADING, 1999), pela síndrome de Mallory Weiss (MOREIRA et al, 1988), entre outras. Como é uma alteração pouco específica, o sangramento poderia ser justificado por várias doenças, não sendo possível determinar a sua causa na forma como os laudos de autópsia apresentaram a informação.

Os casos com neoplasia de esôfago apresentaram idade menor. Nos países ocidentais e nos países em desenvolvimento observa-se uma diminuição na incidência do carcinoma espinocelular do esôfago, porém um aumento do adenocarcinoma esofágico distal (CREW e NEUGUT, 2004; WU et al, 2007; BROWN et al, 2008; BRESALIER, 2009; ROZEN et al, 2009). Este aumento tem ocorrido principalmente nas últimas três décadas e provavelmente reflete um aumento na incidência e reconhecimento de sua lesão precursora, a metaplasia de Barrett. Graças aos métodos diagnósticos esta alteração tem sido diagnosticada com maior frequência e seu aparecimento predominado na sexta década de vida (JANKOWSKI et al, 1999). Diferentemente do citado, em nosso estudo os casos com neoplasia apresentaram média de idade de 45 anos. Outro trabalho demonstra que o esôfago de Barrett pode estar presente por mais de vinte anos antes do seu diagnóstico (HAGGITT, 1994). Portanto, as alterações esofágicas podem ser manifestações específicas de um grupo de pacientes submetidos a maiores fatores de ação local que favorecem o desenvolvimento de neoplasia, tais como tabagismo e o alcoolismo.

Nos indivíduos com alterações esofágicas a principal causa de morte foi infecciosa, em 43,57% dos casos. A inespecificidade dos achados morfológicos dificulta a relação clínico-morfológica. Em nossa amostra houve um predomínio de indivíduos com Aids nos

grupo de causa de morte infecciosa, que apresentam também maior prevalência de infecções oportunistas, causas comuns de esofagite.

### **ESTÔMAGO**

O grupo de indivíduos com alterações gástricas apresentou idade menor em relação ao grupo sem alterações. Muitas alterações podem ter sintomas tardios e pouco específicos, o contribui para o diagnóstico clínico em fases avançadas das alterações (KASSAB E LEME, 2003). Além disso, as alterações gástricas tendem a debilitar o indivíduo por afetarem sua capacidade de digestão alimentar, e conseqüentemente, o estado nutricional e a funcionalidade do sistema imunológico (GEVAERD et al, 2007). O conjunto destas alterações pode justificar a gravidade da doença e evolução rápida para o óbito, sendo essa uma possível causa da menor idade dos pacientes que apresentaram algum tipo de alteração do estômago.

As úlceras e a gastrite foram os processos patológicos mais freqüentes, sendo encontrados em 20 e 18,89% dos pacientes com alterações gástricas, respectivamente. As úlceras gástricas são consideradas uma das causas mais freqüentes de hemorragia gastrointestinal, sendo responsável por 300.000 internações por ano nos Estados Unidos, com taxa de mortalidade variando entre 5 e 10% (YAVORSKI et al, 1995; NG et al, 2008; BARKUN et al, 2009).

A gastrite é uma alteração freqüente podendo chegar a uma incidência de 90,8% em alguns estudos (CARRILHO et al, 2009). Estes dados demonstram uma semelhança entre os achado clínicos e anátomo-patológicos.

As neoplasias gástricas ocorreram em indivíduos com idade mais avançada, e os indivíduos adultos jovens apresentaram a hiperemia como diagnóstico mais freqüente. A

hiperemia é uma forma inicial de reação do organismo frente a lesões químicas, biológicas, e outras. Em muitos casos, pode ser o representativo morfológico de uma gastrite. Com a evolução, esses processos inflamatórios crônicos podem culminar com alterações crônicas, como a formação de úlceras e o desenvolvimento de alterações da diferenciação do epitélio gástrico, levando ao surgimento das neoplasias (KHAN E SHUKLA, 2006). Estes dados justificam as faixas etárias onde foram encontrados os processos citados, que podem representar uma fase inicial ou final de instalação da alteração gástrica.

Entre as causas de morte, as de origem infecciosa foram significativamente mais prevalentes no grupo com alterações gástricas. As alterações gástricas mais encontradas, como a gastrite e as úlceras, são consideradas inespecíficas e comuns em pacientes hospitalizados (REINTAM et al, 2009). Além disso, o fato do grande número de autópsias serem solicitada pela disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias justifica o desenvolvimento dessas alterações em associação com a causa de morte infecciosa, já que estes pacientes geralmente fazem uso de medicamento crônicos ou podem apresentar comprometimento direto de doenças oportunistas no estômago.

### **FÍGADO**

O grupo de indivíduos com alterações hepáticas apresentou idade menor. Entre as prováveis justificativas podemos citar a alta prevalência de hepatite na amostra, sendo que a hepatite B e a C são de transmissão sexual, e são encontradas em alta frequência em pacientes com Aids, freqüentes nesse estudo, assim como os usuários de droga. No entanto, não podemos estender nossas conclusões, pois mais informações, como os fatores responsáveis pela hepatite em nossa amostra não foram avaliados. Pode-se citar ainda os

efeitos do uso crônico de álcool sobre o fígado (SCHMIDT e DAWSON, 2000) e que este consumo vem aumentando principalmente em pacientes com idade mais baixa.

As alterações hepáticas mais prevalentes foram a congestão, a esteatose e a hepatite e as causas de morte infecciosas e cardiovasculares foram as mais prevalentes nestes indivíduos, podendo justificar tais alterações (NASCHITZ et al, 2000).

Os indivíduos de cor branca apresentaram frequência significativamente maior de alterações hepáticas do que os de cor não branca. Este achado está de acordo com a literatura. O perfil de mortalidade dos grupos raciais nos homens entre 40 e 69 anos de idade é diferente, predominando nos indivíduos não brancos as doenças cerebrovasculares, mais associadas à pobreza em períodos precoces da vida. Já nos indivíduos brancos predominam as doenças isquêmicas do coração associadas às doenças do fígado, acidentes e diabetes mellitus (CHOR E LIMA, 2005).

### Vesícula

A alteração vesicular mais freqüente foi a colelitíase, representando 8,87% dos casos avaliados. A colelitíase é uma das doenças mais comuns do trato digestório, e sua prevalência é variável de acordo com a localização geográfica e com o grupo populacional em estudo. Afeta de 10 a 25% de indivíduos americanos adultos e no Brasil de 9 a 15% da população (SOUSA et al, 2008). A colelitíase representa até 96% dos casos de colecistectomia, seguida por outras alterações como 1,3% de colecistite aguda, 2,3% de câncer da vesícula biliar e 0,1% de adenoma (TORRES et al, 2006).

Estudos em autópsias demonstram uma incidência de colelitíase em 10,3%, semelhante ao encontrado em nosso estudo (MANTOVANI, 2001).

A frequência de alterações vesiculares foi maior nos casos com causa de morte digestiva, estando de acordo com a forma de classificação das causas de morte utilizadas neste estudo.

### **PÂNCREAS**

A pancreatite foi a alteração pancreática mais frequente representando 11,42% dos casos. A pancreatite aguda é uma doença inflamatória causada pela digestão do parênquima pancreático por suas próprias enzimas, com envolvimento variável de tecidos peri-pancreáticos e de sistemas orgânicos distantes, tendo como principais causas a litíase biliar e a ingestão de álcool (TOOULI, et al, 2002). A incidência da pancreatite varia de 5,4 a 79,8 por 100.000 habitantes, dependendo da região e da população estudada (DIENER et al, 2004). Portanto, a frequência de pancreatite diagnosticada em autópsias é semelhante à encontrada em estudos clínicos.

Os casos com neoplasia pancreática apresentaram idade mais elevada, com média de  $65,7 \pm 11,2$  anos. O risco de desenvolver as neoplasias de pâncreas aumenta após os 50 anos de idade, principalmente na faixa entre 65 e 80 anos. Segundo a União Internacional Contra o Câncer, a incidência da doença aumenta com o avanço da idade, de 10/100.000 casos entre 40 e 50 anos para 116/100.000 entre 80 e 85 anos, dados semelhantes ao encontrado neste estudo.

Os casos com hemossiderose apresentaram idade menor, com média de  $22,5 \pm 3,54$  anos. As causas de morte nos dois pacientes que apresentaram hemossiderose pancreática foi a anemia falciforme, podendo justificar esta idade mais baixa (MARTINS et al, 1998).

O pâncreas esteve mais alterado no grupo com causa de morte digestivas.

### **INTESTINO DELGADO**

As lesões mais freqüentes foram as ulcerações, o sangramento e a enterite. As ulcerações e o sangramento são alterações inespecíficas podendo ocorrer principalmente nos processos inflamatórios. No delgado os processos inflamatórios podem ser específicos, ou seja, com agentes causadores determinados, como na tuberculose do íleo terminal, na infecção por Citomegalovírus e outras (SACKIER et al, 1992). Como podem ser causados por enterites inespecíficas cujo principal exemplo é a doença de Crohn (MADER et al, 2003).

A neoplasia e os divertículos foram significativamente mais freqüentes nos indivíduos de idade mais avançada. Em autópsias a incidência de divertículos do jejuno, varia de 0,06% a 1,3%, aumentando com a idade, e apresentando um pico na sexta e sétima décadas de vida, sendo 10 a 40% deles assintomáticos (CLEMENTE e DAVINI, 1995). Como, em geral, não apresentam manifestações clínicas por um longo período, dificilmente seu diagnóstico ocorre na ausência de complicações. No entanto, pacientes que apresentam divertículos de jejuno ou de íleo podem apresentar sintomas crônicos (MAZUCH et al, 1995; RAMOS, et al, 2005). Estes dados estão de acordo com nosso estudo, onde a maior porcentagem dos casos com divertículos apresentavam idade acima de 60 anos.

Em todas as faixas etárias, as neoplasias do intestino delgado são raras, correspondendo a cerca de 1% a 6% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal. Num período de cinco anos, estudos clínicos demonstraram que a idade dos pacientes com neoplasias do intestino delgado variara de 28 a 93 anos, com média de 52 anos. Nas neoplasias malignas a média da idade é de 59 anos, e nas benignas 48 anos. As neoplasias benignas são um pouco mais comuns do que as malignas, e ambas estão relacionadas a um

diagnóstico difícil, pois determinam queixas vagas e inespecíficas (MARTINS et al, 2001).

Em nosso estudo foi observado que em autópsias a frequência de neoplasias do intestino delgado é semelhante a encontrada em estudos clínicos.

### **INTESTINO GROSSO**

No intestino grosso a colite, o megacólon e os divertículos foram as alterações mais encontradas. Estes dados estão de acordo com os achados na prática clínica. A colite tem uma frequência alta, tendo causas específicas ou inespecíficas (BIONDO-SIMÕES et al, 2003; PANDOLFO et al, 2007; HOSSNE et al, 2007). A maior frequência de megacólon está relacionada ao fato dos indivíduos avaliados serem provenientes de uma área endêmica para doença de Chagas (SANTOS JÚNIOR, 2002).

A doença diverticular do cólon é consequência da herniação da mucosa do intestino grosso por entre as fibras musculares da parede intestinal. O diagnóstico, em sala de autópsia em 1925, era de 5,2 %. Em 1968, esse diagnóstico subiu para 36-45%. Na clínica a incidência da doença diverticular aumenta com a idade e raramente compromete pessoas abaixo dos 30 anos (SANTOS JR, 2001). Contudo, vale assinalar que as estimativas de frequência, na pessoa viva ou no exame *post mortem*, subestimam a realidade. No indivíduo vivo porque os exames de imagem somente são realizados em pessoas sintomáticas, e após o óbito porque os pequenos orifícios provocados pela doença diverticular podem não ser percebidos.

O maior número de alterações do intestino grosso ocorreu em indivíduos cuja causa do óbito foi infecciosa. Muitas das alterações encontradas foram relacionadas ao diagnóstico de doença de Chagas, o que justifica a associação com as doenças infecciosas,

já que os indivíduos foram provenientes de uma área endêmica para essa doença. Deve ser lembrado também das infecções oportunistas e do próprio acometimento do vírus da Aids nestes pacientes (MANZIONE e NADAL, 2005).

Portanto, as doenças mais prevalentes no trato digestório foram: a esofagite, a gastrite e as úlceras no estômago; a congestão e esteatose no fígado; a colelitíase, a pancreatite, o sangramento e a enterite no intestino delgado, e a colite e megacólon no intestino grosso. Características como a cor, a idade, o gênero e a causa de morte sofrem variações de acordo com cada órgão avaliado. Foi observada uma falta de uniformização entre os termos citados nas autópsias e os utilizados na prática clínica, dificultando a análise das doenças e comparação com os trabalhos da literatura que na maioria das vezes enfatizam alterações específicas em cada órgão, não fazendo uma abordagem geral aparentemente inédita como a descrita neste estudo. Mesmo com estas limitações, o estudo pode contribuir por descrever os principais processos patológicos no trato digestório de pacientes autopsiados, e ainda, por demonstrar a necessidade de maior interação entre clínicos e morfologistas, com a finalidade de padronização dos termos, e ainda, de uma melhor apresentação dos laudos de autópsia, de forma que a qualquer momento possam ser utilizados com a capacidade de elucidar não somente o processo, mas também suas causas.

A partir dos nossos achados propõem-se uma maior conscientização de todos os profissionais da área de saúde de forma a permitir, além da realização de um maior número de autópsias, uma homogeneidade nos termos utilizados, considerando a possibilidade do conhecimento dos achados morfológicos discordantes serem conhecidos em vida e o impacto destas ações na melhora da sobrevida do paciente.

## **Conclusão**

---

*ZAGO, A. F. R. Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados.  
Tese Mestrado, UFTM, 2009.*

As doenças mais prevalentes no trato digestório foram: a esofagite; a gastrite e as úlceras no estômago; a congestão e esteatose no fígado; a colelitíase; a pancreatite; o sangramento e a enterite no intestino delgado e a colite e megacólon no intestino grosso. Em relação a prevalência, o fígado foi mais alterado nos indivíduos de cor branca, o estômago e o cólon nos casos de causa de morte infecciosa, a vesícula biliar e o pâncreas nos casos com causa de morte digestiva. A idade foi menor nos casos com alterações hepáticas e maior nos casos com alteração no pâncreas, no intestino delgado e grosso.

## **Referências Bibliográficas**

---

*ZAGO, A. F. R. Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados. Tese Mestrado, UFTM, 2009.*

1. ANDREOLLO, N. A. et al. A laparoscopia no diagnóstico das doenças intra-abdominais. Análise de 168 casos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 1999; 45(1):34-8.
2. ARAKAWA, M.; MASUZAKI, T.; OKUDA U. Pathology of fundic varices of the stomach and rupture. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**. 2002;17:1064–1069.
3. BASAVARAJU K. P., WONG T. Eosinophilic oesophagitis: a common cause of dysphagia in young adults? **International Journal of Clinical Practice**. 2008 Jul;62(7):978-9.
4. BECKER, Idel - Nomenclatura biomédica no idioma português do Brasil. São Paulo, **Livraria Nobel**, 1968, p. 69-70.
5. BIONDO-SIMÕES, M. L. P. et al. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. 2003;23(3):172-182.
6. BRESALIER, R. S. Barrett's Esophagus and Esophageal Adenocarcinoma. **Annual Review of Medicine**. 2009;60:701–711.
7. BROWN, L. M.; DEVESA, S. S.; CHOW, W.H. Incidence of Adenocarcinoma of the Esophagus Among White Americans by Sex, Stage, and Age. **Journal of the National Cancer Institute**. 2008;100:1184–1187.
8. CARRILHO, C.; MODCOICAR, P.; CUNHA, L. et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection, chronic gastritis, and intestinal metaplasia in Mozambican dyspeptic patients. **Virchows Arch**. 2009 Feb;454(2):153-60.
9. CHARIOT, P. et al. Declining autopsy rate in a French hospital: Physicians' attitudes to the autopsy and use of autopsy material in research publications. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. 2000;124(5):739-45
10. CHEN M. Y. M., GELFAND D. W., OTT D. J. Reflux evaluation: correlation between pH results, esophagitis, esophageal dysmotility, patient age, and esophageal caliber. **Diseases of Esophagus**. 1999;12:303-305.
11. CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**. 2005 set-out; 21(5):1586-1594.
12. CLEMENTE, A.; DAVINI, M. D. Jejunal diverticulosis: report of a case and review of the literature. **Minerva Chir**. 1995 Maio;50(5):497-500.
13. COTRAN R. S. et al. Patologia estrutural e funcional. **Rio de Janeiro, Guanabara e Koogan**, 5ª edição, p. 672-742, 1994.

14. CREW, K. D.; NEUGUT, A. I. Epidemiology of upper gastrointestinal malignancies. **Seminars in Oncology**. 2004 Aug;31(4):450-64.
15. DACHS J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2002;7(4):641-657.
16. DAWSON, D.A. Alcohol consumption, alcohol dependence, and all-cause mortality. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. 2000 Jan;24(1):72-81.
17. DE ÁVILA, M. T. G. et al. La autópsia clínica: lãs posibles causa de su declinación y una propuesta multidisciplinaria. **Medicina Infantil**. 2003;X:121-5.
18. EL-ZIMAITY, H. M. T.; VERGHESE, V. J; RAMCHATESINGH, J. et al. The gastric cardia in gastro-oesophageal disease. **Journal of Clinical Pathology**. 2000;53:619–625.
19. GARDNER, E. et al. Anatomia, estudo regional do corpo humano. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988.
20. GEVAERD, S. R.; FABRE, M. E. S.; CARNEIRO, T. B. et al. Impacto da terapia nutricional enteral ambulatorial em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. 2008;23(1):41-5.
21. GOFFI F.S. et al. Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. São Paulo, **Atheneu**, 4ª edição. 2000;576-577.
22. GOLDSTEIN, J. L. et al. Ulcer recurrence in high-risk patients receiving nonsteroidal anti-inflammatory drugs plus low dose aspirin: results of a post hoc subanalysis. **Clinical Therapeutics**. 2004;26(10).
23. GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro, **Guanabara e Koogan**, 9º Edição. 1997.
24. HAGGITT R. C. Barrett's Esophagus, Dysplasia, and Adenocarcinoma. **Human Pathology**. 1994; 25(10):982-993.
25. HEADING R. C. Aim in the management of gastroesophageal reflux disease:a gastroenterologist's viewpoint. **Diseases of Esophagus**.1992;12:1-6.
26. **History of the Digestive System. Disponível em** <<http://www.foodmuseum.com/exguthistory.html>>. Acesso em 05/12/2008.
27. HOSSNE, R. S. et al. Colite por Citomegalovirus em Paciente Transplantada Renal - Relato de Caso e Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. 2007;27(2):214-218.

28. HULL M. J. et al. Resident physician opinions on autopsy importance and procurement. **Human Pathology**. 2007;38:342-350.
29. Instituto Nacional de Câncer Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa da Incidência de Câncer no Brasil. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>. Acesso em 10/02/2009.
30. JANG T. T., et al. Reflux esophagitis facilitates low Helicobacter pylori infection rate and gastric inflammation. **Journal of Gastroenterology**. 2002;17:839-843.
31. JANKOWSKI, J. A., et al. Molecular evolution of the metaplasia – dysplasia – adenocarcinoma esquence in the esophagus. **American Journal of Pathology**. 1999;154(4):965-973.
32. KAMIJI, M. M.; OLIVEIRA, R. B. O perfil dos portadores de doença de Chagas, com ênfase na forma digestiva, em hospital terciário de Ribeirão Preto, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2005 jul-ago;38(4):305-309.
33. KASSAB, P.; LEME, P. L. S. Epidemiologia do câncer gástrico. **Revista Associação Médica Brasileira**. 2003;49(3):225-43.
34. KERR-PONTES L. R. S. et al. Tuberculose associada à AIDS: situação de região do Nordeste brasileiro. **Revista Saúde Pública**. 1997;31(4):323-9.
35. KHAN, F.A.; SHUKLA, A.N. Pathogenesis and treatment of gastric carcinoma: "an up-date with brief review". **Journal of Cancer Research and Therapeutics**. 2006 Oct-Dec;2(4):196-9.
36. KOHN R. R. Cause of death in very old people. **JAMA**. 1982-Maio;247(20):2793-7.
37. LOPES, E. R. et al. Prevalência de megas em necrópsias realizadas no Triângulo Mineiro no período de 1954 a 1988. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 1989;22(4):211-5.
38. MADER A. M. A. A. et al. Adenocarcinoma de íleo terminal como complicação de Doença de Crohn. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. 2003;23(3):196-199.
39. MANTOVANI M. et al. Incidência de Colelitíase em Necropsias Realizadas em Hospital Universitário no Município de Campinas-SP. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. 2001Jul/Ago;28(3):259-262.
40. MANZIONE, C. R.; NADAL, S. R. Colonoscopia no Doente HIV-Positivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. 2005;25(3): 265-268.
41. MARK E. J. Who wants autopsies and who does not – lessons from the rise and fall of the autopsy over the past 100 years. **Histopathology**. 2002;41:197-200.

42. MARTINS, A. C. A. et al. Neoplasias do intestino delgado: experiência de cinco anos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. 2001 set/out; 28(5).
43. MAZUCH, J. Diverticulosis of the small intestine. [Bratisl Lek Listy](#). 1995;96(8):442-6.
44. MIZIARA L. J. et al. Aspectos Raciais dos “megas” e da cardiopatia na doença de Chagas crônica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 1978;XVI:1-3.
45. MORAES C. W. et al. Comparação entre os diagnósticos clínicos e os achados de necropsia: análise retrospectiva de 680 pacientes. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. 2006;42(6):461-467.
46. MOREIRA, C. P.; GONÇALVES, J. L.; ESTEVÃO, S. M. et al. Síndrome de Mallory-Weiss: revisão de 130 casos do Centro de Hemorragia Digestiva do Hospital do Andaraí. **Ars cvrandi**. 1988;21(7):123-6.
47. MOREIRA, D.R. Correlação anatomoclínica – Estudo sobre a contribuição da necropsia como método diagnóstico do Hospital das Clínicas da UFMG [Tese de Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
48. MARK, E. J. Who wants autopsies and who does not – lessons from the rise and fall of the autopsy over the past 100 years. **Histopathology**. 2002;41:197-200.
49. MOORE K.L., PERSAUD T.V.N. Embriologia Clínica. **Rio de Janeiro, Guanabara e Koogan**, 5ª edição. 1994;224-225.
50. NASCHITZ, J. E. et al. Heart diseases affecting the liver and liver diseases affecting the heart. **American Heart Journal**. 2000 July;140:111-120.
51. NG, F. H. et al. Management and outcome of peptic ulcers or erosions in patients receiving a combination of aspirin plus clopidogrel. **The American Journal of Gastroenterology**. 2008;43:679-686.
52. OLIVEIRA F. A. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2004 jan-fev;37:33-36.
53. OLIVEIRA, G. C.; LOPES, L. R.; ANDREOLLO, N. A. et al. O megaesôfago tratado cirurgicamente: perfil epidemiológico dos pacientes operados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas entre 1989 e 2005. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2008;41(2):183-188.
54. PANDOLFO, G. et al. Avaliação da Incidência e de Fatores de Risco para a Colite Isquêmica após Reparo de Aneurisma de Aorta Abdominal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. 2007;27(3):288-292.
55. PERES, L. C. Criação de banco de dados de necropsias pediátricas realizadas no Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

da Universidade de São Paulo no período de abril de 1993 a abril de 1999. Tese-Livre docência, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. São Paulo 2000.

56. REINTAM, A.; PARM, P.; KITUS, R. et al. Gastrointestinal symptoms in intensive care patients. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**. 2009 Mar;53(3):318-24.

57. REIS M. A. Causes of death in renal transplant recipients: a study of 102 autopsies from 1968 to 1991. **Journal of the Royal Society of Medicine**. 1995;88:24-27.

58. REZENDE J. M. Autópsia, autopsia, necrópsia, necropsia, necroscopia. Disponível em <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende>>. Atualizado 10/09/2004. Reproduzido no Livro Linguagem Médica, 3ª ed, AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda.

59. ROZEN, P.; LIPSHITZ, I., BARCHANA, M. The changing epidemiology of upper gastrointestinal cancers in Israel: clinical and screening implications. **European Journal Cancer Prevention**. 2009 Feb 3.

60. SACKIER, J. M. et al. Small bowel haemorrhage due to cytomegalovirus vasculitis. **Gut**. 1991 Nov;32(11):1419-20.

61. SANTOS, J. R. Doença diverticular dos cólons. Aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. 2001;21(3): 158-166.

62. SANTOS J. R. Megacólon - Parte II: Doença de Chagas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. 2002(4):266-277.

63. SARODE V.R. et al. Autopsy Findings and Clinical Diagnoses: A review of 1,000 Cases. **Human Pathology**. 1993;24(2):194-198.

64. SCHMIDT, W.; POPHAM, R.E. Heavy alcohol consumption and physical health problems: a review of the epidemiological evidence. **Drug and Alcohol Dependence**. 1975 Sep;1(1):27-50.

65. SOUSA, K. P. Q.; GUIMARAES, P. M. S. N. G. Fatores antropométricos, bioquímicos e dietéticos envolvidos na litíase biliar. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. 2008;19(3):261-270.

66. STANCIU C., BENNETT J. R. Oesophageal acid clearing: One factor in the production of reflux oesophagitis. **Gut**. 1974;15:852-857.

67. SUNG, J.J.; BARKUN, A.; KUIPERS, E.J. et al. Intravenous Esomeprazole for Prevention of Recurrent Peptic Ulcer Bleeding: A Randomized Trial.; for the Peptic Ulcer Bleed Study Group. **Annals of Internal Medicine**. 2009 Feb.

68. TOOULI, J.; BROOKE-SMITH, M.; BASSI, C. et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**. 2002;17:15–39.
69. WANG S.J., EMERY R., FULLER C.D., et al. Conditional survival in gastric cancer: a SEER database analysis. **Gastric Cancer**. 2007;10(3):153-8.
70. WILSON L. J., et al. Association of obesity with hiatal hernia and esophagitis. **The American Journal of Gastroenterology**. 1999;94(10):2840-2844.
71. WU, X.; Chen, V. W.; Andrews, P. A. et al. Incidence of esophageal and gastric cancers among Hispanics, non-Hispanic whites and non-Hispanic blacks in the United States: subsite and histology differences. **Cancer Causes Control**. 2007;18:585–593.
72. XIA, H. H. X.; TALLEY N. J. Helicobacter pylori Infection, Reflux Esophagitis, and Atrophic Gastritis: Na Unexplored Triangle. **The American Journal of Gastroenterology**. 1998;93(3):394-400 .
73. YAVORSKI, R.T.; WONG, R.K.; MAYDONOVITCH, C. et al. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. **The American Journal of Gastroenterology**. 1995;90:568-73.
74. YOU, W. C.; LI, J. Y.; ZHANG, L. et al. Etiology and prevention of gastric cancer: a population study in a high risk area of China. **Chinese Journal of Digestive Diseases**. 2005; 6:149–154.

## **Anexos**

---

*ZAGO, A. F. R. Prevalência das doenças do trato digestório em pacientes autopsiados.  
Tese Mestrado, UFTM, 2009.*

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)