

---

# RESUMOS TEMAS LIVRES APRESENTADOS



**20<sup>o</sup>** CONGRESSO DE  
**CIRURGIA**  
RIO DE JANEIRO

17 a 19/09/2020 | EVENTO VIRTUAL

O cirurgião geral de hoje

**20<sup>o</sup> CONGRESSO DE CIRURGIA DO RIO  
DE JANEIRO**

**Rio de Janeiro - RJ  
2020**

---

## Colégio Brasileiro de Cirurgiões

**Presidente**

TCBC Luiz Carlos von Bahten

**1º Vice-Presidente**

TCBC Pedro Eder Portari Filho

**2º Vice-Presidente**

TCBC Paulo Roberto Corsi

**Vice-Presidente do Núcleo Central**

TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

**2º Vice-Presidente do Núcleo Central**

TCBC Renato Abrantes Luna

**Vice-Presidente do Setor I**

TCBC Marcio Valle Cortez

**Vice-Presidente do Setor II**

TCBC Heládio Feitosa de Castro Filho

**Vice-Presidente do Setor III**

TCBC Jorge Pinho Filho

**Vice-Presidente do Setor IV**

TCBC Reni Cecília Lopes Moreira

**Vice-Presidente do Setor V**

TCBC Leonardo Emilio da Silva

**Vice-Presidente do Setor VI**

TCBC Flavio Daniel Saavedra Tomasich

**Secretária-Geral**

ECBC Elizabeth Gomes dos Santos

**1º Secretário**

TCBC Fernando Bráulio Ponde Leon P. de Castro

**2º Secretário**

TCBC Ricardo Breigeiron

**Tesoureiro-Geral**

TCBC Helio Machado Vieira Junior

**Tesoureiro-Adjunto**

TCBC Guilherme de Andrade Gagheggi Ravanini

**Diretor de Publicações**

TCBC Rodrigo Felipe Ramos

**Diretor de Comunicação e T.I.**

TCBC Dyego Sá Benevenuto

**Diretor de Defesa Profissional**

TCBC Roberto Saad Junior

**Ex-Presidente do Exercício Anterior**

ECBC Savino Gasparini Neto

**Colégio Brasileiro de Cirurgiões**

Rua Visconde de Silva, 52 - 3º andar  
Botafogo - CEP: 22271-092 - Rio de Janeiro - RJ  
CEP: 22271-092  
Tel.: +55 (21) 2138-0650  
E-mail: [cbc@cbc.org.br](mailto:cbc@cbc.org.br)  
[www.cbc.org.br](http://www.cbc.org.br)

## 20º Congresso de Cirurgia do Rio de Janeiro

**Presidente:** TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

### Comissão Organizadora

TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva (Presidente)  
TCBC Andre Maciel da Silva  
TCBC Carlos Augusto Martinez Marins  
TCBC Dyego Sa Benevenuto  
TCBC Flávio Duarte Sabino

TCBC Guilherme de Andrade Gagheggi Ravanini  
TCBC Heitor Marcio Gavião Santos  
TCBC Helio Machado Vieira Junior  
TCBC Pedro Eder Portari Filho  
TCBC Renato Abrantes Luna

### 3º Simpósio Rio Hérnia

#### Coordenadores:

TCBC Heitor Marcio Gavião Santos  
TCBC Marcio Barroso Cavaliere

TCBC Rodrigo Ferraz Galhego

### Simpósio Cirurgia Oncológica CBC / SBCO - RJ

**Coordenador:** TCBC Andre Maciel da Silva

### Comissão Temas Livres

**Coordenador:** TCBC Fabio Stiven Leonetti

TCBC Andre Maciel da Silva  
TCBC Antonio Claudio Ahouagi Cunha Filho  
TCBC Bruno Campos Rodrigues  
TCBC Bruno Gonçalves Rangel  
TCBC Carlos Augusto Martinez Marins  
ACBC Daniel de Jesus Soares Flores  
TCBC Dyego Sa Benevenuto  
TCBC Fabio Neves Ferreira  
TCBC Felipe Carvalho Victor  
TCBC Flávio Duarte Sabino  
TCBC Genaro Fahrholz Buonsante  
TCBC Gilvando Dias de Sousa Filho  
TCBC Guilherme de Andrade Gagheggi Ravanini  
AsCBC Hanna Vasconcelos Sena de Carvalho  
TCBC Heitor Marcio Gavião Santos

TCBC Helio Machado Vieira Junior  
TCBC Henrique Neubarth Phillips  
TCBC Luciana M. Guimaraes Meirelles  
TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva  
AsCBC Luiza Basilio Rodrigues  
TCBC Marcio Barroso Cavaliere  
TCBC Marco Antonio Correa Guimaraes Filho  
TCBC Marco Aurelio Lameirao Pinto  
TCBC Pedro Eder Portari Filho  
ACBC Rafael Massao da Silva Nagato  
TCBC Raphael Fernando Costa G. de Andrade  
TCBC Renato Abrantes Luna  
AsCBC Renato de Souza Cano  
TCBC Rodrigo Clébicar Leite  
ACBC Rodrigo Ferraz Galhego

## **Temas Livres Orais**

TL 3146

**APENDICECTOMIA VIDEOASSISTIDA EM PORTA ÚNICA TRANSUBILICAL UTILIZANDO DOIS TROCATERES - RELATO DE CASO**

Ricardo Sozo Vitor; Leticia Bastos Schröder.

*IRMANDADE SANTA CASA DE SÃO GABRIEL RS, SÃO GABRIEL - RS - BRASIL*

A introdução de uma técnica alternativa às apendicectomias convencional e laparoscópica constitui grande desafio, uma vez que não existe consenso de opinião a respeito da melhor via de acesso para o tratamento da apendicite aguda em todos os seus estágios de evolução. Inicialmente aplicada em crianças, a apendicectomia videoassistida transumbilical (AVATU), apoia-se no argumento lógico de combinar a simplicidade, rapidez e custo baixo da técnica convencional com a eficácia diagnóstica, o pós-operatório mais confortável e a menor morbidade do acesso laparoscópico. O objetivo deste trabalho é descrever uma apendicectomia videoassistida em porta única utilizando dois trocateres transumbilicais em paciente adulta. Paciente feminina, 32 anos chegou ao serviço de urgência e emergência referindo dor em fossa ilíca direita associada a náuseas e vômitos. A partir do exame físico associado ao laboratorial com leucocitose com desvio e exame de imagem compatível a paciente foi diagnosticada com apendicite aguda e encaminhada ao bloco cirúrgico. Após a realização de uma incisão transumbilical com cerca de 15mm, foi acomodado um trocater de 10mm na porção caudal da incisão e iniciou-se a insuflação da cavidade com CO<sub>2</sub>. Após a paciente foi colocada na posição de Trendelenburg com rotação de 30° para esquerda para melhor exposição do apêndice cecal. Após o inventário de cavidade e localização do apêndice cecal um segundo trocater com 5mm foi inserido na borda superior da cicatriz com a introdução de uma pinça de apreensão. Foi realizada a apreensão do apêndice pela sua extremidade distal e direcionado para a cicatriz umbilical. Assim interrompeu-se a insuflação de gás carbônico e promoveu-se o esvaziamento do pneumoperitônio, retirada do trocater de 10mm e exteriorização do apêndice cecal juntamente com a retirada do trocater de 5mm. Procedeu-se então, à apreensão do apêndice e este foi tratado de maneira convencional, com ligadura progressiva do seu meso utilizando seda 2.0 e oclusão da sua base por ligadura dupla utilizando-se vycriil 2.0. A invaginação do coto apendicular foi omitida. O ceco foi reintegrado à cavidade abdominal e procedeu-se a nova insuflação do abdômen para avaliação da integridade do ceco, do comprimento adequado do coto apendicular, revisão da hemostasia e aspiração de eventual conteúdo líquido residual dentro da cavidade. Conclui-se que essa técnica, combina a simplicidade, rapidez e custo baixo da técnica convencional com a eficácia diagnóstica, o pós-operatório mais confortável e a menor morbidade do acesso laparoscópico.

TL 3147

**A PREVALÊNCIA DE EMPATIA DENTRE OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

Ana Luisa Ervilha Sabioni; Flávio Vieira Marques Filho; Miguel Eduardo Guimarães Macedo.

*FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL*

Objetivo: Investigar a prevalência da empatia em alunos do 1º ao 8º período durante a graduação do curso de medicina em uma instituição de ensino superior médico da cidade de Juiz de Fora - MG; a análise contribui para a formação de um perfil de como se comporta a empatia médica na formação dos estudantes do nosso país, além de compreender o seu desenvolvimento e os fatores determinantes desse processo, para que assim se possa ter em mente o perfil do egresso. Método: Estudo descritivo transversal em que foram incluídos estudantes do 1º ao 8º período durante a graduação e excluídos aqueles com matrícula trancada ou de períodos superiores. A coleta de dados se deu por aplicação da Escala de Jefferson, composta por 20 perguntas, cada uma respondida em uma escala Likert de 7 pontos. Os escores possíveis variam de 20 a 140, sendo 140 o maior nível de empatia. O estudo foi realizado após a submissão e aprovação do CEP conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado com o parecer 3.024.936. Resultados: Foram aplicados de 370 formulários, sendo destes, 266 do sexo feminino e 104 do sexo masculino. A pesquisa em questão demonstrou que a média de pontuação varia de 124-118 entre os períodos com desvio padrão máximo de 12,6. Além disso, não foi evidenciado correlação entre os gêneros ( $p=0,03$ ) e não houve diferença significativa entre as idades, evidenciando que a mesma não foi critério influenciador na empatia. Conclusão: Nota-se que a empatia do curso de medicina da faculdade analisada permanece a mesma do primeiro ao oitavo período, não sendo observado o decréscimo como acreditava-se. Esse fato pode ser creditado, pois o questionário é baseado em autoavaliação, sendo assim, o estudante pode ter um impressão pouco verídica de seu comportamento.

TL 3153

**QUAL O PERÍODO MAIS INDICADO PARA CIRURGIA DE HÉRNIA UMBILICAL NA INFÂNCIA?**

Caique Tavares Ribeiro de Castro e Silva; Emmanuel Luther Valentim Leal; Felipe Marcio Ledo Cardoso; Angevaldo Goes Lima.

*UNIFASB, BARREIRAS - BA - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A indicação da abordagem cirúrgica de hérnias umbilicais em pacientes pediátricos ainda é controversa entre os profissionais, na atualidade. A hérnia umbilical em pacientes pediátricos é uma imperfeição congênita, sendo mais comum em crianças afrodescendentes. De acordo com a classificação da Associação Européia de Hérnia, considera-se como uma hérnia primária da linha média nas margens laterais das bainhas retas, em uma faixa 3 cm acima e abaixo do umbigo.

**OBJETIVO:** Partindo do questionamento de quando seria o período mais indicado para cirurgia de hérnia umbilical na infância, objetivamos avaliar se o período de realização da hernioplastia umbilical beneficiaria ou não os pacientes.

**METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão descritiva e qualitativa de literatura, sendo levantadas várias informações no que diz respeito à epidemiologia, influência do IMC na cirurgia, complicações da cirurgia, entre outros. Teve como amostra, os estudos realizados no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2019 (20 anos), abordando pacientes pediátricos que tiveram indicação ou que tivessem realizado herniorrafia/hernioplastia umbilical. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados utilizadas para as pesquisas que seguem: Scielo (Scientific Electronic Library Online), PubMed (US National Library of Medicine and National Institute of Health), Google Acadêmico e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Portal de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Além disso, utilizou-se da literatura cinzenta, nas bases de dados: REBEC (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos), NTIS (National Technical Information Service), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Open Grey.

**RESULTADOS:** Aplicados os critérios de elegibilidade, foram selecionados 6 artigos que se adequaram aos parâmetros estabelecidos. Os dados clínicos foram extraídos nos estudos eleitos, sendo compilados através de ficha clínica específica. Assim, foram avaliadas algumas variáveis como o perfil dos pacientes com hérnia umbilical, idade média da população, idade para a realização da cirurgia, influência do IMC e complicações da cirurgia de hérnia umbilical. Como síntese dos dados extraídos dos artigos consultados, observamos a maior tendência de surgimento da hérnia umbilical em pacientes pediátricos do sexo feminino sendo, a faixa etária entre 4 e 5 anos. Que, quando ocorrem, as principais complicações são as infecções locais e episódios de encarceramento e estrangulamento. Que os pacientes que não tiveram melhora espontânea da hérnia, entre 4 e 7 anos (idade quando mais ocorreu a correção) foram os principais beneficiados pela cirurgia.

**CONCLUSÃO:** Apesar do pequeno número de trabalhos e amostra reduzida, podemos observar que o período mais indicado é quando o paciente se apresenta acima dos 5 anos de idade, principalmente quando apresenta complicações da hérnia umbilical.

TL 3154

**INDICAÇÕES DE NEFRECTOMIA NA NEFROLITÍASE**

João Pedro Araújo Marques Porto de Carvalho; Gabrielle Souza Ferraz; Karoline Carvalho Figueiredo; Angevaldo Goes Lima.

*UNIFASB, BARREIRAS - BA - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A nefrolitíase é uma perturbação do trato urinário e ocorre em razão do crescimento e agregação de cristais em uma forma sólida, sendo denominados cálculos urinários. A escolha terapêutica ideal depende da associação de fatores locais, tamanho, sintomas e circunstâncias individuais do paciente. A nefrectomia é a técnica cirúrgica para o tratamento da litíase renal em casos específicos, sendo reservada para casos mais graves ou quando os métodos convencionais não podem ser realizados ou restaram falhos.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é elencar as indicações de nefrectomia nos pacientes com litíase renal, a fim de observar a técnica empregada, convencional ou laparoscópica, já que esse procedimento é utilizado como último recurso.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura publicada nos anos de 2009 a 2019, das bases de dados LILACS, PubMed, SciELO, Google Acadêmico e também fontes de dados não publicados, em andamento e literatura cinzenta.

**RESULTADOS:** A revisão identificou 3 (três) estudos aprovados por meio dos critérios de inclusão e ficha de elegibilidade. A nefrectomia por complicações da urolitíase foi realizada a partir das técnicas laparoscópica ou convencional (aberta). As principais indicações incluíram unidades renais com má função associadas à dor crônica, infecções recorrentes associada, cálculos complexos como o coraliforme, entre outras.

**CONCLUSÕES:** A partir do presente estudo, evidencia-se que a nefrectomia para tratamento da nefrolitíase está reservada para casos graves ou quando os métodos convencionais não possam ser realizados ou foram falhos. As principais indicações de nefrectomia para litíase renal englobam casos de unidades renais com má função associadas à dor crônica, infecções recorrentes associada, formação de abscessos, resultado de lesões renais irreversíveis, cálculos complexos como o coraliforme. As técnicas usadas foram a nefrectomia laparoscópica ou convencional (aberta). A nefrectomia para nefrolitíase tornou-se rara com as tecnologias atuais e menos invasivas, portanto, não foram encontrados dados suficientes para se concluir sobre as indicações de nefrectomia na nefrolitíase, bem como as diferenças específicas no uso de técnicas convencionais ou por via laparoscópica.

TL 3155

**RETORNO ÀS ATIVIDADES APÓS HERNIORRAFIA INGUINAL: A TÉCNICA INFLUENCIA?**

Mariana Rockenbach Barbosa; Murilo Henrique Oliveira Rios; Angevaldo Goes Lima.

*UNIFASB, BARREIRAS - BA - BRASIL*

Objetivo: Expor o período médio de retorno ao trabalho laboral, às atividades físicas e habituais, mediante as diferentes técnicas cirúrgicas de correção da hérnia inguinal. Método: Consiste num estudo quantitativo e qualitativo, do tipo revisão integrativa da literatura. O trabalho englobou artigos disponíveis nas bases de dados regulados SCIELO, BVS, Google Acadêmico e ampliou a busca para a Literatura Cinzenta, como Open Grey, National Technical Information Service, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, Library Genesis, Internet Archive e Referências de referências. A estratégia envolveu os descritores: "Hernioplastia inguinal" e "Retorno às atividades" ou "Retorno ao trabalho" ou "Atividade física", e considerou os trabalhos escritos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, publicadas até o ano de 2019. Resultados: Com a aplicação dos filtros foram identificados 106 trabalhos, e após análise dos critérios de inclusão e exclusão apenas 1 artigo foi selecionado para extração de dados. Desse estudo, obteve-se uma amostra de 263 pacientes, que apresentaram diferença no tempo médio de retorno às atividades após comparação de procedimentos abertos com ou sem o uso da tela. Porém, não há registros que associam o período de regresso às atividades ao uso da técnica videolaparoscópica. Conclusões: Pela escassez de artigos e amostras, não foi possível definir o tempo médio de retorno às atividades após as diferentes técnicas de hernioplastia inguinal.

TL 3156

**VANTAGENS E DESVANTAGENS DA APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: UMA REVISÃO LITERÁRIA**

Henrique Lima Martins; Jorge Luiz Furtado de Sá Filho; Isadora Maria Martins; Angevaldo Goes Lima; Moacir Alves da Silva Junior; Vinicius Pereira Matos; Amanda Kelen Silva Martins.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS - UNIFASB, BARREIRAS - BA - BRASIL*

A apendicite aguda (AA) é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico e a apendicectomia configura-se como o tratamento padrão-ouro dessa afecção. A extirpação cirúrgica do apêndice possui duas modalidades estabelecidas, a apendicectomia convencional aberta (AC) e a videolaparoscópica (VL). O objetivo geral deste trabalho consiste em levantar dados que comparem a técnica videolaparoscópica na apendicectomia em detrimento da apendicectomia convencional aberta, para auxiliar no momento de decisão de qual modalidade deverá ser escolhida no tratamento da apendicite aguda. Estudo de caráter narrativo de uma revisão simples de literatura, composto por estudos do tipo ensaios clínicos, randomizados ou não, revisões sistemáticas e metanálises, realizadas entre janeiro de 2014 e dezembro de 2019. Foram identificados 08 (oito) estudos aprovados por ficha de elegibilidade e seus dados foram extraídos por ficha clínica pré-elaborada e compilados em forma de tabelas e gráficos. A faixa de idade prevalente em ambas as técnicas foi de 19-45 anos. No grupo do sexo masculino houve preferência pela abordagem convencional, já no feminino predominou a videolaparoscópica. Contudo, em ambas as abordagens houve prevalência de indivíduos do sexo masculino. Houve maior tempo operatório na laparoscopia, menor tempo de estadia e menor taxa de complicações pós-operatórias de uma forma geral sendo 39,7% para convencional e 31,3% para a laparoscópica. As dificuldades técnicas foram apontadas como a principal causa de conversão da modalidade laparoscópica para a convencional representando 84,6% das conversões. A técnica aberta obteve menores taxas de abscessos intra-abdominais, porém houve maior ocorrência de infecção do sítio cirúrgico. Essa revisão demonstrou que a apendicectomia laparoscópica se estabelece como o tratamento preferível para a apendicite aguda. Foram observadas vantagens como: menor estadia, menor taxa de infecção e evidências da possibilidade do seu uso em todas as faixas etárias, sem aumento das complicações. Suas limitações ficam a cargo do maior tempo operatório e do seu custo. A principal complicação associada a videolaparoscopia é o abscesso intra-abdominal, contudo as taxas muito pequenas não se configuram como um impeditivo a seu uso.

TL 3157

**AVALIANDO AS COMPLICAÇÕES DA POSTECTOMIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA**

Moacir Alves da Silva Junior; Pedro Vinícius Fernandes da Silva; Angevaldo Goes Lima; Henrique Lima Martins; Vinicius Pereira Matos; Amanda Kelen Silva Martins.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS, BARREIRAS - BA - BRASIL*

A ressecção cirúrgica do prepúcio é tratamento indicado para fimose, sendo denominada postectomia ou circuncisão. O objetivo deste estudo é elencar as complicações da postectomia nos pacientes com fimose, a fim de comparar os resultados das técnicas empregadas: postectomia clássica – PC ou por dispositivo Plastibell – PB, com o fito de auxiliar o cirurgião no momento de decisão sobre qual modalidade de intervenção escolher. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura publicada nos anos de 2009 a 2019, nas bases de dados LILACS, PubMed, SciELO, Google Acadêmico e também em fontes de dados da literatura cinzenta. A revisão identificou 13 (treze) estudos aprovados por meio dos critérios de inclusão e ficha de elegibilidade, com posterior extração dos dados por meio de ficha clínica pré-elaborada e apresentação em tabelas e gráficos. As postectomias foram realizadas a partir das técnicas de PC e via PB. A faixa de idade dos participantes dos estudos variou entre 0 e 12 anos de idade. De maneira geral, essa revisão encontrou dados suficientes que especificam as indicações da postectomia entre as diferentes modalidades de interesse. Posto isso, observou-se que a PC apresentou taxas de complicações superiores ao PB (19,14% versus 15,13%; 13 estudos; 6128 participantes). O PB se relaciona com maiores taxas de sangramento em relação à PC (3,24% versus 2,95%; 13 estudos; 6128 participantes), mas o tempo de intervenção cirúrgica é consideravelmente menor (4,1min versus 13,4min; 5 estudos; 1330 participantes), com melhor cicatrização. A PC, por outro lado, conta com maiores taxas de infecção em relação ao PB (3,36% versus 1,86%; 13 estudos; 6128 participantes) contudo causa menos dor no período pós-operatório, além de melhor resultado estético. Em última análise, essa revisão demonstrou que, acerca da proposta de indicação entre as duas intervenções, tendo em vista variáveis clínicas da fimose, estágio de desenvolvimento do pênis da criança, vascularização, bem como a habilidade do cirurgião, o PB está melhor indicado em faixas etárias inferiores aos cinco anos de idade, ao passo que o PC demonstra vantagem em idades superiores aos cinco anos de idade.

TL 3159

**RELAÇÃO DO SHOCK INDEX E LESÕES ANATÔMICAS ENCONTRADAS EM PACIENTE VÍTIMAS DE TRAUMA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA, EM SALVADOR – BA.**

Matheus Pithon Teixeira Machado de Santana<sup>1</sup>; Ana Celia Diniz C. Barbosa Romeo<sup>2</sup>.

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL  
2. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL

Objetivo: Descrever e analisar os variados valores do Shock Index (SI) para as diferentes lesões anatômicas em pacientes traumatizados e seu impacto sobre os desfechos clínicos. Métodos: Estudo de coorte retrospectivo observacional realizada pela revisão de prontuários de pacientes vítimas de trauma de janeiro a dezembro de 2017 com pacientes do Hospital do Subúrbio vítimas de trauma com Shock Index > 0,9 no momento da avaliação inicial. Os pacientes foram divididos em dois grupos com base no SI (maior que 1,2 vs entre 0,9 e 1,2) e comparados em relação às variáveis coletadas. As proporções das variáveis categóricas foram expressas em porcentagens e risco relativo (RR) e comparadas entre pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Variáveis contínuas foram descritas como médias ou medianas e comparadas utilizando-se o teste t de Student ou Mann-Whitney. Significância estatística foi considerada quando p foi < 0,05. Os preditores clínicos de SI elevado foram trauma penetrante (p=0,002); menor pontuação na escala de coma glasgow (p=0,002); motivo do trauma (p=0,009), maior pontuação no ISS (p=0,008). O sítio da lesão primária se associou com SI > 1,2 (p=0,002), de modo que lesões abdominais e em tórax condicionaram risco cerca de 2 vezes maior para SI > 1,2. A presença de lesões secundárias (p=0,012) e terciárias (p=0,015) também se associaram com maior SI na avaliação inicial. Houve maior incidência de cirurgia (94,3% vs 79,6%; RR= 1,19; p=0,016) e morte intra-hospitalar (41,5% vs 12,9%; RR=3,21; p<0,001). Não se observou maior necessidade de internamento em UTI (p=0,753) bem como prolongamento no internamento (p=0,139). Conclusão: Observou-se uma associação entre o sítio da lesão primária e presença de SI elevado.

TL 3160

**UM MÉTODO RACIONAL PARA A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA**

Eric Slawka<sup>1</sup>; Mário Novais<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, SÃO PAULO - SP - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Objetivo: Motivado pela criação de um método de escolha racional e simplificado, o artigo propõe a adaptação e a validação de um padrão de teste americano, devidamente corrigido para o cenário brasileiro. Com isso, busca-se mitigar as dúvidas e os questionamentos que circundam a definição da especialidade médica. Introdução: Estudos indicam a existência da medicina há milhares de anos, presente desde civilizações antigas. Com a progressão histórica natural, houve a divisão desse saber em diversas especialidade e áreas de atuação variadas. Apesar de interessante para os avanços médicos, criou-se também uma nova dificuldade: a escolha da especialidade a ser seguida por médicos. Com isso, diversos métodos racionais para auxílio à escolha da especialidade foram criados, à semelhança do apresentado no presente artigo. Método: A adaptação do estudo americano é marcada por uma série de 17 (dezesete) perguntas, para as quais o candidato deve conferir uma nota de 0 (zero) a 10 (dez). As graduações conferidas são comparadas individualmente com notas pré-definidas a partir dos mesmos questionamentos, respondidos por especialistas de cada uma das áreas pesquisadas. O módulo das respectivas diferenças é então somado e calcula-se o percentual de probabilidade, aproximando ou afastando o candidato de determinada especialidade. Ao final, é retornado um ranking em ordem decrescente de probabilidade das especialidades para as quais o candidato apresenta maior aptidão. Resultados: As notas estipuladas por meio de pesquisa com os especialistas de cada área são devidamente apresentadas em planilhas. Somente foram contempladas as especialidades constantes na pesquisa original e que, portanto, puderam tornar possíveis as comparações. Discussão: O resultado demonstrado é interessante para avaliar como os próprios médicos avaliam suas respectivas especialidades de escolha. Norteados por isso, conseguimos uma espécie de compilado da especialidade, facilitando o seu entendimento e posterior comparação e análise. Conclusão: O teste proposto não tem o potencial de garantir a escolha mais assertiva possível, mas permite ao candidato comparar sistematicamente as suas características pessoais com as de distintas especialidades médicas. Portanto, caracteriza um método simples e racional, facilitando o ato da escolha. O teste é disponibilizado em: <https://widocor.com.br/teste-vocacional/>

TL 3166

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM HÉRNIA VENTRAL TRAUMÁTICA: RELATO DE CASOS E REVISÃO DA LITERATURA;**

Victor Rivera Duran Barretto; Matheus Campos Ribeiro de Souza; Leonardo Araújo Carneiro da Cunha.

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL

Introdução: As hérnias ventrais traumáticas são extremamente incomuns com pouquíssimos casos descritos na literatura, assim surge a necessidade de relatar casos do tipo. A maioria ocorre por traumas contusos. Representam 1% dos traumas contusos e 86% são lombares. Relato de caso: S.B.J, feminino, 49 anos, IMC: 27,1 kg/m<sup>2</sup>, ASA 2, admitida no serviço de parede abdominal com hérnia de flanco direito há 7 meses, TC constatou anel de 11.3 cm, volumosa, com perda de domicílio. O mecanismo do trauma foi trauma contuso após acidente de auto. A.L.S, masculino, 32 anos, IMC: 24,9 kg/m<sup>2</sup>, ASA I, apresentava hérnia traumática birrecidivada, em região de flanco direito, devido acidente de moto. TC mostrava defeito de 8,8 cm com evolução de 36 meses. Foi submetido a correção com técnica de separação de componentes posterior (TAR), reforço com tela polipropileno. Obteve alta no 4 DPO, sem intercorrências. Encontra-se no X mês, sem recidivas. R.S, feminino, 40 anos, IMC: 26,2 kg/m<sup>2</sup>, ASA I com hérnia traumática recidivada em região de flanco/lombar esquerda, devido trauma contuso em acidente de carro. TC evidenciava anel herniário de 9 cm, com evolução de 24 meses. Corrigido por técnica híbrida, fechamento do defeito e redução do conteúdo por vídeo e complementado por correção aberta com tela retromuscular. Encontra-se no 18 mês, sem recidiva no período. Discussão: Os três pacientes recebidos foram com hérnias em flanco, apesar de serem mais comuns na região lombar, sendo as três vítimas de trauma contuso em concordância com a prevalência na literatura. As etiologias mais encontradas de hérnia nessa região segundo Bender et al, 2008 são incisional, traumática ou congênita. O manejo pré-operatório dos pacientes é o mesmo que para hérnias ventrais segundo Liang MK, et al 2017 e inclui tomografia abdominal e pélvica. Como técnica de reparo foi sugerido que a técnica laparoscópica está associada com menor risco de infecção, dor, morbidade e recorrência em comparação com a técnica aberta, de acordo com Edward C. et al, 2009, no entanto apresentam maior risco de lesão visceral por mobilização do cólon. Enquanto, não há um consenso para a técnica cirúrgica, o uso de tela é unânime na literatura D. J. Zhoun et al, 2017, porém não há consenso do tipo de tela ideal com relatos de uso de telas sintéticas e biológicas. O posicionamento onlay, sublay e underlay foi descrito na literatura sem chegar a um consenso. As técnicas onlay e sublay usam uma abordagem cirúrgica aberta, enquanto a técnica underlay pode ser realizada aberta ou laparoscopicamente. A literatura apresentou associação entre a deambulação precoce, e um menor tempo de internação, além de menor complicações locais pós operatórias. A taxa média de recorrência foi de 7,4% e a média ponderada de dor crônica pós-cirúrgica de 11% D.J. Zhoun et al, 2017.

TL 3178

**AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS LABORATORIAIS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

Allan Galanti Zarpelon<sup>1</sup>; Marcelo Dahle de Mello<sup>1</sup>; Ana Laura Schumacher<sup>2</sup>; Juan Felipe Martins Filgueiras<sup>1</sup>; Andre Vitor Souza e Silva<sup>1</sup>; Rodrigo Strobel<sup>1</sup>; Luiz Henrique Furlan<sup>1</sup>; Carolina Gomes Goncalves<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL

2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**OBJETIVO:** O objetivo do estudo consiste em descrever a influência da cirurgia bariátrica pela técnica de bypass gástrico em Y-de-Roux no estado nutricional e metabólico de pacientes com tempo de pós-operatório a longo prazo, avaliando parâmetros laboratoriais. O objetivo do estudo consiste em descrever a influência da cirurgia bariátrica pela técnica de bypass gástrico em Y-de-Roux no estado nutricional e metabólico de pacientes com tempo de pós-operatório a longo prazo, avaliando parâmetros laboratoriais.

**MÉTODO:** O artigo aborda um estudo retrospectivo, observacional e descritivo. Os dados foram obtidos a partir de análise de prontuários médicos de pacientes de uma clínica de obesidade em Hospital privado de Curitiba entre julho de 2018 e julho de 2019 cujo tempo de pós-operatório variasse de 2 anos e 10 meses até 4 anos incompletos. Foram analisados e selecionados 214 prontuários após aplicar os critérios de inclusão e exclusão. Foram coletadas e avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, níveis séricos pré e pós-operatório de ácido fólico, PTH, TSH e zinco. Na análise estatística, foi utilizado o programa Microsoft Excel.

**RESULTADOS:** Neste estudo foram avaliados 214 pacientes (156 mulheres e 58 homens), cuja idade variou entre 18 anos e 63 anos, com média de idade de  $40,4 \pm 1,5$  para os homens e  $37,1 \pm 0,8$  para as mulheres. Os valores de ácido fólico apresentaram uma leve tendência de redução se comparados os períodos pré e pós-operatório, porém sem significância estatística ( $p = 0,540$ ). A média dos valores no pré foi de  $12,4 \pm 25,7$ , enquanto no pós foi de  $12,2 \pm 16,5$ . Além disso, foi verificada deficiência de ácido fólico em 8% (17) dos pacientes no pós-operatório. Os valores médios de PTH apresentaram um discreto aumento no pós-operatório, porém sem significância estatística ( $p = 0,101$ ). A média no pré-operatório foi de  $44,6 \pm 20,6$ , passando para  $49, 8 \pm 32$  no pós. Ainda, foi visto que após a cirurgia, 33% (70) dos pacientes apresentavam valores de PTH acima dos valores de referência. Os valores médios de TSH diminuíram no pós-operatório ( $2,24 \pm 1,25$ ) quando comparado com os valores de pré-operatório ( $2,53 \pm 1,5$ ) com significância estatística ( $p < 0,001$ ). Apenas 6% (14) dos pacientes apresentavam-se acima dos valores de referência no pós-operatório. Quanto aos valores de zinco, houve queda significativa ( $p = 0,016$ ) em seus níveis médios, que variaram de  $98,5 \pm 49,2$  antes da cirurgia para  $93,1 \pm 44,7$  após o procedimento.

**CONCLUSÃO:** Observou-se uma redução nos valores de ácido fólico, TSH e zinco no pós-operatório, apenas os 2 últimos com relevância estatística. Os valores de PTH apresentaram discreto aumento em seus parâmetros, porém sem significância. Isso demonstra a importância e o impacto que o acompanhamento especializado tem no tratamento de deficiências nutricionais e metabólicas. Sugere-se acompanhamento laboratorial regular a longo prazo visto que deficiências podem ocorrer em um tempo maior do que o delineado.

TL 3183

**ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS LESÕES DE NERVO LARÍNGEO RECORRENTE EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO DE BÓCIO MERGULHANTE**

Rossano Kepler Alvim Fiorelli; Aline de Quadros Teixeira; Thiago Scharth Montenegro; Pedro Eder Portari Filho; Maria Ribeiro Santos Morard; Agostinho Manuel Silva Ascensão; Pietro Novellino; Philippe Scharth Montenegro.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

O aumento da tireoide, conhecido como bócio, acomete aproximadamente 5% da população mundial. O conceito de bócio mergulhante não está completamente estabelecido, e existem critérios variados na literatura que tentam definir este termo. A cirurgia de tireoide é mandatória nos casos de bócio mergulhante e no processo de ressecção, existe a possibilidade de provocar um dano iatrogênico a estruturas adjacentes. O conhecimento da anatomia e dos aspectos de desenvolvimento do nervo laríngeo recorrente (NLR) e das estruturas cervicais como tireoide, paratireoide e suas respectivas inervações e suprimento nervoso é essencial neste contexto. **Objetivo:** Discutir a anatomia e os aspectos no desenvolvimento embriogênico do NLR nas ressecções cirúrgicas de bócio mergulhante, baseado na análise de 239 pacientes submetidos a tireoidectomia por bócio retrosternal. **Métodos:** Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo para analisar o tratamento cirúrgico e seus resultados em pacientes que apresentam bócio mergulhante de tireoide. A coleta de dados foi realizada de maneira retrospectiva nos prontuários médicos de pacientes do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). Foi feita uma análise estatística dos dados utilizando o método de qui-quadrado, avaliando a associação de entre variáveis demográficas, fatores de risco e a incidência de sequelas após a realização das tireoidectomias. **Resultados:** Dos 239 pacientes avaliados, 83,65% eram mulheres, 56,4% eram Afro-descendentes e a média de idade foi de 50,8 anos com desvio padrão de 14,83 anos. Do total, 222 pacientes eram sintomáticos no período pré operatório. A média do tempo cirúrgico foi de 1h51minutos. No per e pós operatório a complicação mais comum foi disfonia, ocorrendo em 38 (15,8%) dos pacientes. Não houve significância estatística ( $p > 0,05$ ) entre a associação de variáveis demográficas, malignidade ou peculiaridades morfológicas com a incidência de complicações tardias. **Conclusões:** As queixas vocais mantidas pós-tireoidectomias são frequentes, presentes nesta causística mesmo em pacientes sem alterações videolaringoscópicas da mobilidade laríngea. Danos axonais crônicos dos nervos laríngeos são frequentes em pacientes tireoidectomizados, e tais alterações não se associam com a queixa vocal, peso e/ou tamanho da glândula, técnica cirúrgica realizada ou malignidade presente. O conhecimento de marcos anatômicos e aspectos morfológicos da tireoide e as suas estruturas adjacentes pode ser considerado uma variável subjetiva que poderia explicar uma redução na incidência de injúrias iatrogênicas além da redução do tempo de cirurgia, porém essas conclusões devem ser analisadas e confirmadas em estudos futuros.

TL 3200

**COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS PRECOSES NO TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO**

Bianca da Silva Steffany; Bruno Angelo da Silva; Luiz Fernando Fontella Souza; Angevaldo Goes Lima.

*UNIFASB, BARREIRAS - BA - BRASIL*

Objetivo – Descrever a incidência de complicações pós-operatórias precoces no transplante hepático pediátrico, bem como os fatores predisponentes e a relação das complicações com o tipo de doador do enxerto, sendo ele vivo ou cadavérico. Métodos – Foi feita uma revisão narrativa de literatura, com busca sumária de evidências e caráter descritivo e qualitativo. População de pacientes pediátricos submetidos a transplante hepático. Amostra composta por estudos do tipo ensaio clínico, randomizados ou não, revisões sistemáticas e meta-análises, realizadas entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019, tendo como desfecho o surgimento de complicações precoces. Resultados – Foi identificada maior incidência de complicações vasculares (31,1%), seguida por complicações infecciosas (29,2%), biliares (28,6%) e outras (11,1%). A indicação de transplante mais relatada foi de etiologia congênita. Já o tipo de doador mais relacionado é o cadavérico. Conclusão - Dada a importância do assunto e o público-alvo envolvido, faz-se relevante e necessária a realização de novos estudos para melhor compreensão dos riscos envolvidos no referente procedimento e planejamento para que, assim, seja possível evitar com maior eficácia a ocorrência de complicações pós-operatórias.

TL 3202

**EFICÁCIA E SEGURANÇA DA PONTE DE TIROFIBAN COMO ALTERNATIVA À SUSPENSÃO DA TERAPIA ANTIPLAQUETÁRIA DUPLA (DAPT) EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Lorrane Vieira Siqueira Riscado<sup>1</sup>; João Henrique Sendrete de Pinho<sup>1</sup>; Armando de Carvalho Lobato<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF), JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

2. INSTITUTO DE CIRURGIA VASCULAR & ENDOVASCULAR DE SÃO PAULO (ICVE-SP), SÃO PAULO - SP - BRASIL

Objetivo: Avaliar a eficácia e a segurança da ponte de tirofiban nos pacientes com alto risco de trombose de stent (TS) e alto risco de sangramento em que o uso de terapia antiplaquetária dupla (DAPT) deve ser suspenso para realização de cirurgia. Método: Realizamos uma pesquisa eletrônica no PubMed, Cochrane, Lilacs e Scielo com os descritores “brigde”, “tirofiban” e “surgery” e pesquisa manual em referências de artigos relevantes. Incluímos estudos observacionais e relatos de caso que avaliaram a eficácia da ponte de tirofiban nos pacientes submetidos à cirurgia em até 12 meses após intervenção coronária percutânea (ICP) em uso de DAPT que devesse ser suspensa devido ao alto risco de sangramento. Excluímos artigos de revisão, de opinião de especialista, duplicados e não publicados oficialmente. A qualidade metodológica foi analisada pela técnica de Delphi modificada. Os estudos que atingiram 50% dos critérios foram agrupados em tabelas para extração de dados. Os desfechos primário e secundário consistiram nas razões das chances de ocorrerem, respectivamente, evento isquêmico adverso (EIA) e evento hemorrágico (EH) no grupo submetido à ponte de tirofiban e no grupo controle. A segurança dos resultados e sua significância foram calculadas por meio do intervalo de confiança de 95% (IC 95%) para o odds ratio e o nível descritivo por meio do teste qui-quadrado com a fórmula corrigida de Yates. Resultados: Dos 30 artigos identificados, 24 foram baixados e triados. Desses 24 estudos, 8 foram avaliados para elegibilidade e 5 foram incluídos na revisão após análise da qualidade metodológica, com média, entre eles, de 77,8% de critérios positivos. Dos 5 artigos, todos eram observacionais, sendo 3 retrospectivos e 2 prospectivos; 1 deles possuía grupo controle. O menor tempo entre ICP e cirurgia nos estudos foi a média de  $7,2 \pm 3,2$  dias, enquanto o maior valor apresentado foi a mediana de 6 (3 - 8) meses. Morte e infarto do miocárdio (IM) foram incluídos na definição do desfecho primário em todos os estudos e TS apenas em dois. Entre os desfechos secundários, EH e sangramentos foram incluídos em quatro estudos. Dentre os 422 pacientes incluídos, o grupo submetido à ponte (n = 195) apresentou 0 mortes, 2 IM, 1 TS e 13 sangramentos. O grupo controle (n = 227) apresentou 6 mortes, 12 IM, 3 TS e 36 sangramentos. A razão das chances para EIA e para EH entre o grupo submetido à ponte e o controle foi de 0,153 [IC 95% (0,045 - 0,522)] e 0,379 [IC 95% (0,195 - 0,738)], respectivamente. O nível descritivo para EIA e para EH entre os grupos foi p = 0,002 e p = 0,01, respectivamente. Conclusão: As evidências analisadas indicam que a ponte de tirofiban reduz EIA sem interferir no risco de EH. É, portanto, uma estratégia eficaz e segura que deve ser considerada em pacientes com alto risco de TS e alto risco de sangramento que necessitam suspender a DAPT no perioperatório. Todavia, são necessários ensaios clínicos randomizados maiores para evidências mais robustas.

TL 3205

**QUAIS AS COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES NO TRANSPLANTE HEPÁTICO?**

Karine Silveira Oliveira; Lawren Wirginia Pereira Dantas; Yasmin Brandão Santos; Angevaldo Goes Lima.

*FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS, BARREIRAS - BA - BRASIL*

**RESUMO:** Objetivo: Demonstrar quais as complicações mais frequentes do transplante hepático. Método: Trata-se de uma revisão bibliográfica com artigos publicados entre o período de janeiro de 2005 a dezembro de 2019. Os artigos foram selecionados através de uma ficha de elegibilidade. A amostra é composta por estudos do tipo ensaio clínicos, randomizados ou não, revisões sistemáticas e metanálises, tendo um total de 632 pacientes. Os dados foram coletados através de uma ficha de dados clínicos e tabulados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2007, transcritos em forma de tabelas e transformados em gráficos para melhor visualização dos dados. Resultados: Para o transplante, o sexo masculino foi o mais prevalente com 68,2% e idade média de 50 anos. Foram realizados 604 transplantes e 28 retransplantes, sendo 103 doador vivo e 374 doadores cadavéricos. Com relação a etiologia de base para o transplante, houveram 15 etiologias que foram enumeradas de acordo com o grau de aparecimento. No entanto, as patologias que mais se ocorreram, foram: a infecção pelo vírus da hepatite C, tendo um percentual de (27%), cirrose alcoólica (14%), doença autoimune (5,55%), hepatocarcinoma (5,53%), hepatite B (4,9%) e trombose da artéria hepática (0,3%). Houve apenas um caso isolado de hepatite fulminante e outro de hemocromatose, tendo cada, um percentual de 0,15%. Obteve 632 complicações. As complicações infecciosas foram as mais prevalentes, perfazendo um percentual de 28%. Dentre elas, a sepse pulmonar foi a mais frequente com 35%, seguido de sepse generalizada (30%) e infecção bacteriana (7%). Quanto as complicações respiratórias, que teve percentual significativo de 18%, Destas complicações, 27% delas não tiveram uma causa especificada, dentre as definidas, a pneumonia e a efusão pleural foram as mais notificadas, tendo um percentual de 25% e 22% respectivamente. Das complicações biliares (17%), a estenose do ducto biliar foi a mais notificada, com 52% dos casos. As complicações vasculares tiveram um percentual de 10%, nesta revisão. A trombose da veia porta foi a patologia mais evidenciada com 50% dos casos. Entre as complicações intestinais (9%), a diarreia foi a adversidade mais encontrada com 52% dos casos. Neurológicas (8%), a desorientação física foi o que mais chamou atenção, com 21% dos casos. Cardíacas (5%), as do próprio enxerto (13%) e renais (2,67%). Destes, 148 pacientes vieram a óbito após essas complicações. Conclusão: Evidenciou-se que a complicação infecciosa foi a mais prevalente, não havendo diferenças entre as complicações de doadores vivo ou cadavérico. A quantidade de estudos das complicações pós transplante hepático é deficitária. Estudos primários, com seguimentos longos e com amostras maiores, que discorram sobre os agravos mais comuns, bem como características epidemiológicas e clínicas da população acometida seriam adequados para sanar as lacunas de conhecimento.

TL 3206

**AValiação DA FIBROGÊNESE INDUZIDA PELA APLICAÇÃO DA TELA DE POLIPROPILENO POSICIONADA EM DIFERENTES COMPARTIMENTOS DA PAREDE ABDOMINAL EM RATOS DEMONSTRA SUPERIORIDADE DA TÉCNICA RETROMUSCULAR**

Fernando Bráulio Ponce Leon P. de Castro; Nathalia Barros de Oliveira Santos; Juliana Rodrigues da Costa; Christina Takiya Maeda; Jose Eduardo Ferreira Manso.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A hérnia incisional ocorre quando há a solução de continuidade parcial ou total de uma fásia previamente incisada e suturada, no local de uma incisão cirúrgica prévia. Revisões sistemáticas demonstram que o tratamento cirúrgico das hérnias incisionais mesmo com a utilização de telas, as taxas são de aproximadamente 16 a 24%. Metanálises vem demonstrando a superioridade do posicionamento da tela em correções herniárias no compartimento retromuscular, porém sem uma explicação fisiopatológica. Com isso objetivamos comparar a técnica retromuscular com as demais técnicas após correção de hérnia incisional em modelo experimental.

**Métodos:** 50 ratos Wistar foram distribuídos em cinco grupos; grupo controle (CT) - não era submetido a ato operatório; grupo simulação (SM) - submetidos à laparotomia seguida de síntese primária da parede abdominal; grupo supra-aponeurótico (OL) - após a laparotomia, posicionava-se a tela de polipropileno acima da aponeurose superior do músculo reto abdominal; grupo retromuscular (SL) - posicionava-se a tela abaixo do musculo reto abdominal e acima da aponeurose posterior do mesmo músculo; grupo intraperitoneal (IPOM) - posicionamento da tela adjacente a fásia transversalis, por dentro da cavidade. Decorridos 60 dias do ato operatório, as aderências formadas, a tensiometria e o escore histológico encontrados foram avaliados.

**Resultados:** o grupo IPOM obteve o maior número de aderências pelo escore de Ricciardi, com uma média de 3,4, seguido do grupo SL, com uma média de 2,75 (p

TL 3251

**PREVALÊNCIA DA PENECTOMIA TOTAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS NO NORDESTE BRASILEIRO ENTRE 2015 A 2019**

Salomão Mendes Amaral; Lucas Daniel Lima dos Santos; Rodrigo Arruda Valente Soares da Fonseca; João Guilherme Peixoto Padre; João Pedro Nascimento Ferreira; Letícia Muniz de Abreu Murad; Mylena Andréa Oliveira Torres.

CEUMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL

**Introdução:** O pênis é o órgão sexual do aparelho reprodutor masculino e o aparecimento de uma neoplasia maligna nessa estrutura é relativamente rara, visto que representa apenas 2% de todos os cânceres prevalentes no sexo masculino. O carcinoma de células escamosas é o câncer peniano mais frequente e essa doença é mais comum em países menos desenvolvidos, como o Brasil. A patologia em questão é mais prevalente nas regiões do norte e nordeste brasileiro e está relacionada, na maioria das vezes, com maus hábitos de higiene, presença de fimose ou excesso de prepúcio e associação com o vírus HPV. Em alguns casos, o doente não procura a assistência médica no começo dos sintomas, o que dificulta um bom prognóstico. Se a doença já estiver avançada, um dos tratamentos preconizados é a penectomia, que é o tratamento cirúrgico com o objetivo de retirar o tumor e os tecidos acometidos. Essa cirurgia pode ser total ou parcial, dependendo do grau de acometimento do tumor. **Objetivo:** Analisar a prevalência da penectomia total em pacientes oncológicos no nordeste brasileiro entre 2015 a 2019, avaliando-se os meses de janeiro a dezembro do intervalo utilizado para a pesquisa epidemiológica em análise. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal quantitativo. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde entre os anos de 2015 a 2019, tendo como parâmetros de análise: ano, estado, caráter de atendimento e regime. **Resultados:** Nos anos pesquisados, foram notificadas 841 penectomias totais na região nordeste, sendo 19,98% (n=168) em 2015, 18,31% (n=154) em 2016, 20,92% (n=176) em 2017, 21,05% (n=177) em 2018 e 19,73% (n=166) em 2019. Os estados nordestinos que apresentaram o maior número de notificações de indivíduos submetidos ao procedimento foram, Ceará com 37,21% (n=179), Pernambuco com 17,71% (n=149) e Maranhão com 16,52% (n=139). No caráter de atendimento, identificou-se as cirurgias eletivas com 91,32% (n=768) e cirurgias de urgência com 8,68% (n=73), havendo uma diferença bem significativa entre os índices correlacionados. Em relação ao regime de atendimento, observou-se o público com 2,73% (n=23), privado com 13,31% (n=112) e ignorados com 83,94% (n=706). O grande número de casos ignorados pode estar relacionado ao não preenchimento do formulário de notificação obrigatória. **Conclusão:** A penectomia é um procedimento cirúrgico com o objetivo de impedir a progressão do câncer de pênis para outras partes do organismo. Nos anos pesquisados, houve uma variação do número de cirurgias realizadas, mas a quantidade ainda é elevada. Além disso, a maioria das intervenções cirúrgicas são realizadas de forma eletiva, visando o bem-estar do paciente.

TL 3252

**USO DO PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO PRE-OPERATORIO E TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES POSTERIOR NO REPARO DE HERNIA VENTRAL COMPLEXA**

Vaner Paulo da Silva Fonseca Pinheiro<sup>1</sup>; Anderson Ricardo dos S. Cançado<sup>2</sup>; Leonardo Araujo Carneiro da Cunha<sup>3</sup>; Carolina Martinez de Sant'Ana<sup>4</sup>; Matheus Pithon Teixeira Machado de Santana<sup>5</sup>; Luisa Rosado Isnenghi<sup>1</sup>.

1. *FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL*
2. *HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO, SALVADOR - BA - BRASIL*
3. *DEPARTAMENTO CLÍNICO-CIRURGICO UNIVERSIDADE ESTÁCIO, ALAGOINHAS - BA - BRASIL*
4. *ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SA*

**Introdução:** O Pneumoperitônio Progressivo Pré-operatório (PPP) promove um aumento progressivo no volume da cavidade abdominal (VCA) com o propósito de adaptar a cavidade abdominal para a redução herniária, prevenindo assim o desenvolvimento de hipertensão intra-abdominal, também conhecida por Síndrome Compartimental Abdominal, devido aumento brusco da pressão intra-abdominal após a redução da hérnia. O objetivo do trabalho é discutir o uso do PPP no reparo de hérnia ventral complexa com perda de domicílio (PD). **Relato de caso:** paciente do sexo masculino, 69 anos, com índice de massa corpórea de 29 kg/m<sup>2</sup>, comparece ao hospital com uma hérnia ventral incisional complexa com PD. A tomografia computadorizada mostrou um anel herniário de 18,5cm. O critério para classificação de hérnia como complexa foi hérnia de 10cm e PD com razão R (Volume do Saco Herniário/Volume da Cavidade Abdominal) maior que 20%. Foi utilizado PPP com R>20% como indicação para o procedimento. O PPP levou 14 dias com 1000mL máximo de volume de ar insuflado pela manhã e 1000mL a tarde, diariamente. A cirurgia ocorreu 24 horas após o PPP ser concluído. A técnica cirúrgica utilizada foi Separação de Componentes Posterior com Transversus Abdominis Release (TAR). Foi utilizada tela de polipropileno, colocada em underlay, sem dreno. A única complicação no pós-operatório foi seroma tipo 3, Clavien-Dindo II. No 7º e 30º dias do pós-operatório não houve recidiva e o paciente não relatou dor. **Discussão:** o caso em voga reitera dados da literatura de que o uso de PPP com TAR tem mostrado ser efetivo na correção de hérnias ventrais complexas. De acordo com SABBAGH et al o PPP aumenta o volume abdominal e prepara o intestino para ser reintegrado ao abdome, sem causar Síndrome Compartimental Abdominal. Entretanto outros estudos são necessários para alcançar um consenso sobre a quantidade ideal de ar insuflado nesta técnica, que precisa ser a mínima quantidade possível necessária para ser efetiva e causar menos dor possível ao paciente.

TL 3253

**PREVALÊNCIA DA COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO BRASIL ENTRE 2015 A 2019**

Salomão Mendes Amaral; Lucas Daniel Lima dos Santos; João Pedro Nascimento Ferreira; Rodrigo Arruda Valente Soares da Fonseca; João Guilherme Peixoto Padre; Letícia Muniz de Abreu Murad; Mylena Andréa Oliveira Torres.

*CEUMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL*

**Introdução:** A vesícula biliar é um órgão com formato piriforme e dividida em fundo, corpo, infundíbulo e colo. Sua função é de armazenar a bile, a qual é produzida pelo fígado. A colecistectomia é o nome do procedimento cirúrgico para a retirada desse órgão. Essa cirurgia pode ser realizada de duas formas, sendo por via laparoscópica ou aberta. A primeira colecistectomia videolaparoscópica foi realizada na França, em 1987, por Mouret. Já no Brasil, o primeiro procedimento desse tipo foi realizado na cidade de São Paulo, na década de 90. Atualmente, o procedimento de escolha para a retirada da vesícula biliar é por via laparoscópica, principalmente em decorrência dos benefícios que essa técnica cirúrgica oferece, como: menor tempo de internação e redução no tempo cirúrgico. **Objetivo:** Analisar a prevalência da colecistectomia por videolaparoscopia no Maranhão entre 2015 a 2019, avaliando-se os meses de janeiro a dezembro do intervalo utilizado para a pesquisa epidemiológica. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal quantitativo. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde entre os anos de 2015 a 2019, tendo como parâmetros de análise: ano, região, estado e caráter de atendimento. **Resultados:** Nos anos pesquisados, foram notificadas 396.888 colecistectomias por videolaparoscopia no Brasil, sendo 16,36% (n=64.926) em 2015; 18,23% (n=72.384) em 2016; 20,42% (n=81.072) em 2017; 21,36% (n=84.781) em 2018 e 23,61% (n=93.725) em 2019. Em relação as regiões brasileiras, identificou-se: região norte com 2,1% (n=8138), centro-oeste com 7,82% (n=31.026), nordeste com 16,35% (n=64.897), sul com 20,80% (n=82.556) e sudeste com 52,98% (n=210.271). Os estados com mais indivíduos submetidos ao procedimento foram Rio de Janeiro com 31,06% (n=123.286), Minas Gerais com 12,32% (n=48.901) e São Paulo com 31,06% (n=179). No caráter de atendimento, identificou-se: cirurgias eletivas com 74,72% (n=296.548) e cirurgias de urgência com 25,28% (n=100.340). **Conclusão:** Portanto, nos anos pesquisados, houve um aumento progressivo das colecistectomias por videolaparoscopia. Além disso, a maior parte dos procedimentos foram realizados na região sudeste e a maioria das intervenções cirúrgicas foram executadas de forma eletiva.

TL 3255

**UTILIZAÇÃO DA TIREOIDECTOMIA NO TRATAMENTO DO BÓCIO MULTINODULAR.**

Carolina Rubino Costanza Aranha; Ailton Abraão Furtado Santos Pereira; Fernanda Rodrigues de Almeida; Fernando Yakoub da Silva; Luiza Elias Raposo; Luna Rocha Goifman; Marcos Andre Alves da Silva Filho; Rubem David Azulay.

*FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Objetivo:** A indicação de tireoidectomia total (TT) nas diversas doenças da tireoide não é unânime devido as suas possíveis complicações, sendo ainda mais controversa em doenças benignas. Todavia, consta na literatura que essa indicação pode ser benéfica no tratamento de doenças como o bócio multinodular (BM), visto que reduz os casos de recidiva, dessa forma, aumentando adesão dessa prática. Nesse viés, a presente revisão tem como objetivo debater os prós e contras da tireoidectomia total em pacientes com bócio multinodular. **Métodos:** O presente estudo é uma revisão sistemática de literatura. A base de dados SciELO foi utilizada para selecionar os artigos selecionados para a pesquisa que foi produzida em agosto de 2020. **Resultados:** O procedimento tem como uma das finalidades eliminar a possibilidade de um carcinoma futuro, e evitar recidivas e reoperações reconhecidamente com maior potencial de complicações por meio da remoção completa da Tireoide, havendo obrigatoriamente a necessidade de reposição hormonal. A tireoidectomia tem elevada indicação por ser uma cirurgia rápida, de baixo custo e de fácil reprodutibilidade. A desvantagem reside no fato do procedimento ocorrer na região onde há vasos, como carótida comum e jugular interna, além do fato do nervo laríngeo recorrente ter considerável índice de lesões durante a cirurgia. Esse fator podendo ser prevenido com a visualização e proteção desse nervo durante a cirurgia, além da individualização e manutenção da irrigação da paratireoide. A tireoidectomia parcial é indicada quando há presença de nódulos benignos unilaterais. Na presença de tumor maligno maior que 4 cm, metástases linfonodais e outros, é indicado a tireoidectomia total (TT). A vantagem da cirurgia parcial é que é menos arriscada, sendo que, em 80% dos casos, não haverá necessidade do paciente repor o hormônio tireoidiano, além do menor risco de rouquidão e traqueostomia no pós operatório e sem riscos para o hipoparatiroidismo. A tireoidectomia total apresenta maiores riscos, sendo que o paciente deverá administrar os hormônios tireoidianos por toda vida, entretanto, raramente precisará passar por uma reoperação. **Conclusão:** A tireoidectomia é um procedimento indicado no tratamento do bócio multinodular, sendo que em sua forma total (TT) é necessária a reposição de hormônios tireoidianos por toda a vida e em sua forma parcial os riscos de sequelas pós operatórias é menor. A Tireoidectomia tem como vantagem ser uma cirurgia de reduzido tempo e custo. Com a realização da TT a maior parte dos casos não necessita de uma outra intervenção. Por outro lado, esse procedimento apresenta alguns importantes riscos visto que ocorre em uma região onde há vasos essenciais e em que o nervo laríngeo recorrente pode ser lesionado, podendo causar lesões definitivas no paciente.

TL 3258

**O USO DA SALPINGECTOMIA NO TRATAMENTO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA**

Carolina Rubino Costanza Aranha; Bruna Terra Nova Gonçalves; Carolina Baccharini Faria da Lomba Nunes; Maria Paula Miceli Porthun; Pietra Victoria Sureda Barbosa; João Pedro Calixto Sardenberg; Vanessa de Moura Rezende; Paola Fernandez Reis.

*FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Objetivo: A gravidez ectópica é um acometimento obstétrico de alta incidência entre as mulheres, sendo considerada a principal causa de morbimortalidade materna no primeiro trimestre da gestação. Um de seus possíveis tratamentos envolve a salpingectomia, caracterizada pela retirada total da tuba uterina. Esse procedimento cirúrgico é recomendado para as pacientes com prole constituída, nos casos de lesão tubária irreparável, nas tentativas de salpingostomia com sangramento persistente, quando ocorre recidiva de gravidez ectópica na mesma tuba e quando os títulos de  $\beta$ -hCG são muito elevados. Nesse sentido, o trabalho possui como objetivo avaliar os principais critérios para indicação da salpingectomia no tratamento da gravidez ectópica, bem como seus principais meios de abordagem. Métodos: Foi realizada uma revisão de literatura de artigos científicos publicados de um espaço amostral do ano de 2004 a 2019, por meio das plataformas digitais Scielo e Pubmed. Os dados foram coletados em agosto de 2020. Resultados: A salpingectomia é a forma radical de tratamento cirúrgico da gravidez ectópica, que é aquela onde ocorre implantação do blastocisto fora da superfície endometrial da cavidade uterina (como nas trompas, ovários peritônio cérvix ou ligamento largo). Tal condição é a principal causa de óbito materno nos primeiros três meses de gestação. Por existirem outras formas de tratamento desta condição, a salpingectomia normalmente não é o tratamento padrão pelo fato de ser extremamente radical, sendo o diagnóstico clínico essencial. Os casos em que esta é indicada são aqueles em que a paciente não deseja engravidar (normalmente aquelas com prole constituída), ou com recidiva de gravidez ectópica na mesma tuba, nos casos de lesão tubária irreparável, quando os níveis de beta-HCG são muito elevados, ou quando há tentativas de salpingostomia (cirurgia conservadora) com sangramento persistente. O procedimento de salpingectomia pode ser realizado por meio de laparotomia e laparoscopia, sendo este último o mais indicado por ser minimamente invasivo. A laparotomia é indicada quando a paciente se encontra em instabilidade hemodinâmica (ectópica rota), já a laparoscopia é utilizada na gravidez tubária. Apesar da salpingectomia total, seguida da parcial, ser o procedimento mais adotado com caráter resolutivo para gestação ectópica cerca de 80,6 das pacientes apresentava tuba contralateral intacta, podendo ser preservada assim a capacidade reprodutiva da paciente Conclusão: Por ser um procedimento cirúrgico radical, a salpingectomia é indicada em apenas algumas situações que incluem tanto os desejos da paciente em ter filhos, quanto sua situação e história clínica Apesar do procedimento ser efetivo, os casos devem ser isolados, tentando-se ao máximo preservar a capacidade reprodutiva da paciente. Além disso, podemos concluir que a técnica melhor indicada (quando possível) é por laparoscopia, por ser menos invasiva e ter melhor prognóstico.

TL 3262

**HERNIOPLASTIAS ABERTAS E LAPAROSCÓPICAS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO: ESTUDO POPULACIONAL COM ANÁLISE DE PREVALÊNCIA**

Daniela Santos Bandeira<sup>1</sup>; Eduardo Morais Everling<sup>1</sup>; Antoninho José Tonatto-Filho<sup>2</sup>; Felipe Melloto Gallotti<sup>3</sup>; Tomaz de Jesus Maria Grezzana-Filho<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL
2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL
3. HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, CURITIBA - PR - BRASIL

Objetivo: O reparo cirúrgico é o tratamento definitivo de hérnias de parede abdominal, sendo considerado mais custo-efetivo que a conduta expectante a longo prazo. Estudos têm demonstrado que a técnica videolaparoscópica (VLP) está associada a redução da dor pós-operatória, menor índice de complicações cirúrgicas e retorno precoce às atividades habituais. O objetivo deste trabalho é avaliar as frequências de hernioplastias abertas e laparoscópicas realizadas em um período de onze anos e o impacto do treinamento em cirurgia laparoscópica no sistema de saúde pública. Método: Foi realizada a coleta e análise dos dados disponíveis de todas as cirurgias de correção de hérnia realizadas no Sistema Público de Saúde (SUS) no período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018, com enfoque na análise de prevalência e nas cirurgias de urgência, tanto abertas quanto laparoscópicas. Os dados foram extraídos do DATASUS (Banco de Dados Brasileiro de Registro de Saúde Pública). As hérnias abertas e laparoscópicas inguinocrurais, umbilicais, epigástricas e incisionais foram comparadas ano a ano através do coeficiente de correlação de Pearson. Resultados: Foram realizadas, no período avaliado, 2.671.347 hernioplastias, sendo 2.656.438 (99,4%) destas por via aberta e 14.909 (0,6%) por via laparoscópica. Um total de 593.307 hernioplastias (22,3%) foram realizadas em caráter de urgência. A análise estatística (teste de correlação de Pearson) demonstrou uma tendência ao aumento das hernioplastias inguinais VLP a cada ano ( $r=0,62$ ,  $p=0,042$ ). Foi demonstrada redução significativa das hernioplastias inguinais e epigástricas abertas no período ( $r=-0,79$ ,  $p<0,01$  e  $r=-0,76$ ,  $p<0,01$ , respectivamente). Já as hernioplastias umbilicais abertas apresentaram significativo aumento no período avaliado ( $r=0,70$ ,  $p=0,016$ ). As hernioplastias umbilicais e epigástricas VLP, entretanto, não apresentaram alteração significativa ( $r=0,06$ ,  $p=0,846$  e  $r=0,09$ ,  $p=0,77$ ; respectivamente). Na nossa série, a taxa anual de hernioplastias inguinais foi de 64,6 por 100.000 habitantes. Em regiões como o norte da Itália, esta relação é de 340 por 100.000 habitantes e com a Dinamarca de 100 para 39. Quando comparado à Coreia do Sul, o país asiático executa anualmente um número ligeiramente maior (100 vs. 95,2). Conclusões: Tem sido sugerido que a hernioplastia inguinal é um indicador da qualidade dos serviços públicos ofertada pelas diferentes instituições e países. Apesar da redução significativa no número de cirurgias abertas, não houve um aumento compensatório de cirurgias laparoscópicas. Os dados demonstram um movimento de redução do número de cirurgias, sugerindo um represamento das correções eletivas. A comparação com outros países demonstra a necessidade de aumento do número de hernioplastias eletivas, bem como a redução das urgências e investimento no desenvolvimento da cirurgia laparoscópica no país.

TL 3265

**DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESCORE DE ALVARADO NO DIAGNÓSTICO DE APENDICITE AGUDA EM CRIANÇAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA, EM SALVADOR – BAHIA.**

Isabela Ferreira Poll<sup>1</sup>; Ana Celia Diniz C. Barbosa Romeo<sup>2</sup>.

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL
2. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL

Objetivo: descrever as variáveis do Escore de Alvarado no diagnóstico de apendicite aguda em crianças, segundo os dados coletados no Hospital do Subúrbio, em Salvador – BA, no ano de 2018. Métodos: estudo descritivo, observacional, com dados obtidos dos prontuários das crianças e adolescentes diagnosticadas com apendicite aguda no Hospital do Subúrbio. Resultados: das 169 crianças incluídas no estudo, 56,8% eram do sexo masculino (N=78). A idade média da amostra foi de 11± 4 anos, com maior prevalência no grupo de adolescentes (12-16 anos), com 52,6%. Em relação aos critérios do EA, o mais frequente foi náuseas e vômitos, apresentando 84% (N=142), seguido de leucocitose com 74,6% (126), dor no QID (71%) e febre, com 61,5%. Dor à descompressão foi um achado de frequência intermediária, com uma taxa de 46,7% (79 pacientes). Desvio à esquerda foi o sinal menos frequente, estando ausente em 74% (125 indivíduos). Migração da dor não foi avaliada em 69,8% e presente em apenas 16% dos pacientes. Anorexia não foi avaliada em 72,8% e se mostrou presente em 16,8% dos casos. Na classificação do EA, 41,4% das crianças se enquadraram em alta probabilidade, seguida de baixa probabilidade (33,7%) e intermediária probabilidade (24,9%). Apendicectomia laparotômica foi a técnica mais utilizada (89,3%), quando comparada a videolaparoscópica (10,7%). A mortalidade da amostra foi de 0%. Conclusão: as variáveis do Escore de Alvarado mais frequentes nas crianças com apendicite aguda foram náuseas e vômitos, seguidas de leucocitose, dor no quadrante inferior direito (QID) e febre. A dor à descompressão foi um achado de frequência intermediária. O desvio à esquerda foi o menos frequente. Migração da dor e anorexia foram os sinais menos avaliados. A apendicite aguda acometeu mais crianças do sexo masculino, do grupo de adolescentes e com média de idade de 11 anos ± 4. O tipo de cirurgia mais comum foi a apendicectomia laparotômica e não houve mortalidade nos pacientes.

TL 3271

**MORTALIDADE PER E PÓS OPERATÓRIA POR CHOQUE SÉPTICO EM UM HOSPITAL GERAL DE SALVADOR-BA**

Rafael D Lucca Ferraz Lacerda<sup>1</sup>; Lucas Chagas Aquino<sup>1</sup>; Maylane Oliveira Magalhães<sup>1</sup>; Andre Luis Barbosa Romeo<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL
2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA, SALVADOR - BA - BRASIL

A sepse ou choque séptico pode ser causada por qualquer agente, como bactérias, vírus, fungos e protozoários, dos quais as bactérias são as principais envolvidas. A maioria dos casos de hospitalizações em unidades de Terapia Intensiva, se dá pela sepse que vem sendo a principal causa de morte. O estudo teve como objetivos reportar a incidência de óbitos per e pós operatórios relacionados ao choque séptico no hospital Roberto Santos entre os anos de 2015 a 2018, e principais fatores que relacionados e descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo e observacional realizado no centro cirúrgico do Hospital Geral Roberto Santos (Salvador – Bahia – Brasil). A população do estudo: pacientes que foram a óbito por choque séptico. A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2019 até janeiro de 2020, no centro cirúrgico do Hospital Geral Roberto Santos, utilizando como material de coleta os livros de registro, bem como os prontuários dos pacientes. A partir deste estudo foi possível verificar que o choque séptico tem se apresentado como uma das ocorrências de óbitos per e pós-operatórios principalmente na população masculina, verificando-se incidência de 65,8%. O estudo ainda demonstrou que os casos de diabetes e outras comorbidades como a hipertensão podem estar diretamente relacionados aos casos de mortalidade por choque séptico (63,2%). Apesar do estudo não ter apontado um padrão único ASA como fator de risco, outros estudos demonstraram que acima de ASA II já é possível considerar um maior risco. Em relação ao horário verificou-se menor taxa de mortalidade no período madrugada no hospital Roberto Santos (5,3%), com a emergência apresentando-se como o principal local de procedência dos pacientes que vieram a óbito (48%). Em média, os pacientes passaram 8,43 horas internados, observando-se que 55,3% eram pacientes em reabordagem cirúrgica, com 47,4% vindo a óbito ainda na sala de cirurgia e 52,6% no Centro de Recuperação Pós-anestésica (CRPA). A duração média do tempo de cirurgia dos pacientes que vieram a óbito por choque séptico no hospital Roberto Santos foi de 3,30 horas. Concluindo assim que 38,2% dos óbitos verificados no centro cirúrgico do referido Hospital estavam ligados a choque séptico.

TL 3275

**ANGIOPLASTIA CORONARIANA PERCUTÂNEA COMO FATOR DE PROTEÇÃO PARA A MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ESTADO DE MATO GROSSO**

Iasmim Medeiros; Diandra Brauwerts Konrad; Rosa Maria Elias; Daniel Bouchabki de Almeida Diehl.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE (UNIVAG), VÁRZEA GRANDE - MT - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) caracteriza-se por uma síndrome clínica em que ocorre a ruptura de uma placa aterosclerótica coronariana, gerando conseqüente trombose da artéria acometida, até a apresentação da necrose miocárdica, manifestando-se por dor torácica, elevação de marcadores séricos e possível alteração eletrocardiográfica. Frente a tal condição, encontra-se a terapia de reperfusão, a qual se define como principal manejo do SCA com supra desnivelamento de segmento ST, sendo a Angioplastia coronariana percutânea uma das opções disponíveis. Sua aplicação é de suma importância para aumentar a sobrevida do paciente, a qual otimiza o prognóstico, especialmente quando aplicada precocemente. **OBJETIVO:** Identificar a influência da angioplastia sobre a mortalidade por infarto agudo do miocárdio no estado de Mato Grosso. **MÉTODO:** Estudo transversal, com coleta de dados sobre Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), no período de 2015 a 2019, por meio de pesquisa de informações sobre morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde – por local de internação –, do Repositório de dados do Sistema de Informação da Secretaria de Estado de Saúde de MT, com análise pelo software Epi Info 7.2.2.6, calculando o p-valor pelo teste do qui-quadrado, utilizando o Método de Mantel-Haenszel. **RESULTADOS:** Foram avaliados 8.363 pacientes com quadro de IAM. Desses, 945 (11,30%) foram à óbito. A maior prevalência foi no sexo masculino (66,27%). As variáveis que demonstraram associação ao óbito por IAM foram: idade maior que 50 anos (RR=2,15, IC 95% 1,74-2,65), dias de permanência maior que 10 dias (RR=2,54, IC 95% 2,13-3,04) e não uso de UTI (RR=1,61, IC 95% 1,42-1,82). Outrossim, a realização de angioplastia coronariana se apresentou em associação como fator de proteção aos pacientes estudados (RR=0,26, IC 95% 0,19-0,35), em detrimento de outros procedimentos. Por sua vez, do número total de pacientes, 1.207 (14,43%) realizaram a angioplastia coronária como proposta de intervenção. **CONCLUSÕES:** Observou-se o impacto do atendimento ao paciente em emergência com infarto agudo do miocárdio ao utilizar a angioplastia coronariana percutânea como tratamento prioritário, cujo trabalho a apresentou como fator de proteção, ao passo que reduz a mortalidade. Este procedimento, que objetiva desobstruir a artéria coronária e restaurar o fluxo sanguíneo por meio de intervenção percutânea via cateter arterial, é o método de reperfusão que deve ser preferido, pois restabelece o fluxo arterial coronariano em até 90%, possui uma menor taxa de reinfarto e de complicações hemorrágicas em detrimento da trombólise química. Assim, reforça-se como estratégia modificadora da sobrevida do paciente, enfatizando a importância de sua aplicação e acesso.

TL 3280

**VIDEOLAPAROSCOPIA NO TRAUMA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Beatriz Pires Paes<sup>1</sup>; Beatriz Pereira do Nascimento<sup>1</sup>; Mariana Oliveira Santana<sup>1</sup>; Ana Luisa Barbosa Gouveia<sup>1</sup>; Maria Clara Rocha Zica<sup>1</sup>; Ricardo Barros Martins Rezende<sup>2</sup>.

1. UNICEUB, ASA NORTE - DF - BRASIL
2. HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Objetivo:** Determinar, por meio de uma revisão sistemática, os benefícios do uso da laparoscopia no contexto do trauma. Esse tema gera muito interesse por ser uma técnica operatória consolidada para cirurgias eletivas e que está sendo introduzida nas situações de trauma. Portanto, torna-se importante evidenciar os desfechos esperados quando essa abordagem é escolhida.

**Método:** Foram analisados estudos publicados em inglês, espanhol e português, entre 2010 a 2020, e tendo como referência as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via PubMed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Considerou-se apenas artigos de Estudo Clínico, Ensaio Clínico, Ensaio Clínico Controlado, Estudo de Avaliação, Diretriz, Estudo Multicêntrico e Estudo Observacional que abordaram laparoscopia no trauma em humanos.

**Resultados:** Nove artigos preencheram os critérios de seleção, os quais analisaram 2.478 pacientes com traumas abdominais, tanto penetrantes quanto contusos. Desses, 838 receberam algum tipo de intervenção, por via laparoscopia, laparotomia diagnóstica ou terapêutica e conversão de laparoscopia para laparotomia. Entre as terapêuticas realizadas, comparou-se dados a respeito do tempo de internação, tempo de operação, complicações e mortalidade. Pôde-se concluir que o tempo de permanência hospitalar dos pacientes submetidos à laparotomia foi significativamente maior na maioria dos estudos, e além disso, mostraram que o uso da videolaparoscopia evita laparotomias desnecessárias, diminuindo possíveis complicações pós-operatórias. Os trabalhos foram unânimes ao considerar a videolaparoscopia uma opção diagnóstica e terapêutica segura e eficaz, nos caso de pacientes hemodinamicamente estáveis. Outras vantagens foram a menor incidência de dor e íleo paralítico no pós-operatório, menos aderências intra-abdominais e melhores resultados estéticos. Porém, apesar dos diversos benefícios citados sobre a laparoscopia no trauma, a sua aplicação ainda não está consolidada. Alguns critérios são necessários antes de se considerar essa técnica, como um laparoscopista experiente, trauma no abdômen anterior ou região toracoabdominal, causada por objeto penetrante de baixa ou média velocidade com padrão de trajetória clara na exploração e mobilização, e considerar conversão para laparotomia com lesão em intestino delgado e órgão retroperitoneal. As altas taxas de laparotomias podem ser justificadas por uma grande variabilidade entre os casos de trauma, onde se busca evitar lesões não diagnosticadas e menor morbidade conseqüente de intervenções tardias.

**Conclusões:** De acordo com a revisão, a laparoscopia é um método menos invasivo, com resultados seguros, menor tempo de internação e menos complicações pós-operatórias, que pode ser usado nos pacientes vítimas de trauma abdominal hemodinamicamente estáveis e que tenham indicação para o método.

TL 3281

**CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS, BIOMÉTRICAS E TOPOGRÁFICAS DA ARTÉRIA EPIGÁSTRICA INFERIOR EM HUMANOS**

Kaio Schroeder Mattos; Carla Gabrielli.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

A cirurgia de reconstrução de mama utiliza, em uma de suas técnicas, um retalho composto por pele e tela subcutânea da região do abdome para recompor o novo contorno mamário. Esse retalho possui como pedículo vascular ramos profundos da artéria epigástrica inferior (AEI). O conhecimento anatômico dessa artéria possui relevância para a área da cirurgia que realiza essa e outras abordagens da parede abdominal.

Objetivo: Pretendemos fornecer mais detalhes anatômicos que possam ser úteis em cirurgias de reconstrução de mama e em outros procedimentos que utilizam retalhos cutâneos, nos quais a artéria epigástrica inferior é seu pedículo vascular.

Método: Foram dissecados 15 cadáveres de indivíduos brasileiros adultos fixados. Registrou-se a presença ou não da artéria em ambos os lados, sua origem e variações anatômicas (quando presentes), e com auxílio de régua e paquímetro digital foram aferidas as distâncias da artéria à linha média do abdome na altura da cicatriz umbilical e do ponto médio do ligamento inguinal, seu calibre externo e comprimento extramuscular. As medidas foram analisadas pelos testes de Shapiro-Wilk e t de Student.

Resultados: A AEI esteve presente em 100% dos casos. Originou-se da artéria ilíaca externa em 28/30 casos (93,3%), sendo 15 do lado esquerdo (50%) e 13 do direito (43,3%). Nos dois restantes (6,7%), ambos à direita, originou-se da artéria femoral. As distâncias médias da artéria à linha média do abdome na altura da cicatriz umbilical e do ponto médio do ligamento inguinal foram, respectivamente, 4,21 cm e 4,17 cm, sem diferença estatisticamente significante entre os lados. O comprimento extramuscular médio foi 4,49 cm e o calibre externo médio foi 3,06 mm, ambos sem significância estatística entre os lados.

Conclusão: Detalhes biométricos e topográficos da AEI devem ser levados em conta nos procedimentos que abordam a parede abdominal, em especial nas cirurgias de reconstrução de mama.

TL 3287

**FATORES ASSOCIADOS AO MANEJO CIRÚRGICO DE PACIENTES COM HIDROCELE NO ESTADO DE MATO GROSSO**

Iasmim Medeiros<sup>1</sup>; Felipe Costa Marques Ninomiya<sup>2</sup>; Diandra Brauwiers Konrad<sup>2</sup>; Rosa Maria Elias<sup>2</sup>; Carlos Augusto Leite de Barros Carvalho<sup>3</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE (UNIVAG), CUIABA - MT - BRASIL
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE (UNIVAG), VÁRZEA GRANDE - MT - BRASIL
3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE (UNIVAG), VARZEA GRANDE - MT - BRASIL

INTRODUÇÃO: A Hidrocele caracteriza-se pelo acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo, estando na túnica vaginal, em decorrência da persistência, total ou parcial, do processo vaginal, que acompanha o testículo na sua migração para o escroto, podendo ser classificada em simples, comunicante ou cisto de cordão. Sendo mais comumente relatada em crianças, o tratamento se baseia na observação, pois esta pode ser absorvida espontaneamente, mas em casos de grande volume, sem regressão, a cirurgia é recomendada, com acesso inguinal, exploração e fechamento do conduto e eversão da túnica vaginal. OBJETIVO: Caracterizar os fatores associados a intervenção cirúrgica nos casos de Hidrocele no estado de Mato Grosso. MÉTODO: Estudo transversal, com coleta de dados sobre Hidrocele, no período de 2010 a 2020, por meio de pesquisa de informações sobre morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde – por local de internação –, do Repositório de dados do Sistema de Informação da Secretaria de Estado de Saúde de MT, com análise pelo software Epi Info 7.2.2.6, calculando o p-valor pelo teste do qui-quadrado, utilizando o Método de Mantel-Haenszel. RESULTADOS: Foram avaliados 1.838 pacientes com quadro de Hidrocele, sendo a maioria em menores de 50 anos (1077). Desses, 1.817 realizaram tratamento cirúrgico, sendo em sua maioria em até 50 anos (1.067), cujo foco estava entre a faixa etária de 01 a 04 anos (148). Entre os pacientes com até 14 anos de idade, 397 realizaram procedimento cirúrgico, sendo que 95,72% destes fizeram cirurgia única e 4,28% cirurgias múltiplas. Nesses, a média de gastos foi R\$ 472,565, semelhante entre os períodos. A maioria das internações ocorreram entre 2010-2020 (53,26%), com maior admissão em caráter de emergência (50,65%), sendo que a maioria dos pacientes foram caracterizados como Hidrocele não especificada (78,40%). Ao associar com o desfecho de procedimento realizado, sendo este tratamento cirúrgico, tivemos associação com: ano de internação entre 2000-2010 (RR= 0,12, IC 95% 0,02-0,51), internação eletiva (RR=0,24, IC95% 0,06-0,71), especialidade clínica cirúrgica tendo realizado o atendimento (RR= 0,01, IC95% 0,00 – 0,003). Ocorreu a caracterização de um único óbito (0,05%) dentre os pacientes estudados, com uso de UTI em 5 casos (0,27%), ao passo que a maior parte dos pacientes necessitaram de até 5 dias de internação (88,14%), com única internação (71,22%). CONCLUSÕES: O estudo demonstra aspectos semelhantes a literatura, como a idade de diagnóstico e de proposta de abordagem cirúrgica. No entanto, encontra-se que os fatores de proteção se contrapõem a variável de caráter de admissão preponderante em emergência, o que pode demonstrar a necessidade de acompanhamento dos casos diagnosticados ou maior necessidade de diagnóstico precoce. Dessa forma, traduz ainda a importância da avaliação clínica cuidadosa do quadro, a fim de programar conforme a indicação o tratamento, utilizando-se da opção cirúrgica de forma adequada.

TL 3291

**ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES DA COLOSTOMIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Vinicius Pereira Matos; Amanda Kelen Silva Martins; Nailton Tenório Jatobá; Henrique Lima Martins; Moacir Alves da Silva Junior; Jorge Luiz Furtado de Sá Filho; Isadora Maria Martins; Pedro Vinícius Fernandes da Silva.

*UNIFASB, BARREIRAS - BA - BRASIL*

A presente revisão tem por principal objetivo analisar as principais complicações relacionadas com as colostomias, expondo suas principais indicações, os fatores de risco e a frequência aproximada de complicações do procedimento. O estudo trata-se de uma revisão integrativa, que reuniu literatura teórica e empírica, com busca sumária de evidências e com caráter descritivo e qualitativo. Foi realizada uma busca bibliográfica nas seguintes bases de dados: LILACS, Medline, SciELO, Google Acadêmico e Open grey. De forma geral, foram avaliados 315 pacientes e cerca de 173 (55%) sofreram complicações. Os estudos selecionados divergiram em relação às principais complicações. Enquanto foi citada a infecção de sítio cirúrgico como principal complicação, outro estudo definiu como complicação mais frequente o vazamento anastomótico. A deiscência da ferida é uma complicação presente na maioria dos estudos, embora sua prevalência seja menor que a infecção. Dentre os estudos analisados, a obstrução por adesão, retrações da colostomia, necrose de colostomia, diarreia por colostomia, prolapso da colostomia e vazamento anastomótico foram complicações relevantes. Alguns estudos trouxeram sepse gastrointestinal, hérnia de paracolostomia, IRA - azotemia pré-renal, diverticulite, estenose estomal e evisceração como complicações de baixa incidência. Os resultados abordados por 2 autores em relação aos fatores de risco para as estomias foram diferentes, os autores não encontraram um consenso. O primeiro analisou as comorbidades do paciente relacionando com a mortalidade e o segundo já trouxe uma abordagem voltada para a permanência do indivíduo no hospital e como isso poderia afetá-lo. Uma das principais indicações para a cirurgia de colostomia são pacientes que apresentam neoplasias de intestino, com destaque a região do colón e sua porção final, o reto e o ânus. Em um estudo que traz como principal indicação de colostomia os traumas abdominais, há uma importante porcentagem de colostomias realizadas, somando 25 dos 57 pacientes. Perfuração por faca e arma de fogo também constituem causas significativas. Vólculo de sigmoide é uma complicação intestinal passível de resultar no uso de colostomia, por vez citado como indicação de maior incidência. Outras indicações de menor porcentagem foram aderência íleo-sigmoide, fasciite necrosante, lesão intestinal intraoperatória, lesão perineal, vazamento anastomótico, fistula RV3 e fistula no ânus. Diverticulite foi citada em dois estudos com taxas semelhantes de indicação para colostomia, de 1 a 2,08%. A partir do presente estudo, evidenciou-se que as complicações da colostomia são eventos comuns. Além disso, foi possível estabelecer as principais indicações do procedimento e os fatores de risco envolvidos no mesmo. Ademais, fica evidente que os cuidados pré, intra e pós-operatórios são de grande importância na redução dos índices de complicações pós-operatórias ou mesmo na possível ausência das mesmas.

TL 3298

**RELATO DE CASO DE MUCOSECTOMIA ESOFÁGICA E RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO ALIMENTAR COM TUBO GÁSTRICO DO TIPO POSTLETHWAIT EM MEGAESÔFAGO GRAU 4**

Catharina Oliveira Vianna Dias da Silva<sup>1</sup>; Allison Takeo Tsuge<sup>2</sup>.

1. UNIFACS - UNIVERSIDADE SALVADOR, ILHÉUS - BA - BRASIL
2. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Objetivos:** O objetivo deste relato é apresentar um caso de megaesôfago grau 4, tratada com a técnica de mucosectomia esofágica e reconstrução de trânsito alimentar com tubo gástrico do tipo Postlethwait, técnicas alternativas para a esofagectomia. O megaesôfago origina-se da destruição parcial ou total dos plexos de Meissner e Auerbach do esôfago, pode ser adquirida (Doença de Chagas), ou congênita (Hirschsprung, acalásia), resulta na dificuldade de relaxamento do cárdia, e distúrbios na motilidade esofágica. O alimento fica represado no esôfago e não passa para o estômago. Mais prevalente em homens entre 20 e 40 anos. Classificado em 4 graus (Resende), os graus 3 e 4 (este último pode inclusive estar na condição de dolicoesôfago) são tratados com cirurgia radical – esofagectomia. Esta disfunção esofágica, apesar de benigna, cursa com progressão e cronicidade, interferindo no estado nutricional e psíquico dos pacientes.

**Métodos e materiais:** Análise de prontuário, entrevista de paciente, acesso a exames de imagem e laboratoriais, registro fotográfico de cirurgia e revisão de literatura.

**Resultados:** Paciente feminino, 44 anos, chegou ao PS do Hospital Nardini com disfagia e dor abdominal por 3 anos, grande piora no último ano. Muito emagrecida, perda ponderal de 11kg em dois anos. EDA mostrava megaesôfago grau 4. Sorologia para Chagas negativa. Foi necessária alimentação enteral via sonda nasoenteral. Rx contrastado de esôfago, estômago e duodeno (EED) confirmou o dolicoesôfago (grau 4), por acalásia. Submetida a mucosectomia esofágica e reconstrução de trânsito alimentar com tubo gástrico do tipo Postlethwait. Boa evolução, com alta hospitalar e seguimento ambulatorial, ganhou peso e hoje está se alimentando normalmente por via oral. A técnica mais usada e considerada padrão ouro para megaesôfago avançado é a esofagectomia subtotal trans-hiatal. Nesta, a mucosa e submucosa esofágicas são separadas cirurgicamente da camada muscular, sem toracotomia, para prevenir lesões pré neoplásicas. A reconstrução do trânsito alimentar é feita com tubo gástrico que passa por dentro do tubo muscular remanescente, prevenindo lesões mediastinais e pleurais, além de tamponar sangramentos, evitando-se as complicações da dissecação do esôfago no mediastino. Cirurgia com menores riscos de complicações intra-operatórias e com menor morbimortalidade se comparada à esofagectomia, embora as complicações como a fistula de anastomose esofagogástrica sejam semelhantes. O sangramento oriundo da retirada da mucosa e submucosa é totalmente tamponado pelo tubo gástrico devidamente alocado.

**Conclusão:** O presente relato demonstra um caso de megaesôfago grau 4, tratada com a técnica de mucosectomia esofágica e reconstrução de trânsito alimentar com tubo gástrico do tipo Postlethwait.

TL 3305

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA EM UM HOSPITAL NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Tiago Nunes Braz; Doris Medianeira Lazzarotto Swarowsky; Daniel Dornelles Bastos; Felipe Custódio de Oliveira; Luiza Rubenich Cremonese; Alice Lopes de Almeida; Victor Gottens Vendrusculo; Sabrina Mueller.

*UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL*

O trauma é a principal causa de morte e de incapacidade entre pessoas de 1 até 44 anos de idade. Apenas em 2018, 1.183.884 internações por causas externas foram registradas no Brasil, com um custo total acima de 1 bilhão de reais para o sistema público de saúde brasileiro. Objetivo: Este estudo objetivou analisar o perfil de pacientes internados por trauma em um hospital geral no interior do Rio Grande do Sul (RS), utilizando dados coletados durante o período de um ano para compreender os fatores epidemiológicos que estão associados a maior risco de internação por trauma. Metodologia: O estudo transversal de caráter descritivo analisou, retrospectivamente, 66 prontuários de pacientes internados por trauma em um hospital geral do interior do RS, entre 2017 e 2018. Resultados: Os pacientes foram divididos quanto ao mecanismo do trauma: motocicleta (42,4%), queda (13,6%), carro (9,1%), ferimento por arma de fogo (9,1%), ferimento por arma branca (6,1%) e outros (19,7%). Indivíduos do sexo masculino representaram 81,53% da amostra. A média das idades foi de 38,89 anos, sendo 41,5% dos pacientes de idades entre 19 e 40 anos. O modo de chegada ao hospital se deu através do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) em 69,23% dos casos e 30,77% dos indivíduos chegaram por meios próprios. O período com o maior número de admissões foi a manhã, com 27 casos (41,5%), seguido pela tarde (23,1%), noite (21,53%) e madrugada (13,84%). Houve ingestão de álcool em 16,92% do total de casos, ocorrendo seu registro em 50% dos acidentes de carro e ferimentos por arma branca. Conclusão: A análise descritiva dos dados permitiu traçar o perfil mais frequente dos pacientes internados por trauma nessa instituição: homens jovens, entre 20 e 39 anos, vítimas de acidente por motocicleta, pela manhã, transportados da cena pelo SAMU, sem ingestão de álcool. A partir desses dados, urge a necessidade de ações de prevenção específicas para essa população na região atendida por esse hospital. Contudo, a análise estatística não permitiu conclusões acerca da associação dos diferentes perfis de pacientes com as causas e desfechos de suas internações hospitalares, sendo necessários novos estudos nesse sentido com amostra estatisticamente significativa.

TL 3306

**A IMPORTANCIA DA FIXAÇÃO DE TELA NO LIGAMENTO DE COOPER PARA O TRATAMENTO DE HERNIAS INCISIONAIS SUPRAPÚBICAS**

Vaner Paulo da Silva Fonseca Pinheiro<sup>1</sup>; Anderson Ricardo dos S. Cançado<sup>2</sup>; Leonardo Araujo Carneiro da Cunha<sup>3</sup>; Carolina Martinez de Sant'Ana<sup>4</sup>; Sabrina Santos da Costa<sup>1</sup>.

1. *FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL*
2. *HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO, SALVADOR - BA - BRASIL*
3. *DEPARTAMENTO CLÍNICO-CIRURGICO UNIVERSIDADE ESTÁCIO, ALAGOINHAS - BA - BRASIL*
4. *ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SA*

Introdução: Hérnias Incisionais Supra púbicas (HIS) representam um desafio para o tratamento devido à proximidade de estruturas ósseas, a dificuldade em obter tecidos para cobrir o defeito e a fixação adequada da tela. Atualmente, a incidência de HIS após cesariana é 0,2%, apesar de também estar presente em cirurgias ginecológicas, obstétricas, prostáticas, retais e no cateterismo suprapúbico. RENARD et al realizaram o tratamento por técnica aberta extra peritoneal com colocação de tela no espaço de Retzius e superiormente na posição retro muscular, sugerindo a importância da fixação no ligamento de Cooper. Portanto, apesar da via de acesso, CARBONELL et al reportaram taxas de recidiva de 0% e 22,2% com e sem fixação de tela, respectivamente; HIRASA et al apresentaram taxa de recidiva de 14,3% sem fixação de tela; e SHARMA et al em seus estudos não apresentaram recidivas quando fixaram a tela. O objetivo desse trabalho é apresentar um relato de caso sobre como uma HIS foi tratada com fixação de tela no ligamento de Cooper. Relato de Caso: paciente do sexo feminino, 70 anos, com índice de massa corpórea de 20 kg/m<sup>2</sup> foi admitida no serviço com uma HIS com anel herniário de 8,1cm. A técnica de separação de componentes posterior foi realizada por Transversus Abdominal Release (TAR) e colocação de tela underlay fixada no ligamento de Cooper com dreno e antibióticoprofilaxia. As principais complicações foram hematoma e seroma tipo 3, Clavien-Dindo II. A paciente não apresentou dor ou recidiva da hérnia após 16 meses de acompanhamento. Discussão: O caso em voga reitera dados da literatura sobre a importância da fixação de tela no ligamento de Cooper no tratamento de HIS. De acordo com SIKAR et al, este tipo de tratamento promove baixas taxas de recidiva nesses pacientes, apesar da dificuldade da técnica devido proximidade com estruturas ósseas e neurovasculares. Entretanto, estudos prospectivos randomizados que demonstrem o benefício desta técnica são necessários para que um consenso seja estabelecido.

TL 3309

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE DRENAGEM FECHADA DE TÓRAX EM CRIANÇAS PARA AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO DA CIDADE DE MANAUS**

Luciano Bandeira Bendaham<sup>1</sup>; Fernando Luiz Westphal<sup>1</sup>; Maria Carolina Coutinho X. Soares<sup>2</sup>; Juscimar Carneiro Neves<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM, MANAUS - AM - BRASIL
2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA, MANAUS - AM - BRASIL

Objetivo: Elaborar protocolo de drenagem de tórax em crianças a ser adotado por equipes médicas nas instituições públicas de atendimento de urgência pediátrica na cidade de Manaus. A abordagem dos pacientes submetidos a toracostomia nestes nosocômios, além de não padronizada, é limitada devido a disponibilidade restrita de meios diagnósticos como a ultrassonografia e tomografia e inacessibilidade à toracosopia. Tais características impedem um alinhamento apropriado com os consensos internacionais disponíveis, demandando adequações para a realidade regional. Método: Optamos pela aplicação do método Delphi para obtenção de consensos pois sua formatação permite interação confidencial e virtual entre o pesquisador e os profissionais envolvidos. Assim, foi formado um painel de especialistas composto por 27 médicos, entre cirurgiões, pediatras e intensivistas pediátricos, que fazem parte do corpo clínico dos prontos-socorros infantis da cidade de Manaus. Em seguida, foram aplicadas duas rodadas de questionários, entre Março e Junho de 2020, abordando variáveis referentes às indicações para drenagem de tórax, avaliação clínica, laboratorial e radiológica do paciente, possíveis opções terapêuticas associadas, detalhamento da técnica cirúrgica e seguimento pós-operatório. A cada ciclo foram analisadas o grau de concordâncias nas respostas. As concordâncias eram reunidas para o protocolo e os dissensos foram reapresentados ao painel para reavaliação e nova tentativa de consenso. Resultados: Os tópicos Trauma, Efusões Pleurais Parapneumônicas, Avaliação Clínica, Laboratorial e Radiológica, Ambiente do Procedimento e Alternativas à Drenagem de Tórax obtiveram 100% de consenso em seus questionamentos, enquanto os tópicos Indicações nas Efusões Pleurais Parapneumônicas, Uso de Antibióticos, Técnica Cirúrgica e Pós-operatório apresentaram questões em dissenso. Tais dissonâncias versavam sobre o tratamento de efusões pleurais parapneumônicas em pacientes estáveis, o tempo de duração da antibioticoprofilaxia, em qual espaço intercostal deveria ser realizada a incisão e penetração na cavidade pleural, volume de drenagem de líquidos pelo dreno que permitisse sua retirada e, finalmente, o tratamento da ferida após retirada do dreno. O total final de consensos do protocolo foi de 85,37%. As questões em dissenso foram discutidas à luz da literatura vigente e propostas de conduta foram sugeridas pelos autores. Após apresentação da versão final do protocolo ao painel de especialistas, este obteve 100% de aprovação. Conclusão: Na discussão deste tema, cuja evidência literária em crianças é insuficiente, o método Delphi, em seu cunho qualitativo-quantitativo, se mostrou ferramenta útil na promoção da comunicação virtual entre os membros do painel de especialistas e os autores do estudo. Este aspecto foi particularmente vantajoso por permitir que a interação entre os participantes pudesse ser realizada durante o período da pandemia de SARS-CoV-2.

TL 3312

**RELATO DE CASO: HÉRNIA INCISIONAL VENTRAL COM PERDA DE DOMICÍLIO CORRIGIDA PELA TÉCNICA DE LIBERAÇÃO DO MÚSCULO TRANSVERSO**

Rodrigo Ferraz Galhego; Pablo Plubins Rodrigues; Larissa G Giglio; Marcelle Klein de Araujo Mayolino.

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Objetivo: Esse relato apresenta caso, proposta e desfecho do tratamento de hérnia incisional com perda de domicílio. A correção destas pela técnica de Rives-Stoppa é limitada pela borda lateral do folheto posterior do reto abdominal e, assim, insuficiente para a correção de hérnias volumosas. Portanto, utilizamos a técnica proposta em Novitsky Y. W. et al, 2012, seccionando o músculo transverso abdominal (TAR) e aumentando o espaço retromuscular, preservando o feixe vasculonervoso.

Método: Paciente feminina, de 54 anos, hipertensa e tabagista com história de histerectomia e ooforectomia bilateral há 2 anos por neoplasia de ovário. Evoluiu no pós operatório com hérnia incisional volumosa e prejuízo na qualidade de vida.

Iniciamos a avaliação pré operatória da paciente com IMC 39. Ao alcançar IMC 29, foi feita tomografia computadorizada que estimou o volume herniário em 2373 ml. O valor foi comparado com o volume total da cavidade, resultando em 39% do total, que, de acordo com o trabalho de Tanaka E.Y. et al, 2009, configura perda de domicílio.

Iniciou-se o pneumoperitônio após acesso a cavidade com agulha de Veress; insuflamos 6 litros de CO<sub>2</sub> e passamos cateter duplo lúmen de acesso venoso. Em seguida, o CO<sub>2</sub> foi retirado e substituído por 3L de O<sub>2</sub>. Após nova TC no mesmo dia, confirmando a posição do cateter, insuflamos mais 3 L.

Nos primeiros 7 dias, o volume ideal é de 12-14L, com insuflação de cerca de 2L por dia, interrompido em caso de dor ou dispneia. Os 7 dias seguintes visam a manutenção do volume atingido, insuflando 500 ml por dia. Manteve-se profilaxia de eventos tromboticos.

Após 3 dias chegou-se a um volume de 16.200ml, sendo indicada a cirurgia.

Paciente foi submetida a laparotomia com incisão xifopubiana. Usamos a técnica de Rives-Stoppa para acesso ao folheto posterior da aponeurose do reto abdominal, seguido de secção das fibras do músculo transverso abdominal, confeccionando-se neoperitônio com sua aponeurose. Assim, foi possível avançar além da linha semilunar, ganhando cerca de 12cm de cada lado a partir da linha média, facilitando a aproximação livre de tensão.

Colocou-se tela de polipropileno no espaço retromuscular e fechou-se a aponeurose do reto abdominal, deixando dreno de Blake no espaço retromuscular. Após, a equipe da cirurgia plástica ressecou o excesso dermogorduroso em âncora.

Resultados: A paciente apresentou boa evolução clínica e recebeu alta 3 dias após o procedimento, com manutenção do dreno.

Conclusão: A técnica de Rives-Stoppa associada ao TAR se mostrou útil no tratamento de hérnias volumosas com perda de domicílio. Nesses casos, é importante o preparo da cavidade com pneumoperitônio para evitar complicações como síndrome compartimental abdominal. O volume e o tempo a ser insuflado ainda estão em discussão, dependendo do tamanho da hérnia e da tolerância do paciente ao preparo. O método se mostra eficaz no ganho de complacência da cavidade abdominal para seu fechamento e correção da hérnia.

TL 3324

**SARCOMAS DE PARTES MOLES OPERADOS EM VIGÊNCIA DA PANDEMIA SARS-COV-2**

Everton Gustavo Costa de Oliveira<sup>1</sup>; Bernardo Fontel Pompeu<sup>2</sup>; Alessandro José Alves Lima<sup>2</sup>; Margarida Maria Marques Feliciano Lopes<sup>2</sup>; Luis Fernando Paes Leme<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Objetivo: Avaliar o impacto da pandemia SARS-CoV-2 nos pacientes operados por sarcoma de partes moles em serviços de referência de oncologia cirúrgica.

Método: Realizou-se estudo retrospectivo, com análise dos prontuários eletrônicos de duas instituições oncológicas (Hospital Heliópolis e Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), São Paulo/Brasil). Foram incluídos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico eletivo para sarcoma de partes mole de 01 de fevereiro a 29 de agosto de 2020. Foram incluídos oito pacientes: cinco do Hospital Heliópolis e três do IBCC. A partir de abril 2020, os pacientes foram submetidos a pesquisa de SARS-CoV-2 pelo método RT-PCR no pré-operatório, conforme protocolo de cada instituição. Foi realizada análise descritiva dessa série de casos.

Resultados: Não houve predominância de sexo. A média de idade foi  $47,44 \pm 17,18$  anos. O tipo histológico mais comum foi o sarcoma pleomórfico e a média de tamanho do tumor foi  $12,4 \pm 3,3$  cm. Tronco e coxa foram os locais mais prevalentes. Apenas um paciente havia sido submetido a tratamento neoadjuvante com quimiorradioterapia, sendo também o único submetido a desarticulação do membro. A média do tempo de internação foi 17 dias. Houve dois casos com progressão de doença com metástase pulmonar e um óbito pela doença. A complicação mais frequente foi a infecção de ferida operatória seguido de deiscência de ferida. Houve apenas um caso de SARS-CoV-2 detectado no pré-operatório, sendo optado pela cirurgia 15 dias depois do início dos sintomas. Nenhum paciente contraiu SARS-CoV-2 durante a internação.

Conclusão: No presente foi verificado que a infecção por SARS-CoV-2, não foi determinante na morbi-mortalidade perioperatória dos pacientes portadores sarcoma de partes moles. Mas, possivelmente, o período de pandemia pode ter sido impactante na sobrevida global desses pacientes.

TL 3327

**A IMPORTÂNCIA DO TREINAMENTO DE SUTURAS POR ALUNOS DO PRÉ-INTERNATO MÉDICO COMO SENDO UM REFORÇO PEDAGÓGICO PARA O INTERNATO DE CIRURGIA E A RESIDÊNCIA MÉDICA**

Cirenio de Almeida Barbosa<sup>1</sup>; Mariana Fonseca Guimarães<sup>1</sup>; Deborah Campos Oliveira<sup>1</sup>; Ronald Soares dos Santos<sup>1</sup>; Adélio José da Cunha<sup>2</sup>; Marcela de Matos Assunção<sup>1</sup>; Thaís Oliveira Dupin<sup>3</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO- UFOP, OURO PRETO - MG - BRASIL
2. HOSPITAL SÃO LUCAS DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL SÃO JOÃO DEL REI CAMPUS CENTRO OESTE €

Objetivo: Relatar a experiência dos alunos que estão no 8º e 9º período da Faculdade de Medicina de Ouro Preto com o treinamento prático de suturas.

Métodos: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por alunos do 8º e 9º período do curso médico da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto de Minas Gerais. As atividades práticas de suturas foram desenvolvidas em línguas bovinas, com orientação de 5 monitores do Internato Médico e supervisionado pelo professor da disciplina de Cirurgia do 9º período e do Internato. Durante o treinamento, foi oferecido aula teórica e cada aluno realizou os diversos tipos de suturas incluindo ponto simples, em X, em "U", ponto Donatti, Cushing, Lembert, sutura do tipo chuleio contínuo, chuleio ancorado, sutura intradérmica, ponto de Colchoeiro, Schimieden e Connel-Mayo.

Resultados: O treinamento prático de suturas permitiu aos alunos do internato relembrar as técnicas de suturas aprendidas na fase inicial do curso médico (técnica operatória), com aperfeiçoamento da técnica e maior segurança para posterior realização de suturas durante as situações práticas do internato, como cirurgias e suturas em pacientes politraumatizados e ainda preparo especialmente para os candidatos a Residência Médica.

Conclusão: Considerando que o treinamento prático dos diversos tipos de suturas geralmente é realizado durante a primeira metade do curso médico, muitos alunos apresentam dificuldades no Internato durante a realização de suturas para síntese de cavidades torácicas e abdominais, feridas operatórias e atendimento em Pronto-Atendimento. Dessa forma, a prática de sutura durante o pré-internato oferece uma oportunidade para reforço e aperfeiçoamento das técnicas de sutura, necessárias para as atividades do internato e da Residência Médica.

TL 3328

**RECIDIVA DA HÉRNIA INCISIONAL APÓS O TRATAMENTO PELA TRANSPosição PERITÔNIO-APONEURÓTICA LONGITUDINAL BILATERAL**

Cirenio de Almeida Barbosa<sup>1</sup>; Mariana Fonseca Guimarães<sup>1</sup>; Ronald Soares dos Santos<sup>1</sup>; Marcela de Matos Assunção<sup>1</sup>; Naiara Lamounier Ribeiro<sup>1</sup>; Isabela Veiga Martins Alves<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO- UFOP, OURO PRETO - MG - BRASIL
2. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Objetivo:** As hérnias incisionais (HI) ocorrem em aproximadamente 10 a 15% dos pacientes submetidos à laparotomia, principalmente após incisões medianas. Uma das técnicas utilizadas para o tratamento dessa condição é a transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral (TRANSPALB), sendo o objetivo deste trabalho avaliar a recidiva da HI após o reparo por essa técnica.

**Métodos:** Revisão da Literatura através da análise de artigos obtidos das bases de dados LILACS e UpToDate.

**Resultados:** Diferentes são os fatores que contribuem para o desenvolvimento das HI, podendo estar relacionado ao paciente (ex. tabagismo, obesidade, distúrbios dos tecidos conectivos) e aos aspectos técnicos (ex. infecção da ferida operatória, fechamento imperfeito das camadas músculo-aponeuróticas). O tratamento das HI pela técnica TRANSPALB foi descrita em 1971 pelo Dr. Alcino Lázaro da Silva, apresentando ótimos resultados. Em nossa prática, 712 pacientes já foram operados utilizando essa técnica, apresentando bons resultados, com taxa de recidiva de 4,7%. Para isso, deve-se ressaltar que foi preciso passar por uma curva de aprendizagem de aproximadamente 25 pacientes. A fim de proporcionar maior controle e menores taxas de recidivas, alguns aspectos importantes devem ser considerados para boa execução dessa técnica. Primeiramente, o saco herniário deve existir, pois a técnica original, que foi exaustivamente testada, passando pelo crivo da Ciência, utilizava-se o saco. Assim, variações e adaptações sem o saco perdem a originalidade e aumenta a recidiva. Além disso, é necessário anestesia geral para as grandes hérnias para um bom relaxamento da parede abdominal. Deve-se sempre liberar as aderências intra-abdominais e melhorar o conjunto do conteúdo (ex. epíplon, intestino delgado, intestino grosso, estômago). É preciso realizar uma incisão na aponeurose posterior da bainha do reto abdominal e outra na aponeurose anterior da bainha do reto contralateral, ambas curvilíneas (discreta parábola) para que haja uma harmonia com o formato da transição toracoabdominal e abdominopélvica. As suturas devem ser feitas com chuleio simples, preferencialmente com fio de Vicryl 0 ou PDS 0, apesar da técnica original utilizar-se de pontos simples com Cartgut cromado 2.0, o que leva-se a questionar se a escolha do fio é realmente tão importante. Ademais, deve-se realizar antibioticoprofilaxia com Cefazolina 1-2g endovenosa (dose única), devido ao maior tempo cirúrgico. Mesmo considerando esses aspectos, fatores como obesidade, tabagismo, doenças autoimunes, tempo cirúrgico prolongado, hematoma e outros podem predispor uma maior recidiva. Assim, o pré e pós operatório devem ser bem conduzidos, uma vez que também influenciam diretamente nas recidivas.

**Conclusão:** A técnica TRANSPALB tem se mostrado bastante eficaz no tratamento das HI, sendo uma ótima opção para os cirurgiões. Apesar de ainda apresentar recidivas, suas taxas encontram-se menores do que a taxa de recidiva geral.

TL 3329

**PERFIL DO PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA NO BRASIL ENTRE 2015 E 2019**

José Venâncio Sala da Silva<sup>1</sup>; Eduarda Vanzing da Silva<sup>1</sup>; Juliana Ruas Ventura<sup>1</sup>; Isabela Zoppas Fridman<sup>2</sup>; Daniela Witz Aquino<sup>2</sup>; Júlia Patatt<sup>1</sup>; Lia Fonseca Siqueira<sup>2</sup>; Alice Wichrestiuik D'Arísbo<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL
2. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Objetivo:** descrever as características do paciente submetido a cirurgia de neoplasia maligna da próstata no Brasil, no período entre 2015 e 2019, e analisar o número total de casos dessa doença tão comum no país. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo sobre o perfil do paciente submetido a cirurgia de neoplasia maligna da próstata no país no intervalo de tempo entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019. Para isso, utilizou-se a plataforma de pesquisa de artigos PubMed, onde foram pesquisados artigos referentes a neoplasia de próstata e ao seu tratamento cirúrgico. Igualmente, pesquisou-se na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dados relacionados a características como faixa etária, tempo de tratamento e a região do Brasil em que o paciente vive, além da incidência total dessa neoplasia no país. **Resultados:** No período analisado, foram registrados 185.170 casos de neoplasia maligna da próstata no país, nos quais 22.619 realizou-se tratamento cirúrgico, sendo 1.220 da região Norte, 2.753 da região Nordeste, 13.642 do Sudeste, 3.711 do Sul e 1.296 do Centro Oeste. Dos pacientes submetidos à cirurgia, cinco estavam na faixa etária entre 0 e 29 anos, 5.208 estavam entre 30 e 59 anos e 17.406 pacientes possuíam 60 anos ou mais. Além disso, 16.899 doentes necessitaram de até 30 dias de tratamento, 718 obtiveram um tratamento que durou de 31 a 60 dias e 5.002 obtiveram um tempo de tratamento de mais de 60 dias. **Conclusões:** O câncer de próstata é o câncer não cutâneo mais incidente, sendo que, provavelmente, 1 a cada 25 homens terá o diagnóstico em todo mundo. 1,2 No Brasil, a alta incidência não é diferente, tendo em vista que 185.170 casos foram registrados nos últimos quatro anos. São muitos os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento dessa patologia, sendo a idade avançada o principal deles. Esse fato corrobora com os resultados encontrados, posto que foi constatado uma maior quantidade de cirurgias realizadas em pessoas com idade superior a 60 anos. Além disso, observou-se maior incidência nas regiões Sudeste e Sul, as duas regiões do país com maior proporção da população nessa faixa etária, com 15,9% e 16,4%, respectivamente. Com relação ao tratamento definitivo, as opções são radioterapia ou prostatectomia radical. 2 Nos dados apresentados, percebe-se que 12,2% dos pacientes com diagnóstico foram submetidos a essa cirurgia, uma porcentagem razoável. Sendo assim, ficou evidente a importância de analisar a epidemiologia da doença a fim de propor melhores formas de prevenção e tratamento da neoplasia maligna da próstata.

TL 3331

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, NO PERÍODO DE 2009 A 2019, DO CÂNCER ESOFÁGICO EM ADULTOS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Júlia Patatt; Lia Fonseca Siqueira; Alice Wichrestiuik D'Arisbo; Alana Zanella; Pablo Eduardo Dombrowski; Bruna Rossetto; Eduardo Beltrame Martini; Amanda Tomazzoni Michelin.

*ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

Objetivo: Analisar, estatisticamente, os perfis epidemiológicos do câncer esofágico, no Rio Grande do Sul, entre os anos de 2009 a 2019, segundo as principais características da patologia. Método: Estudo epidemiológico, cujas informações contidas foram obtidas por meio de uma revisão da literatura e de uma coleta no banco de dados do DataSus, no período de 2009 a 2020. Resultados: Nos últimos 10 anos foram registradas 16.855 internações no estado do Rio Grande do Sul (RS) devido a neoplasia maligna de esôfago em pacientes com mais de 55 anos, sendo as mulheres cerca de 28.15% desse número (4.746 internações). É observado, portanto, que o sexo masculino apresenta 150% a mais de internações em relação ao feminino (12.109 internações). Essas internações vêm apresentado um aumento constante significativo a partir de 2012. O número cresceu mais de 15% no último ano comparado ao anterior- 2018 com 1.242 internações e 2019 com 1.437. A faixa etária acima de 55 anos apresenta um maior risco da doença, já que o mesmo tumor em idades menores de 55 anos tem incidência de 0,066%, enquanto a outra parcela da população tem incidência de 0,82%. Foram coletados os mesmos dados de outros estados sulistas, nos quais foram encontrados uma diferença significativa nos dados. O Paraná (PR) tem 1.659.634 pessoas com mais de 55 anos e o RS 2.044.106 habitantes na mesma faixa etária segundo o IBGE em 2010. O PR apresenta, todavia, apenas 11.574 internações nos últimos 10 anos - um número cerca de 31% menor que o número avaliado no RS. Em Santa Catarina (SC), cuja população maior de 55 anos é 953.714, consta com 2.666 internações da população maior de 55 anos nos últimos 10 anos. O número de óbitos por esse câncer na faixa de mais de 55 anos no RS foi de 2.694 pessoas, sendo 1.970 do sexo masculino e 724 feminino. A mortalidade, então, desse tumor é de 16,27% para homens e 15,25% para mulheres. A maior taxa de ambos sexos com mais de 55 anos foi no ano de 2015 com 17,77% de mortalidade. Foi-se registrado que durante esses 10 anos houve um total de R\$19.370.309,84 para o tratamento de pessoas com mais de 55 anos do sexo masculino, sendo R\$16.507.205,34 apenas em serviços hospitalares no RS. A cada ano há uma média de R\$3.718.674,72 para ambos sexos. No PR essa média é de R\$2.696.789,48 e em SC é de R\$1.748.628,03 para ambos sexos. Conclusões: O câncer esofágico apresenta um importante índice de internações hospitalares no RS, destacando-se significativamente entre os estados do Sul. Nesse sentido, ao analisar os dados no âmbito não apenas epidemiológico, mas cultural, é possível inferir que a própria cultura gaúcha influencia a prática de um importante fator de risco: o consumo frequente de bebidas quentes (chimarrão). Sendo assim, entende-se a necessidade de conhecer os perfis epidemiológicos referentes a neoplasia maligna do esôfago de forma a definir grupos prioritários para possíveis intervenções precoces que permitam reduzir os desfechos negativos dessa patologia.

TL 3335

**PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO CURATIVO PARA ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

Mariana Garcia Astuto; Eduardo Viana de Carvalho; Antonio Claudio Ahouagi Cunha Filho; Pedro Henrique Salgado Rodrigues; Erick Abreu Braga do Nascimento; Beatriz Rodriguez Sequeiros Belotti.

*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Objetivo: Analisar as características e evolução de pacientes com tumores gástricos cirúrgicos em um hospital federal do RJ. Características clínico-patológicas, resultados cirúrgicos e de sobrevida foram avaliados com ênfase nos pacientes tratados com intenção curativa.

Método: Estudo retrospectivo com obtenção dos dados do sistema E-SUS de pacientes operados pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Federal de Ipanema (HFI) do ano de 2012 até 2019.

Resultados: A média de gastrectomias de intenção curativa do serviço analisado neste estudo foi de 10 cirurgias/ano. Dentro do escopo do estudo multicêntrico CRITICS o serviço do HFI foi considerado um serviço de muito baixo volume.

Houve predomínio de negros e pardos e do sexo masculino como na literatura nacional e internacional. A média de idade global para pacientes submetidos a gastrectomia por câncer gástrico é de 70 anos. Já a realidade do cenário nacional e do HFI demonstra pacientes 1 década mais novos sendo submetidos a esse tratamento.

A localização das lesões foi mais distal com predomínio de lesões antrais.

A análise das margens mostra que o comprometimento distal por neoplasia foi observado em 14% dos estudados. O comprometimento proximal só foi visto em 6% dos analisados.

Analisando a linfadenectomia foi visto que a maioria dos procedimentos apresentou linfadenectomias adequadas (64% da cirurgias realizadas). A média é de 18,5 linfonodos. A taxa de comprometimento angiolinfático e perineural foi bastante elevada sendo vista em cerca de 72% da população estudada.

Pacientes submetidos a neoadjuvância tiveram redução endoscópica do tumor em 40%. 60% dos pacientes observados não tiveram alteração endoscópica da massa. Nenhum dos pacientes do estudo apresentou piora endoscópica. A taxa de comprometimento angiolinfático reduziu consideravelmente nos pacientes submetidos a neoadjuvância estando presente em apenas 20%.

No estadiamento a maioria dos casos é estágio IV (46%). Isso não se reflete no cenário nacional e internacional onde o estadiamento TNM é significativamente mais precoce. A maior parte dos óbitos foi registrada após 1 ano da gastrectomia. Apenas 4% dos óbitos foram no pós-operatório imediato, o que está de acordo com literatura internacional. A taxa de sobrevida bruta em 5 anos no HFI foi de 35%.

Conclusões: A qualidade das gastrectomias realizadas no HFI foi adequada apesar de se tratar de um serviço de baixo volume. A sobrevida em 5 anos dos pacientes analisados foi compatível com outros centros ocidentais. O câncer gástrico permanece como um desafio mundial mas especialmente mais cruel com a nossa população. A prevalência de casos avançados é evidente. Medidas como congelamento das margens cirúrgicas, aumento do protocolo de neoadjuvância, equipes específicas voltadas para o tratamento de câncer gástrico e maior fluidez da chegada do paciente poderiam elevar a qualidade cirúrgica nestes casos.

TL 3336

**CUSTOS-INTERNAÇÃO POR DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR NO BRASIL NO PERÍODO 2010 A 2019: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA.**

Bruna Rossetto; Alana Zanella; Vivian Liz de Medeiros Vieira; Eduardo Beltrame Martini; Pablo Eduardo Dombrowski; Isabela Zoppas Fridman; Juliana Ruas Ventura; José Venâncio Sala da Silva.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

Objetivo: No Brasil os casos de emergências abdominais de origem não-traumática mais prevalentes são decorrentes de patologias da vesícula biliar, como a colelitíase e a colecistite. A colelitíase, caracterizada pela presença de cálculos nas vias biliares, afeta até 20% da população. Apesar de grande parte dos pacientes serem assintomáticos, esta patologia pode gerar complicações inflamatórias e predispor à neoplasia vesicular. A colecistite aguda, por sua vez, é a complicação mais comum da colelitíase e é responsável por 3 a 10% dos casos de dor abdominal no serviço de emergência. Além disso, é a segunda maior causa de abdome agudo cirúrgico, intervenção realizada através da colecistectomia. Este trabalho tem como objetivo analisar, estatisticamente, os dados epidemiológicos das patologias do trato biliar, bem como os custos governamentais gerados por estas internações no Brasil, entre os anos de 2010 a 2019. Método: foi realizado estudo descritivo e ecológico, com base nos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com tabulação posterior dos dados em tabelas do Excel® e análise descritiva dos dados tendo como base a literatura médica. Resultado: Na análise feita de 2010 a 2019, ocorreram aproximadamente dois milhões e 500mil casos de internações por colelitíase e colecistite no Brasil. A média de dias internados foi de 3,5, alcançando a maior incidência de permanência no estado de Roraima, com 6,2 dias e o estado com a maior incidência de internações foi São Paulo com cerca de 530 mil casos. A faixa etária de maior prevalência, no Brasil, fica entre 40 a 49 anos. Já em relação ao gênero dos pacientes, tem-se uma sobreposição das mulheres sobre os homens, no qual elas representam 77% dos casos. A média do valor gasto pelo sistema único de saúde com essas internações no país foi de três bilhões de reais. Ao comparar com as internações por procedimentos do aparelho digestivo e cavidade abdominal que obteve sete mil casos no mesmo período, a média de dias internados foi de 3,5 e o valor gasto pelo SUS foi de cinco bilhões de reais. Essa diferença de valores é devido ao fato de os procedimentos cirúrgicos do aparelho digestório serem mais caros, devido à complexidade. Conclusão: Ficou evidente um panorama epidemiológico dos casos de colelitíase e colecistite no Brasil. Acredita-se que os dados estatísticos e as projeções são fundamentais para se criar um planejamento de internação e gerenciamento de gastos a níveis hospitalares e sistema único de saúde.

TL 3338

**INTERNAÇÕES E MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE NA REGIÃO SUL DO PAÍS EM COMPARAÇÃO AO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA**

Bruna Rossetto; Thameia Gazola Zanatta; Isabela Zoppas Fridman; Daniela Witz Aquino; Lia Fonseca Siqueira; Alice Wichrestiuik D'Arísbo; Alana Zanella; Vivian Liz de Medeiros Vieira.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

OBJETIVO: As neoplasias malignas de pele constituem a maior parte dos tumores registrados no Brasil e no mundo, acometendo principalmente a população caucasiana. De fisiopatologia ainda incerta, acredita-se estar relacionada à uma predisposição genética e à exposição demasiada à luz solar. De acordo com a origem celular da lesão pode-se classificar os tumores em dois tipos: Não-Melanomas, representados pelo Carcinoma Basocelular e pelo Carcinoma Espinocelular, e os Melanomas, representado pelas diversas apresentações do Melanoma Maligno Cutâneo. Os Não-Melanoma são mais frequentes e menos agressivos, e os do tipo Melanoma são menos comuns, porém mais agressivos, com o pior prognóstico e maior índice de letalidade por seu perfil metastático. O tratamento varia de acordo com o tamanho e estadiamento do tumor, podendo ser indicada a retirada cirúrgica na maioria dos casos, complementada por radioterapia e quimioterapia em casos mais graves. Sendo assim, o objetivo é fazer uma análise epidemiológica no que diz respeito às internações e mortalidade por neoplasias malignas de pele na Região Sul do país em comparação ao Brasil. MÉTODOS: estudo descritivo, ecológico, com uso de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e criação de planilha específica no Excel® para as análises descritivas. RESULTADOS: Quando analisados os resultados no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, observa-se que no Brasil houve um total de 7.339.744 internações por neoplasias (tumores). Do total, neoplasias malignas de pele correspondem a cerca de 0,99%. Quando comparado à Região Sul do país no mesmo período, tem-se 1.559.873 internações decorrentes de neoplasias, sendo a porcentagem de neoplasias malignas de pele maior (1,44%). A mortalidade, no mesmo período, no Brasil foi de 592.732 por neoplasias, sendo 0,82% correspondente a neoplasias malignas de pele. Comparativamente à Região Sul do país, o número de mortes por tumores foi de 22.041, sendo o número de mortes por neoplasias malignas de pele 6,89% do total. CONCLUSÕES: As neoplasias malignas de pele são tumores muito frequentes no Brasil, principalmente na Região Sul. É importante considerar que nesta região do país há um elevado número de descendentes de origem europeia, com pele clara, o que representa uma predisposição genética para o desenvolvimento dessas neoplasias. Além disso, muitos destes indivíduos expõem-se diariamente ao sol, pois muitos se dedicam ao trabalho rural, em alguns casos desde a infância. Sob esse viés, é possível compreender os elevados índices de casos e internações hospitalares por tumores de pele nesta região. Sendo assim, o número significativo de pacientes com este tipo de lesões ressalta a importância do exame periódico. Por fim, é necessário salientar que a principal medida para a prevenção de neoplasia maligna de pele é evitar a exposição solar, bem como a utilização de protetor solar quando esta exposição for inevitável.

TL 3342

**ANÁLISE DA MELHORA DAS COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO**

Cirenio de Almeida Barbosa; Deborah Campos Oliveira; Naiara Lamounier Ribeiro; Ronald Soares dos Santos; Igor Pimenta de Souza; Daniel Bitar Siqueira.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO - MG - BRASIL*

Objetivo: A incidência de obesos vem aumentando consideravelmente, por este motivo a doença já é considerada uma epidemia em vários países do mundo, sendo assim um dos maiores problemas de saúde pública. A obesidade mórbida é ocasionada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo, em sua maioria, acompanhada de uma série de complicações que comprometem a saúde e põe em risco a vida do indivíduo acometido. Entre as comorbidades associadas, estão os distúrbios digestivos, ortopédicos, cardiovasculares, endócrinos e respiratório. Uma das abordagens da obesidade inclui a cirurgia bariátrica. Esse procedimento possibilita a redução do peso inicial, que pode ser em média 40% em um ano a partir da realização da cirurgia. A cirurgia bariátrica tem sido utilizado para tratamento de pessoas obesas que são portadoras de Diabetes Mellitus tipo II, pois, ao induzir significante perda ponderal em indivíduos obesos, diminui a resistência à insulina e, conseqüentemente, os fatores de risco cardiovasculares. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar estatisticamente dados de trabalhos anteriormente publicados, que comprovam a diminuição de comorbidades após a realização da cirurgia bariátrica em pacientes obesos. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa em diversas bases de dados, tais como: Pubmed, LILACS, Scielo e UpToDate, com os seguintes descritores: bariátrica, obesidade, comorbidades, cirurgia metabólica, onde foram encontrados 611 resultados publicados nos últimos 5 anos. Os seguintes descritores foram combinados: obesidade, bariátrica, comorbidades, cirurgia metabólica. Resultados: Estudos publicados recentemente mostraram que a prevalência de pacientes pós-operados com hipertensão arterial sistêmica reduziu em 5,7% ,e, para apneia do sono, a redução foi de 4,8%. Já para as doenças metabólicas, como as dislipidemias, a redução foi de 2,9%. Surpreendentemente, o diabetes apresentou uma redução de 100% de sua prevalência entre os pacientes, corroborando para a afirmação de que a bariátrica tem um potente efeito protetor contra o diabetes e suas comorbidades associadas. Quando comparados a indivíduos não obesos, os indivíduos com obesidade grau I apresentam risco 3 vezes maior para o desenvolvimento do diabetes tipo 2 (não-insulino dependente), já os obesos de grau II e grau III têm 5 e 10 vezes mais chance em desenvolver a doença, respectivamente. Conclusão: Apesar de observarmos que a bariátrica pode resultar como um potente efeito protetor contra o diabetes mellitus tipo II, novos estudos com maior tempo de seguimento pós-cirúrgico precisam ser analisados, onde a principal variável é o reganho de peso.

TL 3344

**ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O NÚMERO DE PARTOS NORMAIS E PARTOS CESÁREOS NAS CINCO REGIOES DO BRASIL, DE 2014 A 2019: UM RETRATO DA REALIDADE BRASILEIRA**

Camila de Melo Cesarino Matias; Sofia Leal Tostes Malta; Fernanda Helena Sales de Paula Porto; Luiza Gaigher Albuquerque; Eduarda Magalhães Varela; Clara Lucia de Carvalho.

*UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesarianas. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece em até 15% a proporção recomendada, no Brasil esse percentual é notoriamente maior. Nas últimas décadas, têm ocorrido mundialmente uma crescente iniciativa para diminuição do número de partos cesáreos devido seus piores desfechos materno-fetais, entretanto, tais resultados ainda não são visualizados em nosso país. Estudos apontam que as taxas de realização desse procedimento, também se diferem entre regiões de um mesmo país, de modo que podemos notar uma maior prevalência de parto cesáreo de acordo com a região e seu desenvolvimento. OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo analisar a incidência de partos normais e cesários nas regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-oeste do Brasil entre os anos de 2014 e 2019 MÉTODOS. Estudo epidemiológico transversal das mulheres submetidas a parto cesárea e normal no período de 2014 a 2019, baseando-se em dados encontrados no Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Junto à análise dos dados retirados das plataformas SCIELO, PUBMED e MEDLINE, avaliando informações sobre as principais indicações para realização destes procedimentos. RESULTADOS: De acordo com dados do DATASUS, durante os anos de 2014 e 2015 o numero de partos cesáreos demonstrou queda de 3,7% no Sudeste, 6,5% na região Norte e 5,0% no Nordeste e sem alterações significativas nas regiões Sul e Centro-oeste, entretanto esses números se inverteram com um aumento gradual e progressivo de cesarianas nos anos subsequentes chegando a aumentar 9,2% no Norte e 7,2% no Sudeste no ano de 2017; 8,1% no Nordeste e 7,2% no Centro-oeste em 2018. Em relação aos partos Normais, apesar de terem mostrado um leve em 2014 e 2015, a partir de 2016 o numero de partos normais diminuiu significativamente, com redução de 10% no Nordeste e 5% no Sudeste no ano de 2016; 1,8% no Centro-oeste no ano de 2017; 3,6% na região Norte em 2018 e 4,3% no Sul em 2019. O resultado final foi de uma diminuição total de 7,8% nos partos normais e um aumento de 4,9% nos partos cesáreos no Período analisado. O maior número de cesarianas realizadas ocorreu na região Sudeste somando 1.319.605 nascimentos entre os anos de 2014 e 2019. Notou-se que as taxas de partos cesáreos são maiores em regiões de maior poder aquisitivo e desenvolvimento, como o sudeste. A diferença encontrada é por determinantes múltiplos que interferem na hora da escolha da mulher, como recursos tecnológicos e humanos disponíveis, protocolos clínicos de conduta utilizados em cada localidade, crença, status social e conveniência para mães e médicos. Conclusão: Apesar do esforço governamental na elaboração de medidas de prevenção do parto cesárea desnecessário, as ações instituídas até hoje têm sido pouco eficazes em deter a tendência de aumento das taxas de modo que a “epidemia de cesarianas” ainda é uma realidade em todo país.

TL 3345

**ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O NÚMERO DE PARTOS NORMAIS E PARTOS CESÁREOS NAS CINCO REGIÕES DO BRASIL, DE 2014 A 2019: UM RETRATO DA REALIDADE BRASILEIRA**

Sofia Leal Tostes Malta; Camila de Melo Cesarino Matias; Fernanda Helena Sales de Paula Porto; Luiza Gaigher Albuquerque; Eduarda Magalhães Varela; Clara Lucia de Carvalho.

*UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesarianas. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece em até 15% a proporção recomendada, no Brasil esse percentual é notoriamente maior. Nas últimas décadas, têm ocorrido mundialmente uma crescente iniciativa para diminuição do número de partos cesáreos devido seus piores desfechos materno-fetais, entretanto, tais resultados ainda não são visualizados em nosso país. Estudos apontam que as taxas de realização desse procedimento, também se diferem entre regiões de um mesmo país, de modo que podemos notar uma maior prevalência de parto cesáreo de acordo com a região e seu desenvolvimento. OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo analisar a incidência de partos normais e cesários nas regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-oeste do Brasil entre os anos de 2014 e 2019 MÉTODOS. Estudo epidemiológico transversal das mulheres submetidas a parto cesárea e normal no período de 2014 a 2019, baseando-se em dados encontrados no Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Junto à análise dos dados retirados das plataformas SCIELO, PUBMED e MEDLINE, avaliando informações sobre as principais indicações para realização destes procedimentos. RESULTADOS: De acordo com dados do DATASUS, durante os anos de 2014 e 2015 o número de partos cesáreos demonstrou queda de 3,7% no Sudeste, 6,5% na região Norte e 5,0% no Nordeste e sem alterações significativas nas regiões Sul e Centro-oeste, entretanto esses números se inverteram com um aumento gradual e progressivo de cesarianas nos anos subsequentes chegando a aumentar 9,2% no Norte e 7,2% no Sudeste no ano de 2017; 8,1% no Nordeste e 7,2% no Centro-oeste em 2018. Em relação aos partos Normais, apesar de terem mostrado um leve em 2014 e 2015, a partir de 2016 o número de partos normais diminuiu significativamente, com redução de 10% no Nordeste e 5% no Sudeste no ano de 2016; 1,8% no Centro-oeste no ano de 2017; 3,6% na região Norte em 2018 e 4,3% no Sul em 2019. O resultado final foi de uma diminuição total de 7,8% nos partos normais e um aumento de 4,9% nos partos cesáreos no Período analisado. O maior número de cesarianas realizadas ocorreu na região Sudeste somando 1.319.605 nascimentos entre os anos de 2014 e 2019. Notou-se que as taxas de partos cesáreos são maiores em regiões de maior poder aquisitivo e desenvolvimento, como o sudeste. A diferença encontrada é por determinantes múltiplos que interferem na hora da escolha da mulher, como recursos tecnológicos e humanos disponíveis, protocolos clínicos de conduta utilizados em cada localidade, crença, status social e conveniência para mães e médicos. Conclusão: Apesar do esforço governamental na elaboração de medidas de prevenção do parto cesárea desnecessário, as ações instituídas até hoje têm sido pouco eficazes em deter a tendência de aumento das taxas de modo que a "epidemia de cesarianas" ainda é uma realidade em todo país.

TL 3355

**PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA DE LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE OCORRIDOS NO BRASIL ENTRE 2009 E 2019**

Julia Estrazulas Falcetta; Bruna Martins de Soares; Sabrina Navroski.

*ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

Objetivo: analisar características epidemiológicas dos pacientes os quais são internados por neoplasia de lábio, cavidade oral e faringe entre 2009 e 2019 no Brasil. Além disso, observou o número de pacientes que foram a óbitos por essa doença. Dessa forma, registrando a prevalência sexo, raça, região e idade.

Método: Estudo epidemiológico transversal com dados do DATASUS, de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2019, das regiões do Brasil.

Resultados: ocorreram 289.845 neoplasias malignas de cavidade oral e faringe, nos últimos 10 anos, as quais 33.317 levaram à óbito. Sendo a maioria das internações (45,84%) na região Sudeste, seguida da região Nordeste (23,76%), região Sul (21,50%), região centro-oeste (6,62%) e região Norte (2,26%). O sexo masculino prevaleceu nas internações (71,82%) em relação ao sexo feminino (28,17%). A raça branca foi a mais prevalente (43,07%). Sendo seguida pela raça parda (32,35%), raça preta (4,83%). A faixa etária mais prevalente nas internações foi 30 anos aos 59 anos (47,77%). Sendo a faixa etária acima de 60 anos (43,15%) e menores de 29 anos (9,06%).

Conclusão: Por conseguinte, o total de óbitos desses pacientes internados, por neoplasia maligna da cavidade oral e faringe, é de 11,49 % em todo o país. Ao compararmos todas regiões do país, a região sudeste prevaleceu no número de internações e óbitos das demais regiões do Brasil. Há uma significativa prevalência da raça branca. Além disso, nota-se uma incidência muito relevante do sexo masculino. Por fim, apesar da faixa etária de 30 anos aos 59 anos prevalecer nos números de internações, há uma importante parcela de indivíduos acima de 60 anos.

TL 3358

**ANÁLISE COMPARATIVA DAS INTERNAÇÕES E ÓBITOS POR NEOPLASIA DE CÓLON NAS REGIÕES SUL E SUDESTE DO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA.**

Julia Estrazulas Falcetta; Livia Giacomet; Crissiane Melo Nepomuceno; Gabriele Winter Santana; Gabriela Kreutz Ferrari; Ana Luiza Savioli Ribeiro.

*ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

Objetivo: tendo em vista a alta prevalência e mortalidade de câncer colorretal relatada nos últimos anos, esse trabalho tem como objetivo principal comparar o número de internações e óbitos por neoplasia de cólon nas regiões Sul e Sudeste na última década.

Material: a amostra selecionada foram todos os pacientes internados, de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, devido à neoplasia de cólon nas regiões Sul de Sudeste do Brasil. Avaliaram-se sexo, idade, óbito, além de prevalência, custo e média de dias das internações.

Metodologia: trata-se de um estudo epidemiológico transversal descritivo, a partir da base de dados disponível no DATA-SUS.

Resultados: houve 185.760 internações no período na região Sudeste, sendo do total 48,95% do sexo masculino e 51,04% do feminino. Observou-se que 88% das internações ocorreram a partir dos 40 anos, 53,25% do total apenas no intervalo dos 50 ao 69 anos. No perfil dos internados, o sexo feminino prevaleceu em comparação com o masculino dos 30 aos 59 anos, após isso inverte. Houve 18.535 óbitos nessa região no período, com 99,7 óbitos a cada 100 internações. 96,14% dos óbitos foram a partir dos 40 anos e a maior mortalidade no intervalo dos 60 aos 69 anos (47,17% óbitos) tanto para homens como para mulheres. Do total, 51,95% dos óbitos foram femininos. Na região Sudeste, a média de permanência hospitalar foi de 6,3 dias, o custo total foi de 415.356.646,02 reais e o valor médio de internação foi de 2.235,99 reais. Na região Sul no mesmo período houve menos internações, 128.633, sendo 51,69% do sexo masculino e 48,30% do sexo feminino. Nessa região, as internações a partir dos 40 anos também foi prevalente (89,7%), 52,4% do total no intervalo dos 50 aos 69 anos. Observou-se maior prevalência de internações em mulheres dos 30 aos 49 anos, após há prevalência no sexo masculino até os 79 anos, quando novamente se inverte. Houve 7.553 óbitos na região Sul nesse período, com 58,71 óbitos para 1000 internações, a maioria ocorreu a partir dos 40 anos (96%) e houve maior mortalidade dos 60 aos 69 anos (27,18%), seguida pela faixa etária dos 70 aos 79 anos, com 25,73%. Na região Sul, o sexo feminino também prevaleceu com 51,3% dos óbitos totais. Nessa região, a média de permanência hospitalar foi de 4,6 dias, com custo total de 236.149.862,02 reais e o valor médio de internação de 1.835,84 reais.

Conclusão: Observa-se que homens são a maioria quando se trata de internação por neoplasia de cólon na Região Sul, enquanto mulheres associam-se com número de óbitos. Na Região Sudeste, as mulheres são a maioria, tanto em internações quanto em óbitos. Em relação à idade, pode-se verificar uma prevalência de óbitos e de internações na faixa etária de 60 à 69 anos nas duas regiões analisadas.

TL 3359

**RESSECÇÃO PANCREÁTICA ROBÓTICA. EXPERIÊNCIA PESSOAL COM 105 CASOS**

Murillo Macedo Lobo Filho; Bruno Vinicius Hortences de Mattos; Fabio Ferrari Makdissi; Marcel Autran Cesar Machado.

*HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

Objetivo: A primeira ressecção pancreática robótica no Brasil foi realizada por nossa equipe em 2008. Desde março de 2018, uma nova política nos levou a empregar sistematicamente o robô em todas cirurgias pancreáticas minimamente invasivas. O objetivo deste artigo é revisar nossa experiência com a ressecção pancreática robótica.

Métodos: Todos os pacientes submetidos a ressecção pancreática robótica de 2018 a 2019 foram incluídos. Variáveis pré- e intraoperatórias como idade, sexo, indicação, tempo cirúrgico, sangramento, diagnóstico, tamanho do tumor foram analisados.

Resultados: 105 pacientes foram submetidos a pancreatectomia robótica. A idade mediana dos pacientes foi de 60,5 anos. 55 pacientes eram do sexo feminino. 51 pacientes foram submetidos a pancreatoduodenectomia, 34 pancreatectomia distal. A morbidade foi de 23,8% e ocorreu um óbito (mortalidade de 0,9%). Três pacientes (2,8%) tiveram a operação convertida para aberta. Quatro pacientes apresentaram retardo no esvaziamento gástrico e dois apresentaram sangramento. Vinte e quatro pacientes apresentaram fístula pancreática tratada de forma conservadora com remoção tardia do dreno pancreático. Nenhum paciente necessitou de drenagem percutânea, reintervenção ou readmissão hospitalar.

Conclusões: A plataforma robótica é útil para a reconstrução do trato alimentar após pancreatoduodenectomia ou após pancreatectomia central. Pode aumentar a preservação do baço durante pancreatectomias distais. Técnicas poupadoras de pâncreas, como enucleação, ressecção de processo uncinado e pancreatectomia central, devem ser usadas para evitar insuficiência exócrina e/ou endócrina. A ressecção robótica do pâncreas é segura e viável para pacientes selecionados. Deve ser realizada em centros especializados por cirurgiões com experiência em cirurgia pancreática aberta e minimamente invasiva.

**TL 3360**

**ANÁLISE DE INTERNAÇÕES E DE ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE BEXIGA NO BRASIL ENTRE 2015 E 2020**

Julia Estrazulas Falcetta; Carolina Souza Basso; Ana Luiza Savioli Ribeiro.

*ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

**Objetivo:** A neoplasia de bexiga é a doença maligna mais comum que envolve o sistema urinário, caracterizada por um alto risco de recorrência e mortalidade, sendo mais de 90% dos tumores derivados do epitélio transicional e as deleções em 17p (p53), 18q (o locus DCC), 13q e 5p as características das lesões invasivas. Assim o estudo objetiva analisar os casos de internações e de óbitos por neoplasia maligna de bexiga no Brasil entre 2015 e 2020 visando tentar quantificar dados que exponham a severidade da doença. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal descritivo a partir de Dados do Registro de Morbidade Hospitalar da plataforma de informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de janeiro de 2015 a junho de 2020. As variáveis estudadas foram internações hospitalares e óbitos segundo à faixa etária, sexo e cor/raça.

**Resultados:** Observou-se que, das 79.495 internações no período, 56,67% ocorreram na região Sudeste, 24,26% na região Sul, 14,41% na região Nordeste, 2,98% na região Centro-Oeste e 1,65% na região Norte. Em relação ao perfil dos internados, indivíduos do sexo masculino (71,35%) com idade superior a 60 anos (77,82%) constituíram a maioria das internações em todas as regiões. No que diz respeito à raça dos internados, 61,3% era branco, sendo que 59,72% eram residentes da região Sudeste, 33,1% era pardo, 4,42% era preta, 1,15% era amarela e 0,01% era indígena. Em se tratando de óbitos, foram relatados 3498 óbitos masculinos e 1558 óbitos femininos, sendo que 58,86% eram da raça branca. A maior parte dos óbitos, 56,07% ocorreram na região Sudeste. A faixa etária mais acometida estava entre os maiores de 60 anos (83,56%),

**Conclusões:** A partir do estudo foi possível concluir que a região Sudeste teve mais internações e óbitos por neoplásica maligna de bexiga, se comparada às outras regiões do país no mesmo período. Em todas as regiões foi notável a maioria dos internados sendo homens com idade superior a 60 anos, a raça branca prevaleceu no perfil dos internados. Houve uma maior prevalência no sexo masculino com idade maior que 60 anos nos óbitos, o que coincide com o perfil dos internados. Esses resultados são importantes para ressaltar a importância da investigação dos sintomas, acompanhamento médico e adesão ao tratamento principalmente na neoplasia maligna de bexiga.

**TL 3361**

**ANÁLISE DA MORTALIDADE FEMININA E MASCULINA POR NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA NO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA**

Julia Estrazulas Falcetta; Victoria Bento Alves Paglioli; Gabriela Kreutz Ferrari; Carolina Souza Basso; Julia Bortolini Roehrig; Lucas Henrique Skalei Redmann; René Ochagavia Chagas de Oliveira; Bruna Martins de Soares.

*ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

**Objetivo:** Tendo em vista a alta prevalência de óbitos por neoplasia maligna de mama no Brasil relatada nos últimos anos, esse trabalho tem como objetivo principal analisar a mortalidade feminina e masculina por neoplasia maligna da mama no Brasil nos últimos 10 anos. Os dados avaliados foram sexo, cor/raça, faixa etária, número de óbitos e região do país.

**Materiais:** Dados do Registro de Morbidade hospitalar da plataforma de informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS) acerca de indivíduos que faleceram no Brasil por neoplasia maligna da mama.

**Metodologia:** Foi utilizado o método de estudo epidemiológico transversal descritivo através banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) da última década.

**Resultados:** Ocorreram 49.485 óbitos por neoplasias malignas de mama na última década no Brasil. Sendo o sexo feminino (98,77%) e sexo masculino (1,22%) A região mais prevalente foi a região Sudeste (54,43%). Seguida da região nordeste (19,59%), região Sul (16,70%), região Centro-Oeste (6,06%) e região Norte (3,20%). A faixa etária dos óbitos mais prevalentes por neoplasias malignas da mama foi abaixo dos 60 anos (55,95%).

**Conclusão:** Sendo assim, foi constatado que os casos de neoplasia maligna de mama ocorrem majoritariamente no sexo feminino, na região Sudeste do país, as quais os óbitos são mulheres abaixo de 60 anos. A incidência no sexo masculino é mínima, beirando 2% dos casos na última década.

TL 3363

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA POR REGIÕES DAS INTERNAÇÕES POR QUEIMADURAS NO BRASIL NO ANO DE 2019**

Julia Estrazulas Falcetta; Bruna Martins de Soares; Vitória Fassina; Julia Bortolini Roehrig; Victoria Bento Alves Paglioli; Lucas Henrique Skalei Redmann; René Ochagavia Chagas de Oliveira.

*ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

**Objetivo:** As queimaduras são consideradas uma lesão, podendo ser rotuladas como térmicas, químicas ou elétricas. Dependendo da profundidade do dano causado, as queimaduras podem ser classificadas em: primeiro grau, quando atinge a camada superficial; segundo grau, quando atingindo mais profundamente a pele, podendo formar bolhas e terceiro grau, quando todas as camadas da pele são lesionadas. Assim esse estudo tende a analisar de forma regional, a quantidade de internações por queimaduras no Brasil no ano de 2019, com o objetivo de visualizar em qual região é mais prevalente.

**Materiais:** Foram analisados os dados referentes às internações por queimaduras nas cinco regiões do país, fornecidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Foram estudadas variáveis como sexo, raça e faixa etária dos internados.

**Metodologia:** A coleta de dados ocorreu através de um estudo epidemiológico transversal descritivo a partir de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), de janeiro a dezembro de 2019.

**Resultados:** Observou-se que, das 27.272 internações no período, 33,68% ocorreram na região Sudeste, 27,91% na região Nordeste, 17,51% na região Sul, 15,14% na região Centro-Oeste e 5,73% na região Norte. Em relação ao perfil dos internados, indivíduos do sexo masculino prevaleceram em todas as regiões com 63,10%, sendo 34,10% residentes da região Sudeste, em relação ao feminino com 36,89%, sendo 32,97% desses também da região Sudeste. No que diz respeito à raça dos internados, 26,73% se identificaram como brancos, sendo desses 40,37% da região Sudeste, 3,27% como pretos e 0,27% da indígenas. Em se tratando da faixa etária, 48,01% tinham até 29 anos, 41,32% tinham entre 30 até 59 anos e 10,65% com mais de 60 anos, todos os intervalos etários prevaleceram no Sudeste.

**Conclusão:** Observa-se que o número de internações por queimaduras em 2019 é maior na região sudeste do país e prevalece em pacientes com perfil masculinos, pardos e na faixa etária entre menores de um ano até 29 anos.

TL 3365

**PANORAMA DA NEOPLASIA MALIGNA DE PELE NA REGIÃO SUL DO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS INTERNAÇÕES E ÓBITOS OCORRIDOS NA ÚLTIMA DÉCADA.**

Julia Estrazulas Falcetta; Ana Luiza Savioli Ribeiro; Vitória Fassina; Laura Toffoli; Isabella Montemaggiore Busin; Livia Giacomet; Carolina Souza Basso.

*ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

**Objetivo:** O câncer de pele é a neoplasia mais frequente no Brasil e corresponde de 25 a 30% de todos os tumores malignos, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca). O tratamento envolve uma equipe multiprofissional, incluindo o cirurgião plástico, visando a remoção do tumor em fases iniciais. Assim, esse trabalho objetiva analisar as internações e óbitos por neoplasia maligna de pele na região sul do Brasil nos últimos 10 anos.

**Método:** Estudo epidemiológico transversal descritivo a partir de dados registrados na plataforma de informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), de junho de 2010 a junho de 2020. As variáveis estudadas foram internações, óbitos, faixa etária, sexo, cor/raça, região do país.

**Resultados:** A região sul do país contabilizou 1.562 óbitos por neoplasia maligna de pele, sendo 548 no Rio Grande do Sul, 527 em Santa Catarina e 487 no Paraná. Óbitos do sexo masculino tiveram maior prevalência em todos os estados analisados: 60% no Rio Grande do Sul, 60,3% em Santa Catarina e 58,1% no Paraná. Também houve prevalência dos óbitos de raça branca em todos os estados: 83,9% no Rio Grande do Sul, 96% em Santa Catarina e 87,4% no Paraná. A raça parda teve maior prevalência nos óbitos do estado do Paraná (7,39%), enquanto no Rio Grande do Sul representou 1,27% e em Santa Catarina 1,32%. A raça amarela correspondeu à 0,54% dos óbitos no Rio Grande do Sul, 0,18% em Santa Catarina e 0,61% no Paraná. A raça indígena não teve registro de óbitos. No Rio Grande do Sul, 12,9% dos óbitos foram registrados sem informações, em Santa Catarina 2%, e no Paraná 3,9%. Quanto às internações, foram registradas 22.516, sendo 38,4% no estado do Rio Grande do Sul, 24% em Santa Catarina e 37,6% no Paraná. No Rio Grande do Sul, 4377 internações foram do sexo masculino e 4266 do sexo feminino. Dentre os pacientes internados, 88,5% eram de cor branca, 0,6% preta, 1,4% parda, 0,5% amarela e os 9% restantes sem informação. Em Santa Catarina, 2665 internações foram do sexo masculino e 2737 do sexo feminino. A porcentagem de internados de raça branca foi de 96%, enquanto 0,5% foram de raça preta, 0,9% parda, 0,4% amarela, 0,03% indígena e 2,2% sem informação. No Paraná, foram internados 4245 homens e 4226 mulheres. Por fim, 80,5% eram brancos, 0,7% pretos, 5% pardos, 0,3% amarelos, 0,02% indígenas e 13,5% sem informação.

**Conclusão:** Nesse sentido, a incidência elevada de melanoma na região sul do país segue significativa, sendo o sexo masculino responsável pelo maior número de óbitos, além da raça branca. Conhecer o aumento da incidência dessa enfermidade e o perfil de pacientes acometidos possibilita planejar ações no âmbito da educação em saúde e da prevenção primária e secundária dessa neoplasia.

TL 3378

**TRANSPLANTE DE MICROBIOTA FECAL PARA O TRATAMENTO DE COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE**

Cirenio de Almeida Barbosa<sup>1</sup>; Deborah Campos Oliveira<sup>1</sup>; Isabela Veiga Martins Alves<sup>2</sup>; Ronald Soares dos Santos<sup>1</sup>; Júlia Gallo de Alvarenga Mafra<sup>1</sup>; Nathália Moura de Melo Delgado<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP, OURO PRETO - MG - BRASIL
2. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura sobre o transplante de microbiota fecal em pacientes acometidos por colite pseudomembranosa pelo *Clostridium difficile*, a fim de elucidar sua aplicabilidade, relevância e seus benefícios.

**MÉTODO:** Foi realizada uma revisão da literatura, nas bases de dados Scielo e PubMed nos idiomas inglês e português utilizando os descritores: transplante de microbiota fecal, *Clostridium difficile*, enterocolite pseudomembranosa. Foram selecionados artigos de 2015 à 2019.

**RESULTADOS:** O *Clostridium difficile* é o principal agente etiológico da colite pseudomembranosa e está presente em até 20% dos adultos hospitalizados. A etiopatogênese dessa patologia depende da disbiose da microbiota intestinal. A clínica geralmente consiste em um quadro de diarreia líquida, com presença de sangue e pus, cólicas, febre e desidratação. O tratamento por meio do transplante de microbiota fecal se baseia em uma competição da microbiota inserida com o patógeno em busca de nutrientes, gerando um ambiente desfavorável para o seu crescimento. Esse procedimento que pode ser realizado por via nasojunal, nasogástrica, endoscópica, através de enemas ou colonoscópica cursa com infusão de solução composta pelas fezes do doador e soro fisiológico. Como esse tratamento repõe a microflora intestinal, ele possui superioridade comparado à antibioticoterapia, que pode reduzir a diversidade microbiana de um indivíduo, além de possuir alto índice de falha. Mais de 500 casos descritos na literatura demonstram taxa de cura média de 90%, justificando sua relevância.

**CONCLUSÕES:** O transplante de microbiota fecal torna-se uma alternativa importante na abordagem terapêutica da infecção intestinal por *C. difficile*, apresentando grandes benefícios, sendo consensual a sua superioridade em relação à terapêutica antibiótica convencional, que pode perturbar a diversidade saudável das bactérias intestinais, como também gerar resistência, além de apresentar baixa eficácia clínica.

TL 3381

**FATORES RELEVANTES EM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA**

Gabriela Vasconcelos de Moura<sup>1</sup>; Vítor Pereira Contini<sup>1</sup>; Laura de Lima Bigolin<sup>1</sup>; Luísa Mendonça de Souza Pinheiro<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL

**Objetivo:** Determinar, a partir da bibliografia disponível, a existência de relação entre fatores pré e pós-natais relevantes ao desfecho clínico e à sobrevida de pacientes com Hérnia Diafragmática Congênita (HDC) e as abordagens terapêuticas mais frequentemente utilizadas. **Método:** Foram analisados 27 estudos, coletados de fevereiro a julho de 2020 nos bancos de dados PubMed e SciELO, indexados pelos descritores pesquisados em DECs/MeSH: "congenital diaphragmatic hernia", "videoassisted thoracic surgery", "hérnias diafragmáticas congênitas". Aplicados os critérios de exclusão, foram rejeitados os que não atendiam ao objetivo do presente estudo em seu delineamento, não apresentavam resultados conclusivos, não dispunham de seguimento após o diagnóstico ou eram relatos de caso. Ao final, foram analisados dados de 4 estudos. **Resultados:** Três desses estudos abordavam o primeiro objetivo, analisando a relação de fatores pré e pós-natais e o prognóstico de pacientes com HDC, totalizando 151 casos da patologia. Destes, 76 (50.3%) obtiveram diagnóstico durante o pré-natal e 107 (70.8%) nasceram à termo. Do total de pacientes analisados, 32 (21.2%) possuíam alguma malformação cardíaca e 108 (71.53%) apresentaram desconforto respiratório necessitando ventilação mecânica. Ao desfecho, tem-se que 40 nascituros (26.49%) não foram sequer submetidos à cirurgia, tendo evoluído a óbito. Os 111 pacientes sobreviventes foram operados, 78 (70.27%) obtiveram prognóstico positivo, sucedendo em alta, e os outros 33 (29.73%) operados não sobreviveram. Os óbitos totais, portanto, contam 73 (48.34%). Um único estudo encontrado aborda o segundo objetivo do presente estudo, ou seja, as metodologias cirúrgicas adotadas. Esse estudo consiste em uma meta-análise de oito estudos com um total de 4698 pacientes. Cirurgias endoscópicas (CE) correspondem a 288 (6.13%) e cirurgias à céu aberto (CCA) a 4410 (93.87%). Das abordagens por CE, 26 (9.02%) foram laparoscópicas e 262 (90.98%) por toracoscópicas. As reincidências nos casos tratados por CE foram consideravelmente maiores (p

TL 3383

**INTERNAÇÕES EM DECORRÊNCIA DE HÉRNIA INGUINAL EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO ATÉ 14 ANOS, EM PELOTAS/RS: UMA ANÁLISE DESCRITIVA.**

Maria Clara Mendes Ligório; Gabriela Vasconcelos de Moura.

*UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL*

**OBJETIVOS:** Descrever o número de internações por hérnia inguinal (HI) em crianças menores de um ano até os 14 anos de idade, na cidade de Pelotas – RS, entre 2009 e 2019. **MÉTODOS:** Estudo transversal descritivo e retrospectivo com base na observação dos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foram incluídas todas as internações hospitalares em decorrência de hérnia inguinal em crianças com menos de 1 ano até 14 anos, registrados por ano, entre 2009 e 2019 ocorridos em Pelotas - RS. Analisando em conjunto e separadamente, por faixa etária, sexo e caráter de atendimento. **RESULTADOS:** Foram registradas 481 internações por hérnia inguinal neste período. Destas, menores de 1 ano representam 27% (n=130), crianças na faixa etária de 1 a 4 anos representam 41.2% (n=198), de 5 a 9 anos 22.7% (n=109) e de 10 a 14 anos 9.1% (n=44). Dentre todas as internações, o sexo masculino corresponde à maioria, com 85.8% (n=413) das internações. O caráter eletivo de internação foi de 72% (n=346), enquanto as internações de urgência representam 28% (n=135) do total. Das 135 internações de urgência, as crianças menores de 1 ano são responsáveis por 37.8% (n=51), crianças de 1 a 4 anos 36.3% (n=49), de 5 a 9 anos 18.5% (n=25) e de 10 a 14 anos 7.4% (n=10). Apesar de o maior número de internações por HI ser de crianças entre 1 e 4 anos, os menores de 1 ano foram responsáveis pela maior parcela de internações de urgência e 39.2% do total da faixa etária foi em caráter de urgência. **CONCLUSÕES:** Observa-se que as internações por HI na cidade de Pelotas (RS) foram mais frequentes em paciente do sexo masculino. Quanto à idade do paciente, menores de 1 ano até 4 anos, correspondem a 68.2% do total. Esta mesma faixa etária, também, foi maioria quanto ao caráter urgente da internação, entretanto, entre as faixas etárias analisadas, infere-se que pacientes menores de 1 ano são mais propensos a precisar de internação de urgência quando comparados às demais faixas etárias.

TL 3387

**ANÁLISE DA PERSPECTIVA DA SOCIEDADE SOBRE O PERFIL FEMININO NA CIRURGIA**

Ana Rhara Bergemann Souza Oliva Lima<sup>1</sup>; Bianca Jimenes Manzolli Lopes Sanches<sup>1</sup>; Lara Manrique Anacleto Lima<sup>1</sup>; Juliana Reichmann de Oliveira<sup>1</sup>; Isabelle Luísa de Lima Naideg dos Santos<sup>1</sup>; André Luis Prestes<sup>1</sup>; Fernanda Pavão de Mello Santos<sup>1</sup>; Mário Perez Gimén

1. USCS, SÃO CAETANO DO SUL - SP - BRASIL
2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**OBJETIVO:** A expansão do número de escolas médicas foi acompanhada do aumento da presença feminina na medicina, de 13% para 45,6% do total de médicos. Na cirurgia por sua vez, campo no qual a atuação feminina era vetada até meados do século XX, cresce lentamente o número de mulheres, de forma que hoje 21% das vagas de residência médica em cirurgia geral são ocupadas por elas, dentre as quais a maioria opta por seguir áreas como a cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e cirurgia vascular. A carga horária excessiva, falta de modelos femininos e estigmas sociais que reforçam a área como de perfil masculino, podem contribuir para menor procura feminina à cirurgia. O "Journal Vascular Surgery" publicou a respeito da prevalência dos comportamentos anti-profissionais dos cirurgiões em mídias sociais. Segundo dados coletados ¼ dos profissionais possuíam conteúdos como posições provocativas de biquíni, roupas de banho ou de halloween, além de postagens relativas ao uso do álcool ou posicionamentos políticos e religiosos controversos. Esse estudo analisará a perspectiva da sociedade sobre o perfil feminino na cirurgia e os fatores pessoais que podem ou não influenciar sua carreira, bem como se tais estigmas são os mesmos entre os sexos.

**MÉTODO:** Estudo prospectivo de fatores preditivos influenciadores da carreira feminina na cirurgia, realizado com 703 indivíduos, durante um período de quatro dias no ano de 2020. Para a obtenção dos dados os pesquisadores aplicaram um questionário via internet.

**RESULTADOS:** As mulheres correspondem a 74,2% do público estudado e a moda de idade dos indivíduos é de 21 anos, variando na faixa-etária de 14 a 72 anos. Dos participantes da pesquisa somente 8,3% possui relação de parentesco com médica cirurgiã e 32,1% são mulheres que desejam seguir a carreira cirúrgica, nas quais poderia haver conflito de interesse relacionado. Há uma acentuada diferença na perspectiva desse público-alvo quanto a relação de homens e mulheres na medicina em geral e na carreira cirúrgica, sendo que em ambas acredita-se haver prevalência quantitativa do sexo masculino, 42,4% na medicina em geral e 86,7% na cirurgia. Nessa amostra, 97,1% não acreditam que a mulher na cirurgia seja menos capaz de desenvolver habilidades e conhecimentos técnicos, e 95,8% não mudariam de profissional com base no sexo se tivessem a oportunidade. Um valor considerável de indivíduos (26,8%) acreditam que a postura ou apresentação pessoal da mulher possa influenciar no seu trabalho, e desses, 12,6% acreditam haver influência somente no sexo feminino.

**CONCLUSÃO:** Depreende-se que para a sociedade, o perfil masculino é quantitativamente maior na medicina, área cirúrgica ou não, embora denote-se o crescimento feminino. Não há diferenças quanto ao conhecimento técnico e habilidade comparativa entre os sexos para este público, embora corroborem que há influência do comportamento pessoal fora do trabalho na carreira, e que a mulher pode sofrer mais com os estigmas sociais.

TL 3393

**UTILIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA PARA GUIAR PUNÇÃO VENOSA CENTRAL EM HOSPITAIS DE MANAUS**

Anfremon D'Amazonas Monteiro Neto<sup>1</sup>; Renata Motoki Amorim Pereira<sup>2</sup>; Rosane Dias da Rosa<sup>1</sup>;  
Fernando Luiz Westphal<sup>1</sup>; Juscimar Carneiro Neves<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA - PPGRACI, MANAUS - AM - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, FACULDADE DE MEDICINA, MANAUS - AM - BRASIL

Objetivo: identificar a frequência da utilização da técnica do ultrassom como guia para punções venosas centrais em hospitais terciários da cidade de Manaus/Amazonas. Métodos: estudo observacional, transversal e descritivo realizado entre novembro de 2017 a agosto de 2018. Foi aplicado um questionário eletrônico aos médicos que punçionam acessos venosos centrais em três hospitais públicos e um privado. Foram avaliados a frequência da utilização de ultrassom e os principais empecilhos encontrados para a adoção da técnica. Para as análises das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado. O nível de significância foi de 5%. Resultados: Foram entrevistados 200 médicos, sendo 173 (86,5%) de instituições públicas e 92 (46%) eram especialistas. 148 (74%) já haviam utilizado o ultrassom ao menos uma vez, entretanto a taxa de uso foi de 43,9% e o motivo mais relatado para a não utilização da tecnologia foi a indisponibilidade imediata do aparelho (68,2%). Entre os 52 (26%) participantes que nunca utilizaram o método, a principal alegação foi a falta de treinamento (69,2%). Dificuldades anatômicas (80%), obesidade (70%) e distúrbios de coagulação (67%) foram os principais fatores citados para uma escolha preferencial pela ultrassonografia. Os participantes com idade superior a 50 anos utilizavam menos a USG, porém sem significância estatística ( $p=0,062$ ). Conclusão: Apesar de seus benefícios relatados na literatura, a ultrassonografia ainda não é utilizada de forma sistemática nos hospitais da cidade. Treinamento adequado, disponibilização ampla e facilitação de acesso aos aparelhos parecem ser os caminhos para melhorar este cenário.

TL 3394

**AValiação DO DESEMPENHO DO ESCORE PROGNÓSTICO DE GLASGOW NO CâNCER GáSTRICO: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE**

Higino Felipe Figueiredo<sup>1</sup>; Rosane Dias da Rosa<sup>1</sup>; Luciana Botinelly Mendonça Fujimoto<sup>2</sup>;  
Renata Motoki Amorim Pereira<sup>3</sup>; Fernando Luiz Westphal<sup>1</sup>; Gerson Suguiyama Nakajima<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA - PPGRACI, MANAUS - AM - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E MEDICINA LEGAL, MANAUS - AM - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, FACULDA

Objetivo: analisar a associação do escore prognóstico de Glasgow com sobrevida de pacientes portadores de carcinoma gástrico, através de revisão sistemática e meta-análise. Método: Foi seguida a metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses-PRISMA, com pesquisa nas plataformas Medline, Web of Science e SCOPUS, utilizando descritores apropriados. Foram incluídos estudos clínicos e observacionais, publicados antes de 30.09.2017 e sem restrição de linguagem. Os critérios de inclusão foram a utilização do escore prognóstico de Glasgow como fator prognóstico em pacientes com diagnóstico histológico de carcinoma gástrico; idade superior a 18 anos; submetidos à quimioterapia, radioterapia ou cirurgia; com dosagem de Proteína C Reativa e albumina no pré-tratamento; e com dados referentes à sobrevida durante o estudo. A qualidade dos estudos foi avaliada com a Escala de Newcastle-Ottawa e o risco de viés com ferramenta da Cochrane Collaboration. Hazard-Ratio e Intervalo de Confiança de 95% foram extraídos dos estudos, e a significância estatística definida como  $p<0,05$ . Resultados: Foram identificados 255 artigos, e por fim, analisados 15 estudos, todos com delineamento de coorte. Doze destes envolveram mais de 100 pacientes. O sexo preponderante foi o masculino e a faixa etária mais prevalente foi a quinta década de vida. O seguimento dos pacientes ocorreu entre 9,1 meses e 7 anos. O principal tratamento empregado, relacionado ao uso do GPS, foi a cirurgia em nove estudos e a quimioterapia em seis. A pontuação preponderante do GPS foi 0. A meta-análise demonstrou a associação entre a maior pontuação GPS e pior sobrevida global, com índices de heterogeneidade aceitáveis no grupo (1-0) com I-squared de 0% e  $p=0,794$ , no grupo (2-0) com I-squared de 27,4% e  $p=0,247$  e no grupo (1/2-0) com I-squared de 4,1% e  $p=0,400$ . Dois estudos não foram incluídos pela falta de dados de sobrevida global e pontuação NOS  $\leq 7$ . Estratificados os pacientes com tratamento cirúrgico, verificou-se aumento do risco do GPS elevado pré-tratamento associado à sobrevida global, com todos os estudos apresentando aumento do risco. Porém, no grupo de comparação (2-0) houve aumento da heterogeneidade (I-squared de 59,4%;  $p=0,116$ ). Naqueles tratados com quimioterapia, observou-se a redução da sobrevida global com a maior pontuação do GPS, mas com aumento da heterogeneidade no grupo (2-0) com I-squared de 83% e  $p=0,015$ . Conclusão: A análise apresentou o escore prognóstico de Glasgow como fator de risco relacionado à sobrevida e considerado marcador prognóstico independente quando relacionado à sobrevida global dos pacientes com câncer gástrico que realizaram cirurgia e quimioterapia. Comprovando seu potencial para utilização na prática clínica, devido ao baixo custo e fácil acesso, tanto na rede pública quanto no setor privado.

TL 3396

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À COMPLICAÇÃO NA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI.**

Marina Fernanda Brum Ribeiro.

*HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL*

**OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho foi analisar e descrever o perfil clínico e avaliar o manejo peri-operatório e pós-operatório de pacientes submetidos à apendicectomia. Investigar e comparar os achados do procedimento invasivo bem como suas complicações pós-operatórias em pacientes com apendicite aguda internados no Hospital Geral de Itapevi.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo realizado no Hospital Geral de Itapevi, Itapevi, São Paulo, Brasil. Foram coletado os dados de 219 prontuários de pacientes submetidos à apendicectomia no período de novembro de 2016 a dezembro de 2019. Levaram-se em consideração as seguintes variáveis: sexo, idade, fase evolutiva, tipo de incisão, técnica operatória, tempo de internação e complicações.

**RESULTADOS:** Dos 219 pacientes apendicetomizados, 71% foi realizado por incisão em fossa ilíaca direita, 27% por incisão mediana e 2% por videolaparoscopia. As complicações ocorreram em 3,2%, sendo 1,77 vezes mais frequentes em incisão mediana que laparotômica.

**CONCLUSÃO:** Níveis consideráveis de complicação ocorrem nas apendicectomias e diversos fatores podem influenciar. Incisão mediana contribuiu para aumento deste número e cirurgias laparoscópicas tendem a ter menores taxas de complicação.

TL 3397

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À COMPLICAÇÃO NA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI.**

Marina Fernanda Brum Ribeiro; Marília Loureiro Gois Cavalcante; Bráulio Brandão Ladeira; Renato Catarino Vieira Lima; Maite Chrysostomo; Caio Lorenção Zavaris.

*HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL*

**OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho foi analisar e descrever o perfil clínico e avaliar o manejo peri-operatório e pós-operatório de pacientes submetidos à apendicectomia. Investigar e comparar os achados do procedimento invasivo bem como suas complicações pós-operatórias em pacientes com apendicite aguda internados no Hospital Geral de Itapevi.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo realizado no Hospital Geral de Itapevi, Itapevi, São Paulo, Brasil. Foram coletado os dados de 219 prontuários de pacientes submetidos à apendicectomia no período de novembro de 2016 a dezembro de 2019. Levaram-se em consideração as seguintes variáveis: sexo, idade, fase evolutiva, tipo de incisão, técnica operatória, tempo de internação e complicações.

**RESULTADOS:** Dos 219 pacientes apendicetomizados, 71% foi realizado por incisão em fossa ilíaca direita, 27% por incisão mediana e 2% por videolaparoscopia. As complicações ocorreram em 3,2%, sendo 1,77 vezes mais frequentes em incisão mediana que laparotômica.

**CONCLUSÃO:** Níveis consideráveis de complicação ocorrem nas apendicectomias e diversos fatores podem influenciar. Incisão mediana contribuiu para aumento deste número e cirurgias laparoscópicas tendem a ter menores taxas de complicação.

TL 3398

**TRATAMENTO DE LESÕES ESOFÁGICAS CERVICAIS COM USO DO TUBO DE MONTGOMERY**

Fernando Luiz Westphal<sup>1</sup>; Renata Motoki Amorim Pereira<sup>2</sup>; Luiz Carlos de Lima<sup>3</sup>; José Corrêa Lima Netto; Breno Melo Catunda de Souza<sup>4</sup>; Maurissathler Abreu Nery<sup>5</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA - PPGRACI, MANAUS - AM - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, FACULDADE DE MEDICINA, MANAUS - AM - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚ

Objetivo: Analisar a utilização do tubo T de Montgomery para o tratamento de lesões esofágicas cervicais tardias em um hospital terciário. Método: Estudo retrospectivo de pacientes atendidos no serviço de cirurgia torácica do Hospital Beneficente Portuguesa de Manaus em um período de 12 anos. Foram analisados os prontuários dos pacientes com perfurações esofágicas cervicais com fístulas esôfago-cutâneas e pesquisados os seguintes dados: idade, sexo, método diagnóstico da lesão esofágica cervical, tipos de trauma, condições locais e resultados obtidos. Resultados: Foram encontrados 5 pacientes com lesões esofágicas cervicais tardias tratados com a utilização do tubo T de Montgomery, destes 3 (60%) eram do sexo feminino e 2 (40%) do sexo masculino. A idade dos avaliados variou de 32 a 62 anos, com média de 44 anos. As complicações de procedimentos esofágicos foram responsáveis por 60% das fístulas, os 40% restantes foram devido à trauma direto ou à ingestão de corpo estranho. Todos os pacientes apresentaram cervicalgia e disfagia como sintomas iniciais, além de drenagem de saliva pela fístula. Todas as lesões estavam relacionadas a produção de secreção purulenta e 3 (60%) pacientes apresentavam septicemia. Devido à contaminação e ao comprometimento do tecido, foi feita a escolha pela Esofagorrafia e colocação do Tubo de Montgomery culminando com o fechamento completo das fístulas. A alimentação foi realizada por gastrostomia endoscópica. Conclusões: A criação de uma fístula controlada através do tubo T pode ser uma escolha para as lesões tratadas tardiamente na vigência de infecção, visto a alta incidência de deiscência do reparo e de vazamento recorrente. Além disso, em locais com recursos escassos, onde as endopróteses não são uma opção viável, o baixo custo do tubo T o torna um potencial substituto.

TL 3406

**NEOPLASIA MALIGNA DA TIREOIDE: ESTUDO RETROSPECTIVO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 2013 A 2018 NO ESTADO DO PARANÁ**

Lucas Victoy Guimarães Zengo<sup>1</sup>; Fernando Nunes Ribeiro<sup>2</sup>; Wendreo Charles de Campos<sup>2</sup>; Ramiro Augusto Martins da Costa<sup>2</sup>; Pablo Guarisco Ferreira<sup>3</sup>; Juliano Karvat de Oliveira<sup>2</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ (FAG), GOIANIA - GO - BRASIL
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CAMPUS TOLEDO, CASCAVEL - PR - BRASIL

Objetivos: Este estudo visa demonstrar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna da tireoide no estado do Paraná.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. Esta análise avaliou 2.760 pacientes, por meio da Integração dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), no banco de dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer). Os dados foram tabulados entre o período de 2013 a 2018. A população estudada são todos os pacientes diagnosticados com câncer de tireoide do Paraná, durante o período referido. Os dados foram estratificados por faixa etária, sexo, etnia, tipos histológicos e histórico familiar de câncer.

Resultados: Dessa forma, dos 2.760 pacientes, a faixa etária mais acometida foi entre 40 a 49 anos, totalizando 629 pacientes (22,78%), houve predomínio do sexo feminino com 2.207 casos (79,96%), sendo a maioria da raça branca, 2.136 pacientes (77,39%). Dentre os tipos histológicos encontrados, os mais prevalentes foram o carcinoma papilífero com 1.897 pacientes (68,73%). Carcinoma papilar (variante folicular) com 267 (9,67%), adenocarcinoma folicular SOE com 93 (3,3%), carcinoma medular com 40 (1,4%) e carcinoma anaplásico SOE com 18 (0,6%). Ademais, 340 tinham histórico familiar da doença (12,31%), porém não havia informação de 2099 pacientes (76%).

Conclusão: Diante disso, os achados concordam com a literatura existente e, por conseguinte, são consistentes com a epidemiologia do câncer de tireoide, demonstrando prevalência do sexo feminino, faixa etária entre 40 a 49 anos, bem como predomínio do tipo histológico carcinoma papilífero. Além disso, percebe-se a necessidade de mais informações quanto ao histórico familiar, visto também ser um fator de risco para a doença.

Referências: INCA. Integração dos Registros Hospitalares de Câncer. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>. Acessado em: 14/08/2020

TL 3410

**NEOPLASIA MALIGNA DA TIREOIDE: ESTUDO RETROSPECTIVO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 2013 A 2018 NO ESTADO DO PARANÁ**

Lucas Victoy Guimarães Zengo<sup>1</sup>; Fernando Nunes Ribeiro<sup>2</sup>; Wendreo Charles de Campos<sup>2</sup>; Ramiro Augusto Martins da Costa<sup>2</sup>; Pablo Guarisco Ferreira<sup>3</sup>; Juliano Karvat de Oliveira<sup>2</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ (FAG), GOIANIA - GO - BRASIL
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CAMPUS TOLEDO, CASCAVEL - PR - BRASIL

**Objetivos:** Este estudo visa demonstrar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna da tireoide no estado do Paraná.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. Esta análise avaliou 2.760 pacientes, por meio da Integração dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), no banco de dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer). Os dados foram tabulados entre o período de 2013 a 2018. A população estudada são todos os pacientes diagnosticados com câncer de tireoide do Paraná, durante o período referido. Os dados foram estratificados por faixa etária, sexo, etnia, tipos histológicos e histórico familiar de câncer.

**Resultados:** Dessa forma, dos 2.760 pacientes, a faixa etária mais acometida foi entre 40 a 49 anos, totalizando 629 pacientes (22,78%), houve predomínio do sexo feminino com 2.207 casos (79,96%), sendo a maioria da raça branca, 2.136 pacientes (77,39%). Dentre os tipos histológicos encontrados, os mais prevalentes foram o carcinoma papilífero com 1.897 pacientes (68,73%). Carcinoma papilar (variante folicular) com 267 (9,67%), adenocarcinoma folicular SOE com 93 (3,3%), carcinoma medular com 40 (1,4%) e carcinoma anaplásico SOE com 18 (0,6%). Ademais, 340 tinham histórico familiar da doença (12,31%), porém não havia informação de 2099 pacientes (76%).

**Conclusão:** Diante disso, os achados concordam com a literatura existente e, por conseguinte, são consistentes com a epidemiologia do câncer de tireoide, demonstrando prevalência do sexo feminino, faixa etária entre 40 a 49 anos, bem como predomínio do tipo histológico carcinoma papilífero. Além disso, percebe-se a necessidade de mais informações quanto ao histórico familiar, visto também ser um fator de risco para a doença.

**Referências:** INCA. Integração dos Registros Hospitalares de Câncer. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>. Acessado em: 14/08/2020

TL 3427

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA-PR**

Luiz Carlos Von Bahten<sup>1</sup>; Gabriela Richa Artuzi<sup>1</sup>; Emanuelle Thais Zanatta<sup>2</sup>; Angela Guzzo Lemke<sup>1</sup>; Nathalia Miguel de Souza<sup>1</sup>.

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL
2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA - PR - BRASIL

**Objetivo:** Realizar uma análise epidemiológica de pacientes vítimas de acidentes de trabalho relacionados a queda de nível, acidente automobilístico durante o turno de trabalho e ferimentos cortocotusos por manuseio de instrumentos, formando uma estimativa dos gastos para o Hospital Universitário Cajuru e dias de afastamento de trabalho. **Método:** Este estudo quantitativo retrospectivo avaliou 42 atendimentos de pacientes vítimas de acidentes de trabalho no Hospital Universitário Cajuru entre abril e maio de 2020. Aplicou-se um questionário aos pacientes e avaliou-se os prontuários eletrônicos pós atendimento. Os dados foram reunidos e analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.0. Armonk, NY: IBM Corp. **Resultados:** O tipo de acidente mais acometido foi ferimento cortocotusos em extremidades por manuseio de instrumentos. O procedimento mais realizado foi a sutura de ferimentos, seguido dos procedimentos ortopédicos. Exames complementares foram necessários na maioria dos atendimentos, com predomínio das radiografias em quase sua totalidade. Os AT despenderam de 1 a 15 dias de afastamento de trabalho. O custo total gerado ao hospital variou de R\$ 6,78 a R\$ 2155,17. Quando estratificado o custo, o valor máximo para total dos pacientes não internados foi de R\$ 372,06 com predominância dos exames complementares. Já para os internados o valor variou de R\$441,75 a R\$ 2155,17, tendo como maior parte do custo as diárias de enfermaria. Foi encontrada diferença significativa nos custos entre os trabalhadores que usam equipamentos de proteção individual para os que não, observando que o custo foi maior para aqueles que não usam EPI's. **Conclusões:** A falta de utilização dos equipamentos de proteção individual gerou um maior custo ao Hospital Universitário Cajuru, o que reforça a valia do uso de equipamentos e de sua verificação pelo empregador. Somado a isso, temos que os AT geram um prejuízo nas atividades do trabalhador, visto que promovem afastamento laboral. Isso gera abertura para uma nova discussão de quanto a menos um empregador gasta se disponibilizar e verificar o uso dos EPI's em relação aos dias de trabalho perdidos devido ao acidente de trabalho.

TL 3430

**REVISÃO SISTEMÁTICA: TRANSFUSÃO AUTÓLOGA EM SITUAÇÃO DE TRAUMA**

Wenderson Werneck Xavier Barroso<sup>1</sup>; Gabriella Santos de Oliveira<sup>1</sup>; Julia de Oliveira Melo<sup>2</sup>;  
Pedro Victor Matos Moreno da Silva<sup>1</sup>; Ricardo Barros Martins Rezende<sup>3</sup>.

1. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL

2. UNICEUB, ÁGUAS CLARAS - DF - BRASIL

3. INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - IHBDF, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Introdução:** A transfusão de sangue autóloga está disponível há mais de século, mas seu uso possui indicações diferentes em cada especialidade cirúrgica. É utilizada como estratégia para diminuir a incidência dos efeitos negativos da transfusão alogênica, evitando o uso excessivo de sangue doado, que se trata de um recurso limitado. Os métodos variam desde doação de sangue autóloga pré-operatória, hemodiluição normovolêmica aguda e autotransfusão intra e pós-operatória. No contexto de trauma, é relatado como opção para pacientes exsanguíneo em ambiente pré-hospitalar, militar ou humanitário. **Objetivos:** determinar as indicações, vantagens, desvantagens e complicações da transfusão autóloga em comparação com a homóloga em cenários de trauma, identificando qual é a mais utilizada nesses contextos. **Método:** Revisão sistemática de estudos de coorte prospectivo e coorte retrospectivo, relatos-de-casos, por meio da análise de artigos entre o período de 2015 e 2020, utilizando as bases de dados Scielo, NLM catalog, Pub Med e PMC que abordaram a autotransfusão no trauma. **Resultados:** Fizeram parte do escopo dessa revisão 4 artigos que preencheram os critérios de seleção, 8696 foram excluídos. O número de pacientes avaliados foram 59, com idades entre 21 e 78 anos, com 77,96% homens e 22,03% mulheres. Nos estudos, a transfusão autóloga correspondeu a 66,12% e a heterólogo 33,87%. A autotransfusão foi indicada em casos de anemia hemolítica imune induzida por drogas, pressão arterial e frequência cardíaca baixas (devido a perda sanguínea), antecipação de perda de sangue > 1000 mL, necessidade de uma ou mais unidades de transfusão de sangue alogênicas no período pós-operatório, recusas religiosas, hemotórax traumático e choque hemorrágico seguido de cirurgia toracoscópica. As vantagens descritas foram: ausência de reações transfusionais, tratamento de vítimas que requerem sangue devido a lesão e redução da necessidade de doadores. As complicações após a execução da transfusão autóloga ou não foram relatadas nos artigos ou os pacientes não obtiveram. **Conclusão:** Apesar das vantagens da transfusão autóloga, existem poucos artigos de ensaios clínicos publicados sobre autotransfusão no trauma. Por conseguinte, os resultados e as comparações estabelecidas não são suficientes para evidenciar de maneira definitiva a segurança, vantagens, desvantagens e complicações em comparação com a transfusão alogênica. É visto necessário a realização de ensaios clínicos adicionais que compare os dois métodos, para esclarecer elegibilidade das diversas perspectivas de aplicação clínica de cada método no cenário de trauma.

TL 3433

**IMPACTO DA PANDEMIA DO COVID-19 EM DOIS SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO OESTE DO PARANÁ**

Isabella de Oliveira Rosa<sup>1</sup>; Raphael Henrique Franklin de Andrade<sup>1</sup>; Miguel Bailak Neto<sup>1</sup>; Guilherme Samways Guzzi<sup>2</sup>; Lucas Renan da Silva<sup>1</sup>; Bruna Silva Antonelli<sup>1</sup>; Juliana Gehard Moroni<sup>1</sup>; Allan Cezar Faria Araujo<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL

2. HOSPITAL SÃO LUCAS, CASCAVEL - PR - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar o impacto da pandemia de SARS-CoV-2 na formação dos médicos residentes e métodos de ensino à distância utilizados em dois hospitais universitários do oeste do Paraná, entre março e julho de 2020.

**Métodos**

Este estudo coletou dados de médicos residentes do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) e do Hospital São Lucas de Cascavel (HSL) totalizando 94 indivíduos. A análise foi realizada via questionário online, em 3 seções de perguntas. Na primeira, consta a explicação do conteúdo da pesquisa, os organizadores e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na segunda, incluíram-se perguntas que caracterizaram a amostra dos participantes da pesquisa. A última seção elencou 17 questões para avaliar o impacto da pandemia e os métodos de ensino à distância. Os dados obtidos foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel®

**Resultados**

A amostra foi composta majoritariamente por indivíduos com idade entre 27 a 31 anos (45,16%), no primeiro ou segundo ano da residência, do sexo feminino (61,70%), estado civil solteiro (70,21%), sem fatores de risco grave para Covid-19 (87,3%), sendo 73,4% do Hospital Universitário do Oeste do Paraná e 26,6% do Hospital São Lucas. A maioria dos residentes, 70,21%, atuaram na linha de frente do Covid-19, receberam treinamento sobre medidas de biossegurança, 84,04%, e referiram ausência de sinais e sintomas 77,66%. Apenas 17,02% dos especialistas em formação precisaram se afastar em algum período, porém, 76,6% relataram ter ao menos um profissional do corpo docente afastado. Quase a totalidade da amostra (87%) apontou que a formação foi prejudicada em algum grau - parcialmente prejudicada (42,22%), prejudicada e muito prejudicada (mesma porcentagem 24,47%).

Quando questionados sobre o método de ensino utilizado, houve predomínio do formato de videoconferência, por meio da plataforma Zoom, entre duas a quatro vezes por semanas. Foi consenso entre os participantes que é importante utilizar métodos de ensino à distância durante uma situação de isolamento social e 85% afirmaram que esses recursos devem ser utilizados mesmo após a pandemia. Ao analisar se a porcentagem da carga horária havia sido reduzida devido à pandemia, 82,5% afirmaram que não houve redução ou que foi inferior a 25% da carga horária total. Dentre os residentes que atuam em sua prática diária com cirurgias eletivas, 94%, respondeu que houve redução desses procedimentos. Por fim, ao avaliar o cancelamento das atividades ambulatoriais revelou-se que: 57,5% foram afetados de integralmente e 32,50% tiveram cancelamento parcial dessas atividades.

**Conclusões:** Constatou-se que a rotina e a formação dos residentes foram impactadas, especialmente pela ausência de atendimentos eletivos e ambulatoriais. A tecnologia digital é um recurso que poderá ser utilizado como educação complementar mesmo após a pandemia. A repercussão dessa situação ainda é indefinida, no entanto, ensina resiliência e senso de compreensão.

TL 3452

**PSEUDOANEURISMA ESPLÊNICO PÓS-TRAUMÁTICO – SÉRIE DE 10 CASOS EM 4 ANOS**

Claudia Sofia Pereira Gonçalves; Emili Victoria Ferreira Oliveira; Fabrício Pereira Prata; Augusto Campeão Rodrigues; Bruno Vaz de Melo; Rodrigo Andrade Vaz de Melo; Marcio Barroso Cavaliere; Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo.

*HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Autores: Claudia S. Pereira Gonçalves, Emili Victoria F. Oliveira, Augusto R. Campeão, Fabrício P. Prata, Luana Gouveia R. R. do Carmo, Rodrigo Andrade Vaz de Melo, Bruno Vaz de Melo, Marcio Barroso Cavaliere

Serviço: Cirurgia Geral e do Trauma Dr. Matheus Rangel do Hospital Municipal Lourenço Jorge

Palavras chave: pseudoaneurisma esplênico, trauma esplênico, esplenectomia parcial

**Resumo**

Objetivo: Análise de série de 10 casos de pseudoaneurismas e FAVs pós traumáticos, como falha de tratamento não operatório do trauma esplênico realizado no HMLJ.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos casos de trauma esplênicos que evoluíram com pseudoaneurisma durante tratamento não operatório em período de 4 anos.

Resultados: Nesta série de casos, 10 pacientes evoluíram com pseudoaneurisma durante tratamento conservador do trauma esplênico. Todos os diagnósticos foram feitos por tomografia com lesões grau III/IV. Dos 10 casos, 7 pacientes foram submetidos a esplenectomia parcial, 2 foram submetidos a abordagem endovascular ( em um paciente realizou embolização troncular da artéria esplênica e no outro embolização seletiva de ramos) e 1 paciente submetido a esplenectomia total.

Não foram observadas complicações nas abordagens terapêuticas.

Conclusão: As complicações vasculares, como pseudoaneurismas e FAVs após tratamento não operatório de vísceras maciças apresenta-se como importantes causas de falhas neste tratamento. Esta casuística demonstrou resultados satisfatórios na preservação esplênica mesmo na vigência destas complicações.

TL 3461

**COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE DO CÂNCER COLORRETAL NA CIDADE DE CASCAVEL-PR COM O ESTADO DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2013 A 2018**

Lucas Victoy Guimarães Zengo<sup>1</sup>; Heloiza Andria Maliska Lovatel<sup>2</sup>; Fernando Nunes Ribeiro<sup>2</sup>; Ramiro Augusto Martins da Costa<sup>2</sup>; Pablo Guarisco Ferreira<sup>3</sup>; Wendreo Charles de Campos<sup>2</sup>; Juliano Karvat de Oliveira<sup>2</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ (FAG), GOIANIA - GO - BRASIL

2. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL

3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CAMPUS TOLEDO, CASCAVEL - PR - BRASIL

Objetivos: Identificar as características e distribuição da mortalidade por câncer colorretal no município de Cascavel-PR, comparando-as com os dados do Estado do Paraná, durante o período de 2013 e 2018.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo para estimar a frequência de mortalidade por câncer colorretal. A coleta de dados foi realizada por meio da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis analisadas foram sexo, faixa etária e raça/cor.

Resultados: O total de óbitos foi de 679 no município de Cascavel e 6.524 no Estado do Paraná. Em Cascavel, o maior número de óbitos ocorreu em 2016 (n=126), e no Paraná, em 2018 (n=1.184). A faixa etária predominante foi entre 50 a 79 anos expressando uma equivalência entre as populações (69,51% e 68,43%). Além disso, houve prevalência do sexo masculino (52,43% e 52,05%) e da raça branca (86,15% e 82,61%).

Conclusão: Com os dados apresentados acima, evidencia-se que 10,4% dos óbitos por câncer colorretal ocorreram em Cascavel-PR, com 679 mortes. Embora os dados revelem que a quantidade dos óbitos por câncer colorretal é mais acentuada em Cascavel-PR (aproximadamente 2,04 por mil habitantes), em comparação ao Estado do Paraná (aproximadamente 0,63 por mil habitantes), observa-se que as características dos casos são semelhantes em prevalência, padrão de sexo, idade e raça. Assim, é possível evidenciar um perfil epidemiológico de maior risco: homens brancos com idade entre 50 e 79 anos.

**Referências:**

DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10PR.def>. Acessado em 14/08/2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/cascavel.html>. Acessado em 31/08/2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>. Acessado em 31/08/2020.

TL 3468

**EFETIVIDADE DA APLICAÇÃO DA REALIDADE VIRTUAL NO ENSINO DE ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.**

Ana Luiza Souza Santana; Gabriela Fonseca Bittencourt; Catharina de Almeida Passos; Victoria de Almeida Passos; Carine Pacheco Alexandre; Catarina Ester Gomes Menezes.

*UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL*

**OBJETIVO:** Objetiva-se com esse estudo avaliar se a utilização da realidade virtual é uma forma efetiva de aprendizado cirúrgico na residência cirúrgica. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa de ensaios clínicos publicados nos bancos de dados COCHRANE e MEDLINE, entre os anos de 2000 e 2019, nos idiomas português e inglês. Nas buscas foram utilizados os descritores “Virtual Reality” e “Surgical Training”, associado ao filtro “Ensaios clínicos”. A seleção foi realizada através da revisão dos títulos e os resumos de todos os artigos. Foram incluídos ensaios clínicos com residentes cirúrgicos que compararam o treinamento com realidade virtual a outras modalidades de treinamento ou sem treinamento adicional. Foram critérios de exclusão: Não conclusão do estudo, avaliação de procedimentos não-cirúrgicos, cirurgia odontológica, participação de estudantes de Medicina, utilização de modalidade de realidade virtual não validadas para ensino. **RESULTADOS:** No total, foram selecionados 36 ensaios, abrangendo a utilização da realidade virtual (RV) no aprendizado tanto de procedimentos laparoscópicos quanto robóticos. Dos doze ensaios que compararam o treinamento por RV com grupo controle sem treinamento adicional, em sete deles a utilização de RV resultou em menor tempo operatório e em dez alcançou melhor avaliação em habilidade operatória. Resultados semelhantes foram observados nos nove ensaios que compararam RV com o ensino tradicional de laparoscopia, o uso da RV mostrou melhor tempo cirúrgico em cinco artigos e melhor habilidades cirúrgicas em sete. Já os estudos que compararam RV com outros métodos de simulação, a RV apresentou pior avaliação em habilidades técnicas-cirúrgicas em três dos cinco ensaios que a compararam com box-trainer e nos dois ensaios com treinamento em modelos porcos. Dos nove ensaios que utilizaram o escore Objective Structured Assessment of Technical Skill, a utilização da RV apresentou melhor pontuação média comparado ao controle em oito deles. Nos três estudos que usaram o escore Global Evaluative Assessment of Robotic Skills, RV se sobressaiu em relação ao controle em todos os três. No total, dos dezoito ensaios que avaliaram tempo operatório, a utilização da RV resultou em melhores tempos operatórios em dezesseis. Cinco ensaios apresentaram menor curva de aprendizado, em dois não houve diferença e nos demais esse dado não foi avaliado. Quanto a habilidade técnico-operatória, em vinte e dois estudos a RV apresentou melhores resultados em comparação com as demais metodologias. **CONCLUSÃO:** A utilização de RV no aprendizado cirúrgico apresentou bons resultados na maioria dos ensaios, no entanto, a heterogeneidade dos métodos de avaliação impossibilitou uma análise mais precisa de sua efetividade, especialmente quando comparada a outros métodos de treinamento cirúrgico.

TL 3483

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA EM LESÕES POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO NO RIO DE JANEIRO**

Léo Rodrigo Abrahão dos Santos<sup>1</sup>; Lucas Ramos Facci<sup>1</sup>; Leonardo Renaux Morais<sup>1</sup>; Ana Beatriz dos Santos Rocha<sup>1</sup>; Gabriel Mendes de Paula Mussi<sup>1</sup>; Ogi Janderson Antunes de Castro Brito<sup>1</sup>; Pedro Henrique de Moura Ragoni<sup>1</sup>; Patrick Silveira Guimarães<sup>2</sup>.

1. *UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*
2. *HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

O estudo tem como objetivo conhecer epidemiologicamente a população vítima de PAF no município do Rio de Janeiro e suas evoluções clínico-cirúrgicas tendo em vista a importância do Rio de Janeiro no cenário da violência nacional. O estudo coletou os dados do sistema de informações hospitalares no TABNET estadual sobre o município do Rio de Janeiro do período de maio de 2015 à maio de 2020, pesquisando sobre cor e raça, idade, procedimento realizado, internações e gastos sobre todos os CID-10 de lesão por arma de fogo: W32,W33,W34,X93,X95,Y22,Y23 e Y24, excetuando os autoprovocados. O presente estudo é observacional, descritivo e transversal. O estudo encontrou 2941 pacientes internados por PAF, durante o período de maio de 2015 a maio de 2020, desses, 1525 (52%) foram classificadas com o CID-10 - X93 Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão. A maioria foi atendida no Hospital Municipal Souza Aguiar que somou 681 (23,1%) pacientes. Em relação a idade, 1.345 (45,7%) tinham entre 15 e 24 anos. Em relação a cor e raça, vimos que 84% eram pretos e pardos, 15% brancos e 1% amarelo. O procedimento cirúrgico mais realizado foi o tratamento com cirurgias múltiplas com 16,4%. Os procedimentos cirúrgicos mais prevalentes de acordo com a região acometida foram: toracostomia com drenagem pleural fechada (83%) das cirurgias torácicas; laparotomia exploradora (63%) das cirurgias do aparelho digestivo; craniotomia para retirada de corpo estranho intracraniano (38%) das cirurgias do sistema nervoso central e periférico; retirada de corpo estranho de ouvido, faringe, laringe e nariz (36%) das cirurgias de cabeça e pescoço; tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas de membro inferior unilateral (43%) das cirurgias do aparelho circulatório; artroplastia escapulo-umeral total (9%) das cirurgias do sistema osteomuscular e nefrectomia total (27%) das cirurgias do aparelho geniturinário. Cerca de 2.544 pacientes foram internados em leitos cirúrgicos, 355 em clínicos e 42 em pediátricos com uma média de 9,1 dias de internação e um gasto de R\$ 2.263,14 em média por paciente. Além disso, 333 pacientes tiveram diária em UTIs, 78% desses em UTIs de adulto Tipo II com um gasto médio de R\$ 4.578,54 por paciente. Os PAFs, portanto, acometem um perfil principalmente de jovens, negros ou pardos que sofreram lesões por pistolas e revólveres sendo encaminhados para realização de múltiplas cirurgias em hospitais Municipais. Tais dados além de ratificarem a violência em populações classicamente vulneráveis, evidenciam o peso da violência por arma de fogo nos serviços de cirurgia do município, que provoca centenas de vítimas fatais e onera em milhões o orçamento da saúde pública carioca.

TL 3485

**LAPAROSCOPIA NO TRAUMA ABDOMINAL**

Helena Gouvêa Galhardo Lage; Luysa Barros de Souza Antunes; Clara Bravo Carneiro Tatagiba; Luiza Vieira Ahouagi Cunha; Gabriel de Carvalho Sassi; Cecília Rangel Cury; Letícia Maria Salas Julio.

*SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**OBJETIVOS:** O objetivo do trabalho é analisar a laparoscopia em traumas abdominais e sua evolução como método de diagnóstico e terapêutico. Assim, exercendo função benéfica e segura na detecção e no reparo de lesões abdominais. Além de descrever seus benefícios para o paciente e conhecer suas limitações. **MÉTODOS:** É uma revisão de literatura pelas plataformas digitais Scielo, PubMed e Google scholar, com amostra temporal de 2000 a 2017 Os descritores foram: "laparoscopia", "trauma abdominal", "videolaparoscopia". **RESULTADOS:** A videolaparoscopia (VL) é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva utilizada tanto para fins terapêuticos quanto para diagnóstico. Ela é capaz de visualizar diretamente a cavidade abdominal, bem como aspirar e identificar fluidos intracavitários e mobilizar alças intestinais. Além de permitir a seleção de pacientes para tratamento conservador, procedimentos terapêuticos ou laparotomia, pois detecta ou exclui lesão de órgão específico, penetração peritoneal e hemoperitônio, principalmente os de volume moderado, definindo o foco de sangramento e sua atividade, sendo possível empregar recursos hemostáticos, como sutura, eletrocoagulação e aplicação de adesivos. A VL é bastante indicada em casos de ferimento por arma branca, permitindo uma avaliação segura do diafragma, devido ao estiramento causado pelo pneumoperitônio. Nos casos de trauma abdominal fechado, ela pode ser indicada em pacientes com tratamento não operatório de órgãos parenquimatosos que evolui com dor abdominal, deixando a dúvida quanto à possibilidade de lesão de víscera oca ou hemoperitônio e em traumas com tomografia que revela a presença de líquido na cavidade abdominal e não constata a presença de lesão de víscera parenquimatosa que o justifique. Logo, a VL diminui as laparotomias negativas e não terapêuticas e aumenta a precisão da indicação cirúrgica. No entanto, é preciso reconhecer suas possíveis complicações como adversidades pela introdução da agulha de Verres, incluindo a insuflação de CO<sub>2</sub> no espaço pré-peritoneal, lesões vasculares e a enterotomia. A complicação mais temida é a ocorrência do pneumotórax hipertensivo na vigência de lesão diafragmática. Ademais, deve-se reconhecer suas limitações: imprecisão na detecção de lesões de vísceras ocas, inabilidade em avaliar áreas cegas ao aparelho e o retroperitônio, trauma torácico de alto grau, aderências intra-abdominais preexistentes e gravidez. Porém, a VL possui inúmeras vantagens no trauma abdominal, por ter morbidade reduzida, menor tempo de permanência hospitalar e redução na taxa de laparotomias "não-terapêuticas", principalmente em pacientes com lesões tóraco-abdominais e tangenciais. **CONCLUSÃO:** Desse modo, a VL deve ser uma alternativa nos traumas abdominais, tendo em vista ser uma técnica minimamente invasiva, com inúmeros benefícios para o paciente. Porém é necessário reconhecer suas limitações antes de realizá-la.

TL 3491

**DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DAS HERNIPLASTIAS ABERTAS E LAPAROSCÓPICAS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO**

Eduardo Morais Everling<sup>1</sup>; Daniela Santos Bandeira<sup>1</sup>; Felipe Melloto Gallotti<sup>2</sup>; Rodrigo Furian El Ammar<sup>1</sup>; Priscila Bossardi<sup>3</sup>; Antoninho José Tonatto-Filho<sup>4</sup>; Tomaz de Jesus Maria Grezzana-Filho<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL
2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, CURITIBA - PR - BRASIL
3. HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL
4. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, CURITIBA -

**Objetivo:** Hérnias de parede abdominal são patologias frequentes. O uso da videolaparoscopia (VLP) proporcionou menor índice de complicações cirúrgicas, redução da dor e retorno precoce ao trabalho. O presente estudo tem como objetivo avaliar a frequência das hernioplastias realizadas por vias aberta e laparoscópica no Brasil e comparar os padrões de distribuição por estados e regiões. **Métodos:** Estudo transversal com análise de prevalências de cirurgias de hérnia realizadas no Sistema Público de Saúde (SUS) entre jan/2008 e dez/ 2018. Os dados foram extraídos do DATASUS (Banco de Dados Brasileiro de Registro de Saúde Pública) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Resultados:** Foram realizadas 2.671.347 hernioplastias no período de onze anos, sendo 2.656.438 (99,4%) por via aberta e 14.909 (0,6%) por via laparoscópica, com uma média anual de 134.933 hernioplastias inguinais abertas e 837 por VLP. Em 2018, foram realizadas 110 hernioplastias abertas e 0,78 por VLP a cada 100 mil habitantes no país. Quanto à distribuição regional, a maior parte das hernioplastias foi realizada na região Sudeste (37,5%), seguido das regiões Nordeste (33,4%) e Sul (15,1%). A distribuição na escala por 100.000 habitantes mostra um cenário diferente, com predomínio das hernioplastias abertas no Nordeste (133,5), Sul (114) e Sudeste (102,7) e das hernioplastias VLP no Sul (1,7), Centro-Oeste (0,85) e Sudeste (0,7). A distribuição de cirurgias digestivas por região, na mesma escala, mostrou-se semelhante às taxas de cirurgias por VLP (Norte 0,53; Nordeste 0,5; Sudeste 1,8; Sul 2,14; Centro-Oeste 1,5). **Conclusão:** A distribuição de hernioplastias abertas foi homogênea, demonstrando que a técnica encontra-se consolidada em todo o país. Já a de VLP foi heterogênea, mesmo em regiões mais desenvolvidas. Observou-se que a distribuição de VLP possui relação com número de profissionais com formação em cirurgia digestiva. Possíveis explicações incluem concentração de procedimentos nos grandes centros acadêmicos, repasse financeiro insuficiente, restrição de hernioplastias VLP a alguns centros, preferência de uso em recidivas e hérnias bilaterais. A assimetria na distribuição da VLP evidencia necessidade de incentivo ao desenvolvimento e treinamento dos cirurgiões, permitindo melhor cobertura assistencial da população dependente do sistema público.

TL 3504

**TROMBOSE VENOSA PORTO-MESENTÉRICA E TROMBOSE DE VEIA PORTA RELACIONADAS À CIRURGIA BARIÁTRICA PELA TÉCNICA DE GASTRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM SLEEVE**

José Victor Roveroni Zuntini; Rafael Meneguzzi Alves Ferreira; Thiago Alvim Barreiro; Hercio Azevedo de V. Cunha; Ricardo Dutra Sugahara; Michel Victor Castilho; Luiz Carlos Nascimento Bertocello; Alline Simões Ferreira.

*PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL*

Objetivo: realizar Revisão Sistemática da literatura buscando elucidar temas sobre trombose venosa porta-mesentérica e trombose de veia porta relacionadas à cirurgia bariátrica pela técnica de gastrectomia laparoscópica em Sleeve.

Método: coleta de dados foi realizada entre 13 de Janeiro a 10 de maio de 2020, e utilizou-se para a pesquisa as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e National Library of Medicine (PUBMED). Inicialmente, a busca de artigos científicos que se adequassem aos critérios de inclusão se deu nas bases LILACS, SCIELO e PUBMED com os descritores Sleeve and Portal Vein Thrombosis. Dentre os resultados encontrados, Zero, 46 e 43 artigos, respectivamente, sendo que 33 artigos foram selecionados. Após a seleção, a leitura foi realizada e apenas 30 artigos se encaixavam no tema.

Resultados: A trombose venosa é descrita como doença de múltiplas etiologias locais e sistêmicas. Em um estudo com pacientes com TVPo, descobriu-se que 41% dos pacientes possuía um transtorno de pró-coagulação; O tabagismo também foi apontado como um importante fator; Fatores intraoperatorios também foram descritos como possíveis causas; Como fator pos-operatório, a desidratação foi o de maior relevância.

Os sintomas são variados, sendo os principais: dor abdominal, vômitos e náuseas, desconforto abdominal e febre. A grande maior parte dos estudos corroborou a importância de se realizar uma tomografia computadorizada e Ultrassonografia com doppler no atendimento primário paciente. Segundo autores, o diagnóstico laparoscópico deve ser realizado quando se suspeita pela clínica de uma TVPo/TVPM com achados de imagem inespecíficos.

Existem diversas abordagens terapêuticas para a PVTo/PVTM, como anticoagulação oral, terapia trombolítica e trombectomia cirúrgica/com TPA. O grau de oclusão e severidade da lesão que irão definir qual a conduta mais adequada. O tratamento de TVPo/TVPM aguda consiste em evitar a progressão do trombo e permitir a recanalização do vaso obstruído.

Conclusão: A Gastrectomia Laparoscópica em Sleeve para tratamento de obesidade mórbida não é um procedimento livre de complicações. Embora a Trombose de Veia Porta e a Trombose Porto-Mesentérica sejam complicações raras, elas podem acontecer algumas semanas após o procedimento e devem levadas em consideração como diagnóstico diferencial caso o paciente apresente sintomas abdominais inespecíficos. Seu diagnóstico deve ser imediato com a utilização de Tomografia Computadorizada, uma vez que suas complicações são fatais. Os pacientes devem ser estratificados após a cirurgia em relação ao risco de trombose e deve receber profilaxia com heparina por, no mínimo, dez dias. Caso essa complicação ocorra, os casos sem sinais de isquemia mesentérica devem ser tratados com anticoagulação, sendo os procedimentos invasivos reservados para casos mais graves. A trombofilia deve ser sempre investigada após o diagnóstico.

TL 3512

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS E IMPACTO MÉDICO-SOCIAL DO TRAUMA TORÁCICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Francisca Dayanne Barreto Leite; João Felipe Carvalho Rodrigues.

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico de vítimas de trauma torácico e seu impacto médico social, direcionando ações voltadas para diminuição da sua incidência, de acordo com a literatura científica.

Metodologia: Trata-se uma de revisão da literatura que tem como a metodologia a busca ativa de informações nas bases de dados do PMC e MEDLINE, além da biblioteca virtual SciELO. Os descritores de assunto utilizados foram: trauma torácico; impacto médico-social; perfil de vítimas. Os critérios de inclusão foram: Artigos publicados entre 2014-2019, dos tipos descritivos e intervencionista. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão, relatos de caso ou artigos que não abordem assuntos relevantes para serem discutidos de acordo com os objetivos.

Resultados: Foram coletados 20 estudos, destes, 13 foram excluídos por não se encaixarem nos critérios estabelecidos nesse estudo. Ademais, 14,28% dos estudos analisados foram estudos transversais, 28,57% foram estudos de Coorte retrospectivos e prospectivos e 57,15% foram ensaios clínicos.

O trauma torácico é um frequente e importante problema de saúde mundial, sendo atrelado a um alto índice de morbidade e mortalidade. Tem um grande impacto médico-social, pois é responsável por 25% das mortes em politraumatizados.

Em relação ao perfil, pesquisas deixam claro que segue o mesmo perfil de vítimas dos demais tipo de trauma, sendo a maioria de jovens do sexo masculino. Pesquisas chegam a contabilizar que sejam 89% da amostra entre 20 a 29 anos. Além disso, cerca de 50% é vítima de ferimento por arma branca, e cerca de 30% por arma de fogo. Nos pacientes idosos, a mortalidade geral chega a 4%, e as quedas chegam a ser responsáveis por 58% dos casos.

Apesar de ser associado frequentemente a população jovem e ativa por estar ligado principalmente a acidentes automobilísticos e a violência urbana, tem uma incidência significativa em idosos devida a acidentes e quedas, ressaltando que fatores como o envelhecimento pode afetar no aumento do número de fraturas de costelas, principalmente devido às quedas. O risco de complicações pulmonares e de mortalidade são maiores também em idosos, principalmente quando ocorre trauma em mais de duas costelas.

Ademais, em traumas por acidentes automobilísticos, destaca-se que a utilização de cinto de segurança pode reduzir em mais de 50% o risco de traumas em geral. Foram encontrados poucos estudos relacionados especificamente ao trauma torácico e uso de cinto de segurança, o que demonstra uma carência na literatura sobre o assunto.

Conclusão: A literatura evidenciou que além de ser necessário medidas preventivas em relação ao perfil mais afetado, não se pode ignorar a população idosa devido à sua incidência significativa de acometimento, por causas evitáveis. O impacto médico social ficou claro pela alta taxa de mortalidade, que poderia ser reduzida em boa parte pela redução do número de acidentes e adoção de medidas de segurança.

TL 3514

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL POR TRICOBEOZAR.**

Marina Fernanda Brum Ribeiro; Marília Loureiro Gois Cavalcante; Bráulio Brandão Ladeira; Renato Catarino Vieira Lima; Maite Chrysostomo; Caio Lorenção Zavaris.

*HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Bezoar se refere ao acúmulo de substâncias estranhas não digeríveis, podendo ter diversas composições, sendo as mais comuns cabelos (tricobezoar) e fibras vegetais (fitobezoar). Os tricobezoares são geralmente vistos em indivíduos com tricotomia, um distúrbio psiquiátrico. Normalmente o tricobezoar está localizado no estômago, mas pode evoluir para o que é conhecido como Síndrome de Rapunzel, quando o tricobezoar gástrico se estende até o intestino delgado. Como a tricotomia é a base da formação de tricobezoar, a recorrência é comum se o suporte psiquiátrico adequado não for fornecido, sendo necessário um seguimento multidisciplinar. Apresentamos o relato de caso de uma paciente com quadro obstrutivo por tricobezoar atendido no serviço de cirurgia geral do Hospital Geral de Itapevi em 2019.

**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 16 anos, trazida ao serviço com relato de epigastria há 5 dias, com posterior localização em andar inferior do abdome, em predomínio de fossa ilíaca direita; associada a náusea, vômitos e constipação intestinal. Apresentava, ao exame físico, abdome plano, flácido e doloroso a palpação de fossa ilíaca direita e descompressão abdominal dolorosa.

Submetida a tomografia computadorizada de abdome que evidenciou acentuada distensão difusa de câmara gástrica e alças entéricas, com imagens ovaladas com aspecto de resíduo alimentar em câmara gástrica e segmento distal de alça ileal e conteúdo líquido e gasoso, formando níveis hidroaéreos nos demais segmentos entéricos, associação a transição para calibre normal em alça ileal distal na fossa ilíaca direita. Indicada abordagem cirúrgica com hipótese diagnóstica de obstrução intestinal por corpo estranho.

Durante intervenção cirúrgica foi identificado líquido livre inflamatório em moderada quantidade e corpo estranho intraluminal com obstrução do íleo a 2 metros da válvula ileocecal com importante dilatação do intestino delgado a montante, sem pontos de comprometimento vascular e sem perfuração. Identificado distensão gástrica com obstrução pilórica por corpo estranho intragástrico, sem pontos de comprometimento vascular ou perfuração. Realizado gastrotomia na parede anterior do corpo gástrico e retirada de tricobezoar de aproximadamente 20 x 10 cm e outro de 10 x 6 cm. Enterotomia a 2 metros da válvula ileocecal, retirado tricobezoar de aproximadamente 8 x 4 cm.

**DISCUSSÃO:** Tricobezoar é uma doença rara que afeta quase exclusivamente mulheres jovens. O cabelo humano é resistente à digestão, bem como à peristaltose devido à superfície lisa, levando ao acúmulo entre as dobras do estômago. Em alguns casos ele se estende através do piloro para o jejuno, íleo ou até mesmo o cólon. Diferentes opções terapêuticas foram empregadas para seu tratamento, como laparoscopia e endoscopia digestiva, porém o tratamento de escolha continua sendo a laparotomia convencional dependendo do local e tamanho do tricobezoar.

TL 3528

**TUBERCULOSE PERITONEAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Marina Fernanda Brum Ribeiro; Marília Loureiro Gois Cavalcante; Bráulio Brandão Ladeira; Renato Catarino Vieira Lima; Maite Chrysostomo; Caio Lorenção Zavaris.

*HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL*

**Introdução:** a tuberculose, doença causada pelo complexo Mycobacterium (tuberculosis, bovis, caprae) permanece sendo um problema de saúde pública, principalmente em áreas endêmicas. O acometimento peritoneal corresponde a 1-2% das apresentações de tuberculose, porém corresponde a quase 58% das manifestações abdominais.

**Relato de Caso:** paciente do sexo feminino, 34 anos, queixa de abdome agudo com dor abdominal difusa e febre há 4 dias, associada a inapetência e vômitos pós-prandiais. Apresentava abdome globoso sugestivo de ascite, flácido, doloroso a palpação difusamente, mas principalmente em região epigástrica. História patológica progressiva: início do tratamento de Artrite Reumatoide, 15 dias antes do início dos sintomas abdominais, em uso de hidroxiquina, metotrexato e imunobiológico. A tomografia computadorizada de abdome com espessamento parietal gástrico, ascite volumosa, espessamento nodular peritoneal sugestivo de carcinomatose e aumento volumétrico dos ovários. Demais exames solicitados, todos sem alteração. Realizada laparoscopia diagnóstica que identificou grande quantidade de líquido ascítico e encontrado também achados similares a carcinomatose peritoneal difusa, com implantes intestinais, sem identificação de tumor primário. Foi realizada biópsia de lesões peritoneais com resultado de processo inflamatório granulomatoso necrosante com caracteres de tuberculose peritoneal e ausência de neoplasia. Imuno-histoquímica: consistente com processo inflamatório granulomatoso em superfície peritoneal com caracteres de tuberculose. Paciente foi encaminhada para centro de referência em infectologia de São Paulo para acompanhamento e tratamento da tuberculose peritoneal.

**Discussão:** a tuberculose peritoneal é uma forma rara de acometimento extrapulmonar, cursando com alta morbimortalidade. A sua disseminação pode ser via hematogênica, linfática ou por contiguidade de um órgão adjacente acometido. É manifestada geralmente entre a terceira e quarta década de vida, apresentando como fator de risco principal a deficiência imunológica. Sua apresentação clínica é inespecífica, tanto no exame físico quanto nos resultados laboratoriais, configurando um desafio pela gama de diagnósticos diferenciais. O tratamento precoce dessa condição é de suma importância e é feito com os mesmos medicamentos utilizados para a tuberculose pulmonar, apenas aumentando o tempo da terapia medicamentosa.

TL 3530

**EXISTE UM PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO IDEAL PARA CIRURGIA ELETIVA E DE URGÊNCIA EM PACIENTE COM ANEMIA FALCIFORME?**

Ana Carolina Tanajura Lima; Bruna Thais de Almeida Souza; Gabriele da Silva Almeida; Angevaldo Goes Lima.

*UNIFASB, BARREIRAS - BA - BRASIL*

Objetivo: Apresentar um preparo pré-operatório adequado para minimizar as complicações em portadores de doença falciforme. Distinguir as diferenças entre os cuidados pré-operatórios em pacientes homocigotos e heterocigotos. Pesquisar as diferenças do preparo desses indivíduos em cirurgia de urgência e eletiva. Fontes de dados: Para o levantamento literário, foram realizadas buscas na base de dados regulados no PubMed, Scielo, Portal da CAPES, LILACS, além da literatura cinzenta. Para compor a estratégia de busca, foram utilizados os seguintes descritores (DeCS): "Anemia Falciforme" OU "Anemia Falciforme Cirurgia" e "Hemoglobinopatia S" e "Preparo pré-operatório". A busca limitou-se aos artigos em inglês, espanhol e português, com data de publicação até junho de 2020. Síntese dos dados: A pesquisa mostrou que um preparo pré-operatório eficiente é fundamental em qualquer cirurgia. Logo, os pacientes cirúrgicos com anemia falciforme plena ou com o traço falcêmico requerem uma atenção especial, por se tratar de uma doença inflamatória crônica, que apresenta uma maior taxa de complicações operatórias e pós-operatórias. Sendo assim, o presente trabalho evidenciou a necessidade de adequar o preparo pré-operatório nesses indivíduos. Posto isso, a pesquisa apresentou opções de cuidados e profilaxias essenciais para a realização desse manejo, as quais incluem transfusão sanguínea, termorregulação, equilíbrio ácido-base, controle de infecções, controle da dor e outros. Conclusões: Apesar da necessidade de estudos com melhor desenho metodológico quanto aos cuidados destes pacientes, ficou evidente que há benefícios no preparo cirúrgico adequado, podendo modificar o curso perioperatório e influenciar de maneira significativa na sobrevida destes indivíduos.

TL 3536

**FISTULAS DE COTO DUODENAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A GASTRECTOMIA NO TRATAMENTO DE NEOPLASIAS GÁSTRICAS.**

Barbara Batista Oliveira; Luan Aguiar Ferretti; Priscila da Paz Neves; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

OBJETIVO: avaliamos a incidência de fistulas entéricas em pacientes submetidos a gastrectomias abertas por câncer gástrico. Método: Realizado análise retrospectiva dos prontuários eletrônicos de pacientes operados pelo Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Heliópolis com um total de 719 cirurgias entre 12 de março de 2019 e 03 de março de 2020. Pacientes submetidos a gastrectomias em cunha foram excluídos do estudo. Dados incompletos de prontuário também foram utilizados como critério de exclusão. Foi realizada análise descritiva dos casos. Resultados: O total de cirurgias foi 719, sendo 474 benignas e 245 malignas. Dentre as malignas, 33 gastrectomias foram realizadas, sendo 08 totais e 25 subtotais. Quanto ao tipo histológico, foram 33 cirurgias por adenocarcinoma gástrico e 1 por tumor neuroendócrino tipo III. A média de idade foi de  $62,24 \pm 11,03$  anos. Houve uma predominância de pacientes do sexo feminino. A média de dias de internação pós operatória foi de  $9,48 \pm 7,36$  dias. Foi utilizado a classificação de Clavien-Dindo na estratificação das complicações pós operatórias, sendo que 05 casos (15%) tiveram complicações grau III ou IV. As fistulas digestivas observados em 3 casos. A fistula de coto duodenal ocorreu em 6% das gastrectomias (2 casos). Conclusão: No presente estudo verificamos que 6% dos pacientes submetidos a gastrectomia para o tratamento de câncer gástrico evoluíram com fistula de coto-duodenal

TL 3537

**COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO DO TRANSPLANTE RENAL**

Bernardo Freire Formozinho de Sá; Ana Carolina Firmino; Gabriel Pacheco Ribeiro; Júlia Medeiros Valente; Lara Bastos Frango de Oliveira; Laura de Abreu Festa Britto; Mariana Campos Vale; Rafaela Schott Ferraz Alves.

*FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Objetivos: Este estudo objetiva analisar as conseqüentes complicações pós-cirúrgicas da transplantação renal, abordando aspectos clínicos e epidemiológicos, visando melhoria da abordagem clínica e cirúrgica aplicando um cuidado eficaz que tenha um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes. Métodos: O presente artigo consiste em uma revisão de literatura baseada em estudos científicos publicados de 2010 a 2019 através de pesquisas de dados nas plataformas Scielo, Google Scholar, Portal PebMed, Revista Uningá, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. As palavras – chaves de busca foram: Complicações no pós- operatório e transplante renal. Resultados: A insuficiência renal crônica é definida como a perda da função renal, sendo ela progressiva e irreversível, resultando má filtração renal que irá reter ureia e outros produtos nitrogenados do sangue que teriam que ser degradados. O tratamento, para melhor o prognóstico do paciente, consiste na Terapia Renal Substitutiva (TRS), que pode ser realizada de três formas: Hemodiálise, diálise e transplante renal. Quando se aborda o transplante renal, é observado que muitos pacientes submetidos tem êxito, enquanto outros demonstram complicações 4. As principais complicações descritas na literatura variam: Disfunção inicial do enxerto, rejeição, às diversas infecções, podendo ser bacterianas, virais ou fúngicas, complicações metabólicas, cardiovasculares e ósseas 5 . Um estudo de 2013 mostrou que as principais complicações foram rejeição, em 32,1% dos pacientes e infecção, 29,2%. As infecções bacterianas constituem a principal causa de infecções respiratórias e urinárias, comuns no primeiro mês, - em seguida vêm as infecções virais e fúngicas -, após esse período, entre o primeiro e o sexto mês, as infecções virais passam a ser mais comuns quando comparadas às bacterianas, em especial por Citomegalovírus. Outro trabalho, de 2010, demonstrou que as complicações infecciosas mais prevalentes foram infecção do trato urinário (31,3%), infecções por citomegalovírus (12%), infecção da incisão cirúrgica (10,3%), infecção por herpes vírus (9,1%), Infecção pulmonar (5,2%) e infecção da corrente sanguínea (4,3%). Conclusão: O melhor prognóstico para a insuficiência renal foi observado com a Terapia Renal Substitutiva (TRS) que pode ser realizado de três formas, entre elas o transplante renal. Enquanto muitos pacientes expostos ao transplante renal têm êxito, alguns ainda apresentam complicações, sendo as principais a rejeição e infecção que podem ter diversas etiologias. Dessa forma, é evidente a relevância desse tema para a busca de uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

TL 3552

**REPERCUSSÃO DA HIPERTROFIA MAMÁRIA NA COLUNA VERTEBRAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Julianna Henriques de Aquino<sup>1</sup>; Maria Clara Potiguara Azevedo Teixeira<sup>1</sup>; Marina Batista Kaminski<sup>1</sup>; Miriã Maria Vitoriano Moreira<sup>1</sup>; Ricardo Barros Martins Rezende<sup>2</sup>.

*1. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL*

*2. RICARDO REZENDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL*

**OBJETIVO:** Revisão da literatura sobre mamoplastia redutora e a sua repercussão na coluna vertebral, no aspecto psicológico e na vida social do paciente.

**MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão da literatura a partir de pesquisas em banco de dados de plataformas como PubMed, Scielo e Springer Link. As palavras-chave utilizadas foram: “gigantomastia”, “hipertrofia mamária”, “redução de mama”, “mamoplastia redutora”, “coluna vertebral”, “postura”, “marcha”, “reduction mammoplasty” e “breast hypertrophy”. A busca resultou em 54 artigos, dos quais 45 não havia critérios de inclusão.

**DISCUSSÃO:** Os nove estudos incluídos nesta revisão cobrem o período de 2007 a 2019 e enfocam a mamoplastia redutora, a hipertrofia mamária e a coluna vertebral. De acordo com esses nove estudos analisados a mamoplastia redutora produz uma melhora dos sinais e sintomas. Entretanto, não se percebeu concordância dos artigos ao se analisar a melhora das alterações anatômicas da coluna vertebral no pós-cirúrgico. Dessa forma, quando se trata de correção postural e correção de problemas anatômicos da coluna vertebral, os artigos tiveram conclusões discrepantes.

**CONCLUSÃO:** Os estudos incluídos nesta revisão relataram que a mamoplastia redutora corrige a macromastia e alivia as dores associadas ao estresse causado na coluna vertebral, porém não se obteve a correção das estruturas anatômicas que compõem a coluna vertebral, ou seja, não se obteve correção de doenças na coluna vertebral, mas se observou correção postural no pós operatório.

TL 3553

**REPERCUSSÃO DA HIPERTROFIA MAMÁRIA NA COLUNA VERTEBRAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Julianna Henriques de Aquino<sup>1</sup>; Maria Clara Potiguara Azevedo Teixeira<sup>1</sup>; Marina Batista Kaminski<sup>1</sup>; Miriã Maria Vitoriano Moreira<sup>1</sup>; Ricardo Barros Martins Rezende<sup>2</sup>.

1. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL
2. RICARDO REZENDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**OBJETIVO:** Revisão da literatura sobre mamoplastia redutora e a sua repercussão na coluna vertebral, no aspecto psicológico e na vida social do paciente.

**MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão da literatura a partir de pesquisas em banco de dados de plataformas como PubMed, Scielo e Springer Link. As palavras-chave utilizadas foram: "gigantomastia", "hipertrofia mamária", "redução de mama", "mamoplastia redutora", "coluna vertebral", "postura", "marcha", "reduction mammoplasty" e "breast hypertrophy". A busca resultou em 54 artigos, dos quais 45 não havia critérios de inclusão.

**DISCUSSÃO:** Os nove estudos incluídos nesta revisão cobrem o período de 2007 a 2019 e enfocam a mamoplastia redutora, a hipertrofia mamária e a coluna vertebral. De acordo com esses nove estudos analisados a mamoplastia redutora produz uma melhora dos sinais e sintomas. Entretanto, não se percebeu concordância dos artigos ao se analisar a melhora das alterações anatômicas da coluna vertebral no pós-cirúrgico. Dessa forma, quando se trata de correção postural e correção de problemas anatômicos da coluna vertebral, os artigos tiveram conclusões discrepantes.

**CONCLUSÃO:** Os estudos incluídos nesta revisão relataram que a mamoplastia redutora corrige a macromastia e alivia as dores associadas ao estresse causado na coluna vertebral, porém não se obteve a correção das estruturas anatômicas que compõem a coluna vertebral, ou seja, não se obteve correção de doenças na coluna vertebral, mas se observou correção postural no pós operatório.

TL 3566

**CIRURGIA ENDOVASCULAR PARA O TRATAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL**

Bernardo Freire Formozinho de Sá; Clara Pontes Werneck Ramos; Felipe Sousa Monteiro; Isabel Guerreiro Lima de Albuquerque; Isabela Lopes Ranzeiro; João Fernando Cunha Rodrigues; Maria Eduarda Koeler Garcia; João Rafael Cohen Gordicht.

*FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Objetivos:** O tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal (AAA) é uma alternativa menos invasiva à intervenção cirúrgica convencional, esse procedimento envolve a colocação de uma endoprótese e é considerado de médio risco para complicações cardiovasculares. O objetivo do trabalho é analisar aspectos da cirurgia endovascular para o tratamento de AAA e as vantagens desse procedimento cirúrgico. Dentro desse estudo, serão abordadas as características básicas desse tratamento, indicações terapêuticas e dados comparativos com a cirurgia convencional, a fim de demonstrar a sua importância nessa situação clínica. **Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica com banco de dados baseado em artigos entre os anos de 2005 a 2018 e pesquisados nas plataformas SCIELO e Journal of Vascular Surgery. A coleta de dados foi realizada em 18 de agosto de 2020. **Resultados:** O aneurisma de aorta abdominal (AAA) é definido como um alargamento da aorta de pelo menos 50% do diâmetro arterial, a seleção adequada dos pacientes para se realizar o reparo endovascular do aneurisma (REVA) é um dos fatores mais importante para a obtenção do sucesso no tratamento. Entre os artigos analisados, não houve diferença estatística significativa entre os fatores de risco, sendo os mais comuns hipertensão, (99%), diabetes (22%), tabagismo (23%), e dislipidemia (50%). Também foram analisadas as comorbidades presentes, entre elas a cardiopatia isquêmica foi a mais relevante (57,8%), e em menor grau a insuficiência renal crônica (14,7%), sendo que 12,7% dos pacientes já realizaram correção prévia endovascular de AAA. A literatura descreve que o reparo endovascular do aneurisma (REVA), quando comparada com a cirurgia aberta, possui uma menor mortalidade hospitalar, perioperatória e dentro de 1 ano, também possui um menor tempo de permanência hospitalar, necessidade de UTI e tempo de permanência nele. Apesar desses fatores, REVA apresenta um maior índice de complicações e de necessidade de reintervenções. Foi observado que pacientes submetidos ao tratamento eletivo apresentaram boa sobrevida em curto e médio prazo, por ser uma técnica relativamente nova, estudos prospectivos e randomizados serão importantes para avaliar resultados a longo prazo. **Conclusão:** O desenvolvimento do presente estudo permitiu analisar que o tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal (AAA) pode ser muito positivo dada sua correta indicação. Sendo assim, viu-se que a seleção prévia adequada dos pacientes é um fator que corrobora ao sucesso do tratamento. Os benefícios da utilização do REVA são o fato do tratamento ser pouco invasivo, apresentar menor mortalidade hospitalar, perioperatória e dentro de 1 ano, menor tempo de permanência hospitalar e menor necessidade de UTI. Verifica-se por fim, que apesar de haver um maior índice de complicação e necessidade de reintervenção, os pacientes que se utilizaram da REVA apresentam uma boa sobrevida.

TL 3569

**TIREOIDITE DE HASHIMOTO E CÂNCER DE TIREÓIDE: UM PARADOXO**

Byanca Eugenia Wanderley; Sílvia Maria Gonçalves Luz Barros Bezerra; Jorge Pinho; Tássia Campos de Lima e Silva; Priscila Florêncio Santos; Paulo José de Cavalcanti Siebra; Fernando Cerqueira Norberto dos Santos Filho; Ynarha Farias Costa.

*HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ, RECIFE - PE - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Dentre as doenças autoimunes da tireóide a Tireoidite de Hashimoto (TH) é considerada a mais prevalente. Trata-se de uma doença crônica autoimune da tireoide de causa genética associada a condições ambientais, contudo, não totalmente compreendidas. Quanto a fisiopatologia, devido ao envolvimento de anticorpos antitireoídianos, há agressão ao tecido causando fibrose progressiva, sendo clinicamente caracterizada por aumento difuso da tireóide. Estudos observaram uma associação de 0,5 a 53% entre TH e carcinoma papilífero de tireóide (CPT), entretanto, uma patogênese que relacione essas doenças é de pouca compreensão. Nesse contexto, há evidências que a infiltração linfocítica na TH está associada ao CPT e sendo fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer. A associação entre as duas entidades patológicas é uma questão controversa que deve ser aprofundada, e não deve ser negligenciada na prática clínica. Nesse sentido, portadores de TH devem ser monitorados periodicamente, para identificar uma malignidade mais precocemente. O CPT associado a TH, normalmente apresenta excelente prognóstico, independente do tratamento de escolha, sendo a intervenção cirúrgica eficaz para a doença de Hashimoto complicada com neoplasia maligna de tireóide. **OBJETIVO:** Devido a aplicabilidade desse assunto na prática clínica e discussão na comunidade acadêmica, esta revisão objetivou selecionar artigos relevantes sobre o tema, analisar, e verificar a existência de associação entre TH e CPT. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão sistemática em que foram realizadas buscas nas principais bases de dados de literatura médica (LILACS, PubMed e SciELO) em busca de artigos, no período entre 2010 a 2020, que descrevessem a associação entre TH e CPT. Os termos utilizados para a pesquisa foram "papillary carcinoma" AND "hashimoto disease" AND "chronic lymphocytic thyroiditis" AND "papillary carcinoma". Dentre os achados foram selecionados artigos mais relevantes e que apresentassem no título a associação entre as duas patologias. Foram critérios de exclusão os relatos de casos, bem como as duplicidades encontradas. **RESULTADOS:** Foram encontrados no total 328 artigos, sendo excluídos os que não apresentaram associação entre TH e CPT e os que entraram nos critérios de exclusão, restando 79 exemplares. Foi observado um diálogo entre os artigos corroborando nos achados. **CONCLUSÃO:** Verificou-se um paradoxo entre o TH e CPT, percebe-se que, apesar de TH ser fator de risco e estar frequentemente associada ao surgimento de câncer de tireóide, especificamente o CPT, sua presença está relacionada a características mais favoráveis e de melhor prognóstico. Sugere-se como fator protetivo no desenvolvimento das características histológicas deste tipo de câncer uma vez que o tumor se apresenta menos agressivo. Todavia, é de grande importância o monitoramento do paciente de TH, tornando-se necessários mais estudos no sentido de elucidar a patogenia envolvida nesta correlação.

TL 3572

**ANÁLISE DOS PACIENTES QUE NECESSITARAM DE INTERNAMENTO DEVIDO AO DIAGNÓSTICO DE ESCROTO AGUDO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL NO OESTE DO PARANÁ**

Otávio Ramos Pereira; Vitória Piva.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL*

**Resumo:** O escroto agudo é um dos principais diagnósticos de urgência nos serviços de cirurgia urológica. A maior importância reside no diagnóstico diferencial precoce entre orquitepididimite e torção testicular para definição entre o manejo clínico ou cirúrgico. O Ultrassom testicular com doppler colorido está indicado para avaliar o fluxo sanguíneo e confirmar o diagnóstico. A alta suspeição clínica e o intervalo pequeno entre o início dos sintomas e o tratamento no hospital de referência gera redução da morbidade, principalmente envolvendo a infertilidade como principal complicação. Os casos de torção testicular correspondem a uma grande parte dos pacientes admitidos por diagnóstico síndrome de escroto agudo. A patologia tem uma importância bastante grande devido a sua incidência ser maior em jovens, tendo como consequência a infertilidade e dor crônica se a correção cirúrgica tardia.

**Objetivos:** Analisar os pacientes diagnosticados com escroto agudo em um intervalo de dois anos e avaliar o perfil dos pacientes, quantos foram diagnosticados com torção testicular, sua etiologia e o tempo entre o início dos sintomas e a entrada no hospital de referência

**Métodos:** Estudo retrospectivo observacional com análise dos prontuários dos pacientes internados com AIH de escroto agudo nos últimos 2 anos no HUOP.

**Resultados:** Dentre os 40 pacientes avaliados, 65% apresentou diagnóstico de torção testicular, 20% orquite e orquitepidimite, 7,5 % hérnia inguinal encarcerada, 5% hidrocele e 3% Síndrome de Fournier. O tempo de evolução do início dos sintomas até a entrada no hospital de referência foi de até 12 horas em 65% dos casos. Idade dos pacientes variou de 2 meses a 76 anos, com média de 21,4 anos. E a maioria dos pacientes (87,5%) não apresentava história de trauma escrotal antigo ou recente.

**Conclusões:** Os dados analisados correspondem com a epidemiologia notada na literatura. O tempo de início dos sintomas até a porta do hospital foi maior do que o aceitável, o que torna necessário uma investigação do fator de atraso para a correção cirúrgica dos casos de torção testicular. Ainda faltam estudos com nível de evidência suficiente para avaliar os casos de escroto agudo em serviços de referência.

## **Vídeos Livres**

VL 3260

**APPLEBY MODIFICADO ROBÓTICO: RELATO DE CASO E DISCUSSÃO**

Saskia Barreto de Almeida; Fernanda Neres Ribeiro de Lima; Amanda Dal Castel Ferreira da Silva; Mylena Ferreira da Silva; Brenda Soares Alves; Beatriz Escudeiro Nascimento; Manuella Caroline Dutra Frazão Alves; Guilherme de Andrade Gagheggi Ravanini.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** Adenocarcinoma de corpo/cauda de pâncreas é um tumor de evolução silenciosa, apresentando-se como doença avançada ao diagnóstico pela difícil detecção. Caso haja boa resposta à quimioterapia (QT) neoadjuvante, há benefícios em uma ressecção cirúrgica mais agressiva, mesmo em estágio avançado. A técnica de Appleby modificado - pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia e ressecção de tronco celíaco, tem sido utilizada com sucesso como tratamento para esse tipo de câncer. **Relato de caso:** Homem, 60 anos, hipertenso controlado, apresentou quadro de desconforto abdominal. Tomografia computadorizada evidenciou lesão expansiva sólida de corpo pancreático e na Ressonância Magnética observou-se lesão nodular, comportamento hipovascular, medindo 3,1x2,8cm no corpo do pâncreas. Contato de 50% com a porção distal esquerda do tronco celíaco, ao nível da bifurcação, englobando circunferencialmente a artéria esplênica com redução de seu calibre e sem visualização da veia esplênica por trombose. CA19-9 de 650 U/ml e estadiamento cT4N1M0. Recebeu 6 ciclos de QT - esquema FOLFIRINOX, favorecendo pequena redução tumoral (3,0x2,6cm), diminuição do contato com ramo esquerdo do tronco celíaco para 25% e redução de C19-9: 358 U/ml. Angiotomografia abdominal mostrou artéria hepática direita com origem na mesentérica superior, hepática esquerda na gástrica esquerda e hepática comum vascularizando o segmento IV. Submetido a pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia e ressecção de tronco celíaco robótica (cirurgia de Appleby Modificado), incluindo linfadenectomia retroperitoneal, com duração de 6 horas, sem sangramentos importantes ou intercorrências. A plataforma robótica utilizada foi a Si do Sistema Da Vinci (Intuitive). Boa evolução pós-operatória, havendo, contudo, aumento das enzimas TGO e TGP acima de 700 U/L no 3º dia pós-operatório (PO), com queda progressiva nos dias subsequentes. Retirada do dreno abdominal no 5º dia PO após dosagem da amilase plasmática, e alta hospitalar no mesmo dia. Após a cirurgia, CA19-9: 50 U/ml e laudo histopatológico de adenocarcinoma residual de 3,5 cm, regressão grau 3, estadiamento ypT2ypN0, 6 linfonodos isolados, negativos e margens livres. Paciente segue em bom estado geral, sem evidência de doença. **Discussão:** A cirurgia de Appleby Modificado Robótico mostrou-se segura no tratamento do tumor de corpo/cauda de pâncreas localmente avançado, com redução da perda sanguínea intraoperatória e da taxa de transfusão, corroborando a literatura. Recomenda-se o emprego da neoadjuvância, para avaliar a resposta in vivo, melhorar a radicalidade e aumentar possibilidade de ressecção R0 (redução do tamanho do tumor e acometimento vascular). A radiologia é um aspecto importante no planejamento por permitir o diagnóstico pré-operatório de invasão vascular. A plataforma robótica permite movimentos mais delicados, imagem ampliada e 3D, além dos benefícios pós-operatórios da cirurgia minimamente invasiva.

VL 3274

**SÍNDROME "CANDY CANE", UMA COMPLICAÇÃO TARDIA APÓS BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX: RELATO DE CASO**

Pollyana Cristina Mendes Araujo; Rodrigo Fabiano Guedes Leite; Priscila Freitas Marcal; Pedro Henrique Oliveira de Amorim.

*HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Episódios de dor abdominal no pós-operatório do Bypass Gástrico em Y de Roux são de difícil manejo e as causas potenciais nem sempre são identificadas. Entre os fatores, a Síndrome "Candy Cane" (SCC) pode explicar a sintomatologia de alguns pacientes. A SCC é uma complicação rara relacionada a fatores anatômicos. O diagnóstico ainda hoje é um desafio, sendo necessário aliar mais de uma ferramenta, preferencialmente REDD, EDA e TC de abdome. Uma vez definido ou diante de alta suspeição clínica, a revisão cirúrgica com ressecção laparoscópica do segmento aferente alongado mostra-se segura e eficaz, com excelentes resultados para o alívio sintomático. Apresentamos vídeo de um caso clínico no qual o diagnóstico da SCC se estabeleceu no transoperatório de uma cirurgia bariátrica revisional por videolaparoscopia e que a correção do defeito trouxe alívio sintomático para o paciente.

**DESCRIÇÃO DO VÍDEO:** Realizado lise de inúmeras aderências firmes entre o pouch gástrico e a borda medial do fígado. Após individualização do pouch, prosseguiu-se com a dissecação dos pilares diafragmáticos e reparo da hérnia de hiato, com pontos em "X". Posteriormente foi dissecada a alça jejunal aferente da anastomose gastro-jejunal e notou-se seguimento exuberante (maior que 10cm). Realizado ressecção da alça jejunal cega redundante (aproximadamente 10 cm) com o auxílio do grameador linear videolaparoscópico, utilizada carga azul. Confecção de sobressutura na linha de grameamento e remoção do seguimento de delgado sob visão.

**DISCUSSÃO:** O paciente evoluiu de forma satisfatória, sem intercorrências durante a internação. Recebeu alta após 24 horas do procedimento com boa tolerância a dieta líquida completa. Após 01 semana apresentou perda de 02 kg de peso. No retorno com 30 dias, relatou melhora completa dos sintomas pré-operatórios e boa tolerância à dieta, inclusive para carne e alimentos fibrosos.

Esta apresentação de caso clínico tem como intuito aumentar o leque de diagnósticos diferenciais de dor abdominal no seguimento do Bypass Gástrico em Y de Roux, afim de aumentar a suspeição clínica dos cirurgiões para o diagnóstico da Síndrome "Candy Cane". Além de demonstrar que a revisão cirúrgica por videolaparoscopia é segura.

Mais estudos de longo prazo são necessários para que se esclareça a importância da alça aferente redundante na gênese da dor abdominal e na recidiva de peso após o BGYR, assim como para definir a extensão máxima da alça aferente ainda no transoperatório da cirurgia primária com o intuito de prevenir o surgimento da síndrome.

VL 3290

**HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL GIGANTE ROBOTICA**

Mateo Vernaza; Solange Colina; Fernando Madureira.

*PUCRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A hérnia inguinal é um dos tipos de hérnias mais comumente diagnosticadas, tendo uma incidência aproximada de 200 casos por 100.000 habitantes por ano tornando-a como uma das operações abdominais mais realizadas na atualidade. A abordagem cirúrgica das hérnias inguinais por robô traz consigo algumas vantagens tanto para o paciente quanto para o cirurgião tais como: movimentos mais amplos, visualização tridimensional das estruturas para sua precisa dissecação, diminuição da dor pós-operatória e uma rápida recuperação proporcionando assim o retorno mais rápido do paciente às suas atividades diárias.

**Relato de caso:** O.D.N paciente masculino de 72 anos de idade quem apresenta hérnia inguinal bilateral há vários anos, com crescimento acentuado da hérnia à esquerda há um ano, associado a desconforto e dor ao esforço físico. Tem antecedente de HIV em controle com trimetazidina, lamivudina e efavirenz. Ao exame físico, o abdome apresentava-se sem particularidades, com presença de abaulamento redutível em região inguinal bilateralmente. Solicitou-se ultrassonografia da parede abdominal a qual mostrou passagem de alças intestinais em ambos lados, com retorno do conteúdo herniário para o interior da cavidade. Foi considerada a hernioplastia bilateral pela abordagem pre-peritoneal transabdominal por robo. Paciente posicionado em decúbito supino e realizada antibioticoprofilaxia com cefazolina. Foram inseridos o trocater ótico umbilical e mais três trocateres auxiliares, um no flanco esquerdo e dois no direito. Tempo cirúrgico: 1h30min. Sem intercorrências, nem internação no CTI, paciente recebe alta após 24h.

**Discussão:** O local mais acometido por hérnias da parede abdominal é a região inguinal e o reparo do defeito herniário por meio de técnicas minimamente invasivas, tem demonstrado benefícios incluindo menos dor no pós-operatório, retorno precoce ao trabalho e às atividades cotidianas do paciente. Além disso, o reparo laparoscópico também oferece ao cirurgião uma visão 3D, maior facilidade na manipulação das pinças e nas técnicas de fixação da tela. Em quanto aos casos de hérnia inguinal bilateral, o reparo por meio dessa técnica TAPP, permite correção do defeito contralateral com mínimo acréscimo no tempo cirúrgico.

VL 3295

**COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS**

Valéria Nogueira Naves<sup>1</sup>; Guilherme Henrique Domingues de Sousa<sup>2</sup>; Franklin Pereira dos Santos<sup>2</sup>; Sandra Oliveira de Araujo<sup>2</sup>; Elio de Aguiar<sup>2</sup>; Stephanie da Silva Fernandes<sup>2</sup>; Larissa dos Reis Rodrigues de Lima<sup>1</sup>.

1. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL
2. HOSPITAL SÃO FRANCISCO, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Situs inversus é uma anomalia genética autossômica recessiva caracterizada pela transposição dos órgãos no sentido sagital obtendo assim uma imagem em espelho das vísceras, pode ser abdominal, torácico ou ambos.

É uma condição clínica rara, com incidência estimada de 1 para 10000-20000 nascidos. Não há relatos de uma maior incidência de colelitíase nos pacientes portadores de situs inversus. A realização de colecistectomia nestes pacientes tende a ser um desafio, desde o diagnóstico, com uma clínica não sugestiva, à alterações anatômicas da via biliar e adequações na técnica operatória.

**CASO CLÍNICO:** Paciente, feminino, 59 anos, com história de dor em região epigástrica e hipocôndrio esquerdo há 1 mês associado à náuseas e hiporexia. Negou vômitos. Diurese espontânea e evacuações sem alterações. Ao exame físico apresentou dor à palpação em hipocôndrio esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal.

Apresenta história prévia de hipertensão arterial sistêmica, doença renal policística do adulto, IRC dialítica.

Exames laboratoriais leucócitos 5120; Hb 9,2; GGT 68,1; Cr 7,07; BT 0,28; BD 0,15; BI 0,13.

Realizou USG de abdome em que evidenciou fígado localizado em HCE, litíase biliar e imagem sugestiva de coledocolitíase.

CRNM evidenciando posição invertida dos órgãos abdominais (situs inversus). Vias biliares sem alterações, colédoco com calibre de 6mm, sem evidência de cálculo no seu interior. Vesícula biliar sem espessamento parietal, exibindo múltiplos cálculos, medindo até 4mm. Ducto cístico com implantação habitual.

Procedida colecistectomia videolaparoscópica, sem intercorrência, com identificação de fígado e vesícula biliar em topografia de hipocôndrio esquerdo. Paciente recebeu alta no 5º dia pós-operatório com boa evolução clínica.

**DISCUSSÃO:** Colecistite em pacientes portadores de situs inversus é uma condição rara, a realização da colecistectomia videolaparoscópica permite uma melhor visualização e identificação anatômica. A videolaparoscopia é uma conduta segura nestes casos, quando realizada por profissionais experientes uma vez que o procedimento deve ser realizado de modo espelhado.

VL 3299

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ACALASIA ESOFÁGICA**

Mateo Vernaza<sup>1</sup>; Fernando Madureira<sup>2</sup>.

1. PUC RJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. PUCRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Introdução:** A acalasia do esôfago é um distúrbio primário da motilidade do esôfago, caracterizada pela ausência de peristalse no órgão e pelo relaxamento parcial ou total ao nível do esfíncter esofágico inferior (EEI) em resposta à deglutição. Consequentemente ocorre uma obstrução funcional na junção gastroesofageana, a qual produz comprometimento do esvaziamento esofageano. Trata-se de uma doença de começo insidioso e na qual a maioria dos pacientes podem experimentar disfagia de progressão lenta tanto para sólidos como para líquidos, regurgitação dor torácica e perda de peso.

**Relato de caso:** R.F.H, paciente feminina de 57 anos a qual apresentou disfagia severa há um ano, com piora acentuada no último mês associado a episódios de emese. Refere antecedente de câncer de mama há 14 anos realizando-se esvaziamento axilar, sem outras comorbidades. Fez uso de bromoprida, ondansetrona e domperidona sem melhora significativa da sintomatologia. Foi solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) a qual foi normal. Esofagomanometria que reportou aperistalse, amplitude média distal de 18,4 mmHg (normal >30 e <180), EEI com pressão média de repouso de 46,18. Foi proposto tratamento cirúrgico com miotomia esofágica de Heller associada a funduplicatura de Dor por robô. A paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório, tolerando dieta e sem outras queixas.

**Discussão:** Trata-se de uma doença rara de origem desconhecida, a qual ocorre com igual frequência em homens e mulheres, com pico entre os 30 e 60 e em países endêmicos para da doença de Chagas, como o Brasil, a prevalência pode aumentar. O diagnóstico da acalasia do esôfago é primeiro sugerido pelo quadro clínico porém, deve ser investigado com EDA para descartar pseudoacalasia, Esofagograma com bário é um teste complementar para delinear o esvaziamento esofágico e mostrar a anatomia. Finalmente a Esofagomanometria para confirmar o diagnóstico. Em quanto ao tratamento, a miotomia minimamente invasiva associada a fundoplicatura de Dor é considerada o tratamento cirúrgico padrão para a acalasia sintomática, sendo a assistida por robô uma opção mais segura e efetiva. Diminui não só a incidência de refluxo gastroesofágico pós-operatório, senão também traz consigo uma redução nas complicações intraoperatórias.

VL 3304

**REVERSÃO DE BYPASS GÁSTRICO APOS DESNUTRIÇÃO GRAVE**

Bruna Freixo Prestes Cortez; Thiago Pereira Pacheco; Jose Loreto de Oliveira Prestes; Jose Antonio Possidente Pacheco; João Pereira Pacheco.

HOPITAL ICARAI, NITEROI - RJ - BRASIL

Paciente masculino, 35 anos realizou bypass gástrico em 28 de abril de 2016, no Hospital Icarai, Niteroi (Rio de Janeiro). Apresentou, após 3 anos de cirurgia, hernia interna (espaço de Petersen). Submetido a videolaparoscopia de urgência, em serviço sem experiência em cirurgia bariátrica, sendo apenas desfeito herniacao, sem fechamento do Espaço de Petersen.

Após 1 semana, apresentou novo quadro de suboclusão intestinal, sendo submetido a nova laparoscopia, em outro serviço, sendo realizado o fechamento do espaço.

Após a segunda cirurgia de urgência, o paciente evoluiu com quadro de diarreia disabsortiva grave, chegando a um quadro de desnutrição intensa e com peso mínimo de 42 quilos. Realizado investigação clínica do caso, com reposição de vitaminas, porém sem sucesso, sendo associado o quadro a exclusão duodenal do bypass.

Optado por internação hospitalar de urgência. O mesmo permaneceu em Nutrição Parenteral Total por um período de 15 dias. Após esse período, no dia 29 de junho de 2020, foi submetido a reversão do bypass por videolaparoscopia.

No procedimento foi realizado, lise de aderências, identificação da gastro-entero anastomose e seccionado da mesma. Confecção de gastro-gastro anastomose entre pouch gástrico e estômago excluído. Ressecção de toda alça alimentar até Y de Roux.

Paciente iniciou dieta oral líquida no primeiro dia de pós-operatório, com desmame de NPT e alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório.

Apresentou evolução satisfatória, com resolução do quadro diarreico e ganho de 10 quilos em 30 dias.

Continua em acompanhamento com equipe cirúrgica e clínica.

VL 3321

**ABORDAGEM ROBÓTICA DE HÉRNIA UMBILICAL VOLUMOSA POR “DOCKING” UNILATERAL (TARUP – TRANSABDOMINAL RETROMUSCULAR UMBILICAL PROSTHETIC)**

Heitor Marcio Gavião Santos; Augusto Torres de Lima da Costa Ramos; Marcio da Silva Monteiro; Fernando Christian de Souza Alves Lara Lins.

*HOSPITAL SÃO LUCAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Abordagem robótica de hérnia umbilical volumosa por “docking” unilateral (TARUP – TransAbdominal Retromuscular Umbilical Prosthetic)

Autores: Santos HMG1; Ramos ATLC2; Monteiro MS2; Lins FCSAL2

Resumo: Várias técnicas podem ser realizadas para correção das hérnias umbilicais. Hoje sabemos que nessa variação, existem técnicas de acordo com posicionamento da tela em relação ao defeito herniário. Nas técnicas minimamente invasivas, sobretudo na robótica, as técnicas retro-musculares são as preferidas pelos autores, tendo possibilidade de utilizar telas de tamanhos maiores, não-revestidas, com overlap adequado ao defeito apresentado, e com integração tecidual próxima a 100% após 4 semanas. Outra vantagem é a não-fixação, ou pouca fixação, já que a tela irá ocupar o espaço dissecado, não tendo como sair de seu posicionamento.

Das técnicas trans-abdominais retro-musculares, temos duas abordagens, sendo a tradicional e mais fácil, a abertura mediana de dois flaps com docking duplo lateral (double side docking), e a técnica com flap único cruzando a linha média do mesmo lado do docking lateral e único (single side docking), denominada TARUP.

Nesse vídeo, os autores descrevem a abordagem de uma hérnia umbilical volumosa, encarcerada, com conteúdo intestinal, realizada por plataforma robótica, na opção técnica de TARUP (transabdominal retromuscular umbilical prosthetic hernia repair), onde foi utilizada uma tela de gramatura média (75g/m<sup>2</sup>), macroporosa, de polipropileno. Permaneceu internada por 13h a mais após a cirurgia, onde recebeu alta hospitalar. Seu pós-operatório evoluiu sem intercorrências, estando em seguimento ainda hoje após 7 meses da cirurgia.

Cirurgião Responsável pelo Centro Especializado em Hérnias Abdominais do Hospital São Lucas – RJ; Cirurgião do Hospital São Lucas – RJ; Professor da Pós-Graduação em Cirurgia Minimamente Invasiva - UNICETREX  
Cirurgião auxiliar da Equipe do Centro Especializado em Hérnias Abdominais do Hospital São Lucas – RJ

VL 3322

**HÉRNIA INGUINO-ESCROTAL BILATERAL VOLUMOSA: NOSSA ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA**

Heitor Marcio Gavião Santos; Augusto Torres de Lima da Costa Ramos; Marcio da Silva Monteiro; Fernando Christian de Souza Alves Lara Lins.

*HOSPITAL SÃO LUCAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Hérnia inguino-escrotal bilateral volumosa: nossa abordagem videolaparoscópica

Autores: Santos HMG1; Ramos ATLC2; Monteiro MS2; Lins FCSAL2

Resumo: As hérnias inguinais videolaparoscópicas, conforme os dados da literatura contemporânea e seus guidelines, demonstram melhores resultados quanto à qualidade de vida, retorno às atividades físicas precocemente, satisfação dos pacientes e principalmente menor incidência de dor crônica, quando comparadas as técnicas abertas (Lichteinstein). Uma das abordagens mais realizadas no Brasil, a técnica TAPP (Trans Abdominal Pre Peritoneal), possui uma sistematização e padronização de modo a facilitar sua realização e otimizar seus resultados. Embora a literatura suporte as vantagens da abordagem videolaparoscópica como referido, a dificuldade técnica de realizar hérnias inguino-escrotais volumosas por esta via, torna a escolha da via aberta a preferencial da maioria dos cirurgiões. Propomos divulgar este vídeo de um caso de hérnia inguino-escrotal bilateral volumosa abordada por videolaparoscopia, onde sugerimos algumas alterações na padronização técnica, com intuito de facilitar o procedimento. Alterações principalmente quanto à disposição dos trocateres, sendo recomendado neste caso, 4cm acima da cicatriz umbilical, para melhor manejo do defeito e dissecação do flap peritoneal mais alta. Optamos também neste caso, a utilização de um 4 trocater acessório em região lateral ao portal de 5mm, 2 cm acima da abertura do flap peritoneal, com intuito de facilitar tração de alças, exposição de campo operatório, bem como passagem de fios e telas sob a visão direta.

Outro dado importante foi o tempo cirúrgico total, 3h e 9 minutos, contabilizando as trocas de lado da equipe, totalmente dentro dos padrões, inclusive para cirurgias abertas nesta complexidade. A alta hospitalar ocorreu 15h após o término da cirurgia, somente com dipirona sódica regular e orientações de curativo. Não foi utilizado dreno devido a baixa perda sanguínea.

Cirurgião Responsável pelo Centro Especializado em Hérnias Abdominais do Hospital São Lucas – RJ; Cirurgião do Hospital São Lucas – RJ; Professor da Pós-Graduação em Cirurgia Minimamente Invasiva - UNICETREX  
Cirurgião auxiliar da Equipe do Centro Especializado em Hérnias Abdominais do Hospital São Lucas – RJ

VL 3326

**HÉRNIA VENTRAL LATERAL MULTIRECIDIVADA - TRATAMENTO VIA ROBÓTICA**

Marcio Barroso Cavaliere; Agatha Marques Peixoto; Heitor Marcio Gavião Santos; Dyego Sa Benevenuto; Claudia Maria Vale Joaquim Falbo Domingos; Pedro Nelson Mastrangelo.

*HOSPITAL BARRA D'OR, HOSPITAL LOURENÇO JORGE*

Paciente feminina de 61 anos, submetidas à várias cirurgias abdominais, sendo as mais relevantes para o caso: Abdominoplastia, Histerectomia convencional, sendo que a partir desta cirurgia evoluiu com hérnia incisional ventral lateral. Foi submetida à correção da hérnia por via aberta 2x, com tela onlay e uma terceira vez por videolaparoscopia, pela técnica IPOM. No momento em que se apresentava antes da correção realizada por via robótica, a hérnia tinha apresentava-se no flanco esquerdo, junto à crista ilíaca. Antes que pudesse ser tratada desta hérnia, foi submetida à sigmoidectomia videolaparoscópica por doença diverticular complicada. Diante deste caso complexo, de hérnia ventral lateral, próximo à superfície óssea, com 3 recidivas, por via anterior e posterior e já sabendo da destruição peritoneal vista na cirurgia da sigmoidectomia, a opção pensada para correção desta hérnia foi utilizar a plataforma robótica e alcançar o plano pre-peritoneal, assim como realizar secção do músculo transversos (TAR) a esquerda, a fim de alcançar o overlap de tela necessário. A cirurgia foi realizada como planejado, com a dificuldade esperada, o defeito foi fechado com fio farpado e colocado tela de média gramatura, de 23x14 cm, para um defeito de 7x4cm, fixado com pontos e selante de fibrina. Alta no primeiro dia de pós-operatório, assintomática.

VL 3357

**ANASTOMOSE BILIO-DIGESTIVA ROBÓTICA APÓS HEPATECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA LITÍASE INTRA-HEPÁTICA**

Bruno Vinicius Hortences de Mattos; Murillo Macedo Lobo Filho; Fabio Ferrari Makdissi; Marcel Autran Cesar Machado.

*HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia minimamente invasiva tem tido aceitação crescente nos últimos anos, expandindo-se para procedimentos hepatobiliares. A via laparoscópica já é considerada viável, segura e eficaz. Porém, a aplicabilidade dessa técnica ainda é restrita a centros com recursos aprimorados e maior volume cirúrgico. O sistema robótico oferece uma boa oportunidade para realizar esses procedimentos desafiadores no contexto minimamente invasivo e expandir seu uso para um número maior de cirurgiões. A hepaticojunostomia robótica tem sido mais comumente usada durante a reconstrução após a pancreatoduodenectomia. Este vídeo mostra uma hepaticojunostomia em Y de Roux robótica em um paciente com litíase intra-hepática primária que havia sido submetida previamente a uma hepatectomia direita por via laparoscópica.

**RELATO DE CASO:** Apresentamos o caso de uma mulher de 45 anos com litíase intra-hepática primária. Ela foi submetida a uma hepatectomia laparoscópica direita pela mesma equipe 5 anos antes por colangite intermitente e doença unilateral. A doença progrediu e ela apresentou colangite. Devido a múltiplas papilotomias prévias que levaram à estenose, 4 meses depois, ela evoluiu com colangite aguda grave. A ressonância magnética mostrou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Equipe multidisciplinar optou por hepaticojunostomia em Y de Roux. Uma abordagem robótica foi proposta. A técnica usou cinco trocartes. O primeiro trocarce de 12 mm foi inserido por método aberto na área infraumbilical e pneumoperitônio foi instalado com pressão de 14 mm Hg. Depois de fazer o docking do sistema robótico, as aderências da cirurgia anterior foram seccionadas. O jejuno proximal foi seccionado a 20 cm do ligamento de Treitz e transposto para a área sub-hepática através de janela mesentérica. O hilo hepático é então identificado e a colangiografia intraoperatória com fluorescência com verde de indocianina nos ajudou a identificar o ducto biliar comum. O aspecto anterior do ducto hepático foi aberto com tesoura e uma hepaticojunostomia látero-lateral foi realizada com sutura absorvível 4-0. A anastomose foi verificada por meio de colangiografia fluorescente. A alça em Y de Roux foi confeccionada com o uso de um grampeador. A abertura é fechada com sutura contínua absorvível. O tempo operatório foi de 252 minutos, com sangramento mínimo e sem necessidade de transfusão sanguínea. Não houve necessidade de internação em unidade de terapia intensiva e recebeu alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório. Ela está assintomática 6 meses após o procedimento.

**DISCUSSÃO:** A hepaticojunostomia robótica em Y de Roux é viável e segura mesmo em pacientes com hepatectomia prévia. São necessários ainda resultados de longo prazo, análises de custo-benefício e estudos de curva de aprendizado. Este vídeo mostra as diferentes etapas necessárias para realizar esta operação complexa.

VL 3364

**ALPPS ROBÓTICO - CIRURGIA HEPÁTICA EM DOIS TEMPOS COM BIPARTIÇÃO E LIGADURA DA VEIA PORTA**

Bruno Vinicius Hortences de Mattos; Murillo Macedo Lobo Filho; Fabio Ferrari Makdissi; Marcel Aufran Cesar Machado.

*HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** ALPPS é uma estratégia útil para tratar pacientes com tumores hepáticos avançados com futuro remanescente hepático com volume insuficiente. Este vídeo apresenta um ALPPS robótico para tratar metástases hepáticas colorretais sincrônicas.

**Relato de Caso:** Um homem de 71 anos com metástases hepáticas síncronas de um câncer de sigmóide foi encaminhado para tratamento. Equipe multidisciplinar decidiu por quimioterapia neoadjuvante seguida de ressecção hepática e do cólon. Após 4 ciclos, uma resposta objetiva foi observada. Decidiu-se pela técnica de ALPPS. O futuro remanescente hepático (segmentos 3, 4 e lobo de Spiegel) foi calculado em 24% e a abordagem robótica foi proposta. A ressecção do cólon foi realizada após o procedimento ALPPS, também com abordagem robótica. O tempo operatório para o primeiro estágio foi de 293 minutos. O paciente se recuperou bem e recebeu alta no quarto dia. O tempo cirúrgico da segunda etapa foi de 245 minutos. A recuperação transcorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta no quarto dia de pós-operatório. Finalmente, o paciente foi submetido à ressecção robótica da neoplasia colorretal primária. O tempo operatório foi de 182 minutos, a recuperação transcorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta no 5º dia de pós-operatório. Patologia revelou um adenocarcinoma de sigmóide T3N1bM1 e metástases colorretais com resposta parcial. Margens cirúrgicas estavam livres. O paciente está bem, sem sinais de doença 4 meses após o procedimento.

**Discussão:** O primeiro procedimento ALPPS minimamente invasivo foi publicado em 2012 pela nossa equipe e tratava-se de um ALPPS com primeiro e segundo estágios totalmente laparoscópico. Desde então, apenas alguns casos foram relatados. Em uma revisão sistemática recente da literatura sobre neste assunto, apenas 27 casos foram encontrados. ALPPS minimamente invasivo, de acordo com esta revisão, parece ser seguro com morbidades e mortalidades mais baixas quando comparado com o procedimento aberto. Depois de uma experiência adequada com ALPPS aberto e laparoscópico e com ressecção hepática robótica, uma evolução para ALPPS robótico parecia natural. Conforme antecipado por alguns autores, também estamos "convencidos de que a cirurgia robótica representa uma opção valiosa para ampliar a aplicação da cirurgia minimamente invasiva, mesmo para cirurgias de alta complexidade como o procedimento ALPPS. ALPPS robótico é viável e seguro. A abordagem robótica pode ter algumas vantagens sobre ALPPS via laparoscopia e aberta.

VL 3366

**DUODENOPANCREATECTOMIA ROBÓTICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA (BYPASS EM Y DE ROUX)**

Murillo Macedo Lobo Filho; Bruno Vinicius Hortences de Mattos; Fabio Ferrari Makdissi; Marcel Aufran Cesar Machado.

*HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** Embora o risco de desenvolver câncer de pâncreas após um bypass gástrico seja baixo, com o aumento do número destes procedimentos sendo realizados, é esperado que o número de pacientes com esta anatomia alterada que necessitam de duodenopancreatectomia aumente. Este vídeo mostra uma duodenopancreatectomia robótica em paciente com bypass em Y-de-Roux laparoscópico.

**Relato de Caso:** Um homem de 50 anos de idade foi submetido a bypass gástrico em Y-de-Roux por videolaparoscopia há três anos. Ele evoluiu bem no pós-operatório, atingindo 54 kg de perda de peso e índice de massa corporal estável em 22 kg/m<sup>2</sup>, desde então. Há três semanas, ele apresentou icterícia progressiva e perda de peso. Ressonância magnética foi realizada e mostrou estenose ao nível de Ampola de Vater com dilatação das vias biliar e pancreática. Uma drenagem biliar percutânea foi realizada juntamente com uma biópsia que foi consistente com malignidade. Equipe multidisciplinar decidiu por duodenopancreatectomia robótica com ressecção do estômago remanescente. **Resultados:** A reconstrução pancreática e biliar foram realizadas em alça única, utilizando-se da alça bilio-pancreática. O tempo operatório total foi de 418 min. A perda de sangue foi mínima, a recuperação transcorreu sem intercorrências e o paciente teve alta no sétimo dia de pós-operatório. Não foi observada fístula pancreática, e o dreno foi removido precocemente. A patologia revelou um adenocarcinoma ampular de 5,6 cm com margens livres. Houve um linfonodo positivo em 16 ressecados. Ele está bem sem evidência da doença 9 meses após o procedimento.

**Discussão:** A literatura sobre pacientes submetidos à duodenopancreatectomia após cirurgia bariátrica de é limitada. Em uma recente revisão sistemática, apenas 26 pacientes foram submetidos à duodenopancreatectomia após bypass gástrico em Y de Roux. Entre eles, sete pacientes foram submetidos à by-pass por laparoscopia, em cinco a técnica não foi relatada e nos 15 pacientes restantes o procedimento foi feito aberto. Apenas um paciente foi submetido a duodenopancreatectomia laparoscópica após um bypass laparoscópico. A maioria dos casos (25/26) foi realizada por abordagem aberta. Gastrectomia do remanescente foi realizada em 69% dos casos (18/26). Embora a ressecção do estômago remanescente possa aumentar a morbidade do procedimento, é recomendado porque reduz o número de anastomoses e consequentemente o risco de esvaziamento gástrico retardado entre outras complicações relacionadas à drenagem do estômago. A duodenopancreatectomia robótica é viável e segura em mãos experientes, mesmo em pacientes com cirurgia prévia de bypass gástrico em Y de Roux.

VL 3375

**CIRURGIA ROBÓTICA NO TRATAMENTO DO TUMOR DE KLATSKIN (COLANGIOCARCINOMA HILAR)**

Bruno Vinicius Hortences de Mattos; Murillo Macedo Lobo Filho; Fabio Ferrari Makdissi; Marcel Aufran Cesar Machado.

*HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** Colangiocarcinoma hilar é a neoplasia maligna mais comum do trato biliar. A ressecção é a única modalidade curativa de tratamento. O objetivo deste vídeo é apresentar uma hepatectomia robótica esquerda estendida ao lobo caudado, combinada com a ressecção do ducto biliar, linfadenectomia e reconstrução biliar com hepatico-jejunoostomia em Y de Roux.

**Relato de Caso:** Uma mulher de 76 anos apresentou quadro de icterícia progressiva devido a colangiocarcinoma hilar. Ela foi submetida a quimiorradiação e após 5 meses de tratamento foi encaminhado para segunda opinião; reavaliação de imagens mostrou resposta objetiva e sem invasão arterial. Equipe multidisciplinar decidiu por tratamento radical, que consistiu em hepatectomia robótica esquerda, ressecção do lobo caudado, ressecção do ducto biliar, linfadenectomia e hepaticojejunoostomia. O tempo operatório foi de 8 h. A perda estimada de sangue foi 740 mL (recebeu 2 U). A recuperação da paciente foi complicada por obstrução da drenagem abdominal, resultando em febre e coleção peri-hepática, tratada com sucesso com re-drenagem. A patologia confirmou colangiocarcinoma com margens cirúrgicas livres (T1aNO). A paciente está bem, sem sinais de doença 5 meses após o procedimento.

**Discussão:** O primeiro procedimento minimamente invasivo para colangiocarcinoma hilar foi publicado em 2010, e foi feito por abordagem robótica. Em 2012, nossa equipe descreveu o primeiro procedimento laparoscópico para colangiocarcinoma hilar. Desde então, apenas alguns casos foram relatados. Em uma recente revisão sistemática da literatura sobre o assunto, apenas 29 casos foram encontrados. Ressecção minimamente invasiva de colangiocarcinoma hilar, de acordo com esta revisão, parece ser viável e seguro, mas o número de estudos é pequeno. A complexidade da dissecação hilar, linfadenectomia hilar, e a reconstrução biliar é uma limitação que restringe o desenvolvimento da abordagem laparoscópica. Portanto, o interesse em usar abordagem robótica para esta doença está aumentando. Ressecção robótica de colangiocarcinoma hilar é viável e segura. A abordagem robótica tem algumas vantagens técnicas sobre a abordagem laparoscópica.

VL 3376

**CIRURGIA ROBÓTICA NA CORREÇÃO DA LESÃO DA VIA BILIAR PRINCIPAL. HEPATECTOMIA ESQUERDA COM HEPATICOJEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX**

Murillo Macedo Lobo Filho; Bruno Vinicius Hortences de Mattos; Fabio Ferrari Makdissi; Marcel Aufran Cesar Machado.

*HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** As lesões dos ductos biliares após colecistectomia continuam sendo uma grande preocupação, uma vez que sua incidência tem se mantido ao longo dos anos, apesar dos avanços técnicos. Este vídeo apresenta uma hepatectomia esquerda robótica e hepaticojejunoostomia em Y de Roux como tratamento para uma lesão complexa no ducto biliar após colecistectomia laparoscópica.

**Relato de Caso:** Um homem de 52 anos de idade foi submetido à colecistectomia laparoscópica em outra instituição há 8 anos, o que resultou em lesão do ducto biliar; seu período pós-operatório foi complicado por icterícia e colangite. Ele foi tratado com CPRE e múltiplas endopróteses por três anos, após o que as endopróteses foram removidas e ele foi enviado para nossa instituição. A tomografia computadorizada mostrou que o fígado esquerdo apresentava sinais de perfusão perturbada e dilatação do ducto biliar intra-hepático esquerdo. A paciente estava assintomática e recusou qualquer tentativa adicional de correção cirúrgica da lesão; ele foi acompanhado por 5 anos. A RM mostrou atrofia progressiva do fígado esquerdo. Finalmente, há três meses, ele apresentou episódios intermitentes de colangite. Uma equipe multidisciplinar decidiu pela hepatectomia esquerda com hepatojejunoostomia em Y de Roux por meio de uma abordagem robótica. O fígado esquerdo foi atrofiado e a hepatectomia esquerda foi realizada. A imagem de fluorescência foi usada para identificar o ducto biliar direito. Na abertura; Pedras pequenas foram encontradas e removidas. A hepaticojejunoostomia antecólica em Y de Roux foi então realizada. Resultados: O tempo operatório foi de 335 minutos. A recuperação foi sem intercorrências; o paciente recebeu alta no 4º dia de pós-operatório.

**Discussão:** A literatura tem poucos relatos descrevendo o uso de sistemas robóticos para reparar lesões biliares iatrogênicas, e nenhum deles descreve a ressecção hepática para completar esta tarefa. Os casos que exigiram ressecção hepática foram considerado muito complexo para abordagens minimamente invasivas e muitas vezes eram tratados usando uma abordagem aberta convencional. Em resumo, a abordagem robótica foi uma ferramenta importante para completar este procedimento complexo com um totalmente abordagem minimamente invasiva. Não encontramos na literatura nenhuma outra descrição de uma hepatectomia robótica esquerda juntamente com hepatojejunoostomia em Y de Roux para o tratamento de estenose cicatricial de via biliar após colecistectomia. O reparo robótico das lesões do ducto biliar é viável e seguro, mesmo quando a ressecção hepática é necessária.

VL 3455

**USO DA FLUORESCÊNCIA NA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO INTESTINAL EM COLECTOMIA ROBÓTICA**

Rodrigo Canada Trofo Surjan; Sergio do Prado Silveira; Tiago Bassères.

*HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** A cirurgia robótica foi desenvolvida para contornar diversas limitações técnicas da cirurgia laparoscópica. Entre suas vantagens, estão a visão tridimensional, 7 graus de movimentação dos instrumentos, eliminação de tremores, maior ergonomia ao cirurgião, dentre outras. Uma das tecnologias incorporadas pela plataforma de cirurgia robótica é a fluorescência em tempo real através da utilização do verde de indocianina. Esta tecnologia vem ganhando espaço cada vez maior por apresentar diversas finalidades que podem aumentar a eficiência e segurança dos procedimentos cirúrgicos abdominais e pélvicos robóticos.

**Relato de caso:** O vídeo demonstra a realização de colectomia direita robótica em paciente do sexo feminino com tumor infiltrativo e ulcerativo de flexura cólica direita. A plataforma de cirurgia robótica da Vinci Si foi utilizada. Foram utilizados 4 trocartes robóticos. Após ressecção da peça, a tecnologia Firefly de fluorescência infravermelho próximo em tempo real através da injeção intravenosa do agente verde de indocianina foi utilizada para a avaliação da perfusão sanguínea intestinal da anastomose. Demonstrada adequada perfusão das alças envolvidas na anastomose (íleo distal e cólon transversal), a anastomose intracorpórea foi completada com sucesso. O período pós-operatório não teve intercorrências. A paciente recebeu alta no quinto dia após a cirurgia.

**Discussão:** A complicação mais temida das colectomias é a fístula de anastomose. Um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento de fístula após este tipo de procedimento é a não perfusão sanguínea adequada da anastomose. Entre as inúmeras vantagens proporcionadas pela cirurgia robótica, está a possibilidade de realização de fluorescência em tempo real. Com inúmeras utilidades consagradas em cirurgias urológicas, a fluorescência robótica vem ganhando espaço nas cirurgias abdominais e pélvicas não-urológicas. A avaliação da perfusão de anastomoses intestinais com fluorescência após a injeção intravenosa do agente verde de indocianina é uma das utilidades desta tecnologia, permitindo reduzir o risco de fístulas entéricas pós-operatórias.

VL 3481

**PANCREATODUODENECTOMIA ROBÓTICA: PASSO-A-PASSO**

Rodrigo Canada Trofo Surjan; Sergio do Prado Silveira; Tiago Bassères.

*HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** A pancreatoduodenectomia é o tratamento de escolha de diferentes patologias, entre elas o adenocarcinoma de pâncreas cefálico e de via biliar extra-hepática distal. É uma das cirurgias abdominais mais difíceis tecnicamente, tendo ganhado a reputação devida de uma cirurgia de alto risco. A introdução da cirurgia minimamente invasiva para procedimentos cirúrgicos abdominais ganhou ampla aceitação para diversas áreas, mas a adoção da via laparoscópica para a pancreatoduodenectomia, pelos seus desafios técnicos ainda maiores, teve aceitação relativamente lenta e restrita a poucos centros. A cirurgia robótica foi desenvolvida para mitigar diversas limitações técnicas impostas pela tecnologia laparoscópica e suas vantagens tornam-se ainda mais claras em procedimentos desafiadores tecnicamente como a pancreatoduodenectomia.

**Relato de caso:** Apresentamos uma pancreatoduodenectomia totalmente robótica realizada para o tratamento de adenocarcinoma de via biliar extra-hepática distal. O procedimento é demonstrado passo-a-passo, visando mostrar as etapas técnicas do procedimento de forma padronizada.

**Discussão:** A cirurgia robótica permitiu uma série de avanços técnicos em relação à laparoscopia. Em um procedimento complexo como a pancreatoduodenectomia, em que existem passos que requerem precisão e manipulação de estruturas milimétricas como o ducto pancreático, a robótica permite a introdução definitiva de via minimamente invasiva para este tipo de procedimento, garantindo maior segurança e agilidade que a via laparoscópica.

**VL 3487**

**TRAUMA HEPÁTICO CONTUSO COM TRATAMENTO POR CONTROLE DE DANOS**

Claudia Sofia Pereira Gonçalves; Emili Victoria Ferreira Oliveira; Nathália Pereira dos Santos Mello; Fabrício Pereira Prata; Rodrigo Andrade Vaz de Melo; Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo; Bruno Vaz de Melo; Marcio Barroso Cavaliere.

*HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Claudia Sofia Pereira Gonçalves; Nathalia Pereira dos Santos Mello; Emili Victoria Ferreira Oliveira; Luana Gouveia; Marcio Barroso Cavaliere; Bruno Vaz de Melo; Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Hospital Municipal Lourenço Jorge, Serviço de Cirurgia Geral Dr. Matheus Rangel, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Palavras-chave: trauma hepático, damage control, lesão de vias biliares

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia de controle de danos é uma hoje umas das principais estratégias no tratamento de pacientes com lesões traumáticas graves, com situações críticas que evoluem para falência fisiológica e óbito em muitas situações. O objetivo do presente trabalho é o relato de caso de uma paciente com lesão hepática grave submetido a tratamento de controle do dano.

**RELATO DO CASO:** RMMA, 17 anos, masculino, deu entrada no HMLJ por vaga zero da Upa Cidade de Deus, com relato de trauma abdominal fechado direto em região de HCD por acidente de trabalho. Ao exame físico: Paciente reg, lote, hipocorado 1+/-4, Fc: 70bpm; Pa: 110x60; Sat: 98% em ar ambiente; A: vias aéreas pervias, sem cervicalgia, B: tórax estável, sem crepitações, eupneico em ar ambiente; C: abdome doloroso a palpação superficial e profunda difusamente com maior intensidade em HCD, irritação peritoneal; pelve estável; D: Glasgow 15; E: tatuagem traumática em HCD, sangramento ativo em HCD por lesão não penetrante. Na sala de trauma, realizada punção de 2 acessos periféricos, transamin 1g, colhido tipagem sanguínea, hemograma, bioquímica e coagulograma. Fast positivo.

Devido a estabilidade do paciente foi encaminhado a TC com contraste onde foi evidenciando grande quantidade de líquido livre, lesão grau IV hepática, com blush na fase arterial.

Paciente evoluiu com hipotensão, sudorese e rebaixamento do nível de consciência. Encaminhado ao Centro Cirúrgico. No intraoperatório foi evidenciado lesão em segmento IVb e 5, realizada manobra de Pringle identificando lesão de artéria hepática a direita, assim como veia hepática e vias biliares. Optado por rafia da lesão e iniciado controle de danos com tamponamento por compressas devido a instabilidade do paciente.

Iniciado o Protocolo de controle de danos nos 48h subsequentes os quais foram realizados 4 CH, 4 plasmas, gasometrias seriadas, monitorização continua. Paciente mantendo estabilidade, com peritonostomia de aspecto bilioso. Reabordado sendo evidenciado lesão em ramo de ducto hepático direito. Realizada colecistectomia, rafia de lesão biliar e drenagem abdominal.

Paciente evoluiu satisfatoriamente com pequena fistula resolvida e alta hospitalar com seguimento ambulatorial após 20 dias.

**DISCUSSÃO:** As lesões hepáticas graves (grau IV/V) com muita frequência se apresentam com situações extremas e críticas. A cirurgia do controle do dano é uma estratégia e opção terapêutica como apresentada e demonstrada neste caso, sendo um importante recurso utilizado nestas situações, ilustradas por esse caso tratado em nosso serviço.

**VL 3500**

**EXPERIÊNCIA NO PRIMEIRO CASO GASTRECTOMIA ROBÓTICA DE UMA EQUIPE DE CIRURGIA GERAL DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Priscila Freitas Marçal; Rodrigo Fabiano Guedes Leite; Pollyana Cristina Mendes Araujo; Pedro Henrique Oliveira de Amorim.

*HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** Segundo Bray et al, o câncer gástrico é a terceira causa mais comum de morte relacionada ao câncer em todo o mundo. Atualmente, a gastrectomia com linfadenectomia é o padrão ouro para seu tratamento. A cirurgia minimamente invasiva desempenha um papel importante na terapêutica dessa doença. Desde a primeira gastrectomia distal laparoscópica assistida em 1994, são notáveis os avanços em relação a evolução do paciente no pós-operatório, como menor tempo de internação hospitalar, menor resposta endócrino-metabólica ao trauma e resultados oncológicos favoráveis. Apesar dessas vantagens, a laparoscopia possui limitações, como visão bidimensional, manipulação limitada, tremores das mãos e desconforto ergonômico. A cirurgia robótica supera essas limitações e tem como uma de suas principais vantagens a realização de uma linfadenectomia mais segura e efetiva.

**Objetivo:** O objetivo do presente estudo é compartilhar a experiência de equipe de cirurgia geral de Belo Horizonte, diante de seu primeiro caso de gastrectomia robótica para câncer.

**Método:** Realizada revisão da literatura nos bancos de dados pubmed, embase e Cochrane. Selecionado caso clínico do Hospital Mater Dei, no qual se abordou por via robótica uma paciente com carcinoma gástrico, sendo realizado vídeo que demonstra momentos cirúrgicos em que se comprovam as vantagens já sugeridas em revisões e metanálises.

**Resultados:** No caso clínico descrito, foram ressecados o total de 36 linfonodos, os quais não apresentavam metástases. Perda sanguínea estimada em 100 ml. No segundo dia de pós-operatório, paciente assintomática, não necessitou sequer de analgesia simples, sendo iniciada a dieta líquida.

**Discussão:** Em revisão da literatura médica existente, não existe um consenso sobre o uso da robótica na abordagem do câncer gástrico. Porém, é evidente o crescente número de publicações demonstrando sua superioridade em aspectos como perda sanguínea, dor pós-operatória e número de linfonodos ressecados.

Ryan et al observaram um número maior de linfonodos dissecados na gastrectomia robótica comparados à laparoscópica.

Chul et al demonstraram que a gastrectomia robótica apresenta benefícios sobre o acesso laparoscópico relacionados a menor perda sanguínea, maior linfadenectomia e menor taxa de readmissão hospitalar.

Watson et al compararam a linfadenectomia realizada em gastrectomias abertas, laparoscópicas e robóticas. O número médio de linfonodos dissecados foram respectivamente 16, 17 e 36, demonstrando a superioridade da linfadenectomia robótica.

Gastrectomia com linfadenectomia extensa é padrão ouro para o tratamento do câncer gástrico. O resultado obtido com a cirurgia realizada, corrobora com os dados encontrados na literatura.

**Conclusão:** A gastrectomia robótica para câncer gástrico é efetiva e com curva de aprendizado pequena, destacando que no primeiro caso realizado pela equipe já foram visíveis suas principais vantagens.

VL 3503

**ABORDAGEM DE RUPTURA DA PAREDE POSTERIOR EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE ETEP (EXTENDED TOTALLY EXTRAPERITONEAL REPAIR)**

Heitor Marcio Gaviao Santos<sup>1</sup>; Mauricio Andrade Azevedo<sup>2</sup>; Augusto Torres de Lima da Costa Ramos<sup>1</sup>; Marcio da Silva Monteiro<sup>1</sup>; Fernando Christian de Souza Alves Lara Lins<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL SÃO LUCAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. HOSPITAL MANDAQUI, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Abordagem de ruptura da parede posterior em pós-operatório imediato de eTEP (extended totally extraperitoneal repair)

Autores: Santos HMG1; Azevedo MA2; Ramos ATLC3; Monteiro MS3; Lins FCSAL3

Resumo: As técnicas de reparo das hérnias ventrais por laparoscopia são diversificadas, desde IPOM, originalmente publicada por Karl LeBlanc em 1993, até a mais avançadas, que replicam as técnicas descritas por Jean Rives e René Stoppa (1966) como a eTEP (Extended Totally Extra-Peritoneal Approach), descrita por Belyansky et al. em 2017. Desde então, alguns cirurgiões adotaram essa técnica como preferida para o reparo das hérnias ventrais, com objetivo principal de além de corrigir o defeito, a reconstrução da linha média e consequentemente devolução das funções do "core" abdominal. Porém, como qualquer outra técnica, a eTEP não é isenta de complicações, entre as complicações que podem ocorrer, citamos os seromas, infecções de tela, hematomas do espaço retro-muscular, que por vezes necessitam de reabordagem imediata, e sua mais temida complicação que é a ruptura da parede posterior (breaking down of posterior layer), na qual a tela entra em contato com as vísceras abdominais podendo ocasionar danos gravíssimos a estas. Neste vídeo, os autores, com grande experiência nessa abordagem, mostra o seu 32º caso operado, onde evoluiu com ruptura da parede posterior e que foi corrigida em abordagem minimamente invasiva. Os mesmos demonstram a grande dificuldade de re-abordagem nesses casos, a necessidade de expertise em corrigir essa temida complicação, o que demonstra que essa técnica apesar de eficaz, necessita de conhecimento anatômico e treinamento principalmente em caso de complicações, para que seja alcançado o sucesso nas re-abordagens.

Cirurgião Responsável pelo Centro Especializado em Hérnias Abdominais do Hospital São Lucas – RJ; Cirurgião do Hospital São Lucas – RJ; Professor da Pós-Graduação em Cirurgia Minimamente Invasiva - UNICETREX  
Cirurgião Coordenador do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Mandaqui - SP  
Cirurgião auxiliar da Equipe do Centro Especializado em Hérnias Abdominais do Hospital São Lucas – RJ

VL 3521

**FRATURA DE ESTERNO POR TRAUMA CONTUSO**

Carolina Pessoa Silva; Emili Victoria Ferreira Oliveira; Claudia Sofia Pereira Gonçalves; Gregory de Souza Riente de Almeida; Rodrigo Andrade Vaz de Melo; Bruno Vaz de Melo; Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo.

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Fraturas traumáticas de esterno são descritas na literatura como lesões incomuns, com incidência de cerca de 3-8% em vítimas de trauma. Normalmente trauma fechado. Apesar de raras, podem estar associadas a lesões letais ou dor crônica. Na maior parte dos casos é possível optar por manejo conservador, porém há algumas indicações para manejo cirúrgico. Relato de um caso de fratura de esterno submetido à fixação cirúrgica com modificação da técnica no Hospital Municipal Lourenço Jorge.

**RELATO DO CASO:** Paciente 57 anos, sexo masculino, com história de queda do andaime apresentando dor retroesternal de moderada intensidade e tórax instável.

Realizado tomografia computadorizada de crânio, tórax, abdome total e coluna cervical, torácica e lombo-sacra para avaliação do trauma, onde foi evidenciado fratura longitudinal do esterno com hemotórax laminar. Sem outras lesões identificadas.

Solicitado enzimas cardíacas seriadas, junto ao ecocardiograma transtorácico.

Paciente manteve dor refratária a analgesia e aumento de enzimas cardíacas.

Ecocardiograma dentro da normalidade.

Paciente submetido à suporte intensivo até melhora clínica-laboratorial e preparado para abordagem cirúrgica.

No pré-operatório, realizado estudo tomográfico para planejamento cirúrgico como posicionamento da placa em relação a fratura e profundidade do esterno para perfuração correta dos parafusos. No per-operatório realizado a fixação do esterno com duas placas transversais à lesão e perfuração dos parafusos de forma limitada como programado. Além das criações de ganchos nas porções proximal e distal das placas utilizadas. Radiografia de controle demonstrou bom posicionamento da placa e fixação esternal.

Paciente evoluiu com pós operatório satisfatório no CTI sem queixas algicas. Recebeu alta com 16 dias de internação hospitalar e segue em acompanhamento ambulatorial pelo serviço.

**DISCUSSÃO:** Embora a maioria das fraturas do esterno tenham abordagem de forma conservadora, às vezes é necessária uma fixação cirúrgica. Sinais e sintomas como pseudoartrose, instabilidade dolorosa persistente, tórax instável, fraturas associadas a necessidade de ventilação mecânica, fraturas deslocadas, sobrepostas ou impactadas, são algumas indicações de abordagem cirúrgica.

Após estudo, verificamos a importância da tomografia computadorizada tridimensional reconstruída por permitir o diagnóstico de fraturas do esterno e fraturas concomitantes com alta sensibilidade. A TC mostra a posição particular e a direção da fratura, bem como qualquer deslocamento, consegue precisar o diâmetro, comprimento e largura da fratura evitando assim complicações no per e no pós operatório. Essas informações importantes simplificam o planejamento pré-operatório, permite um per-operatório seguro com planejamento preciso da posição da placa de titânio, quantidade de parafusos e suas perfurações limitadas.

VL 3561

**RELATO DE DOIS CASOS CONSECUTIVOS DE DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA PELA TÉCNICA DE COUINAUD- SOUPAULT, NO TRATAMENTO DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA POR NEOPLASIA DE VIA BILIAR**

Nathália Pereira dos Santos Mello; Claudia Sofia Pereira Gonçalves; Augusto Campeão Rodrigues; Gregory de Souza Riente de Almeida; Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo; Rodrigo Andrade Vaz de Melo; Bruno Vaz de Melo; Marcio Barroso Cavaliere.

*HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**RESUMO:** Relato de dois casos de anastomose Biliodigestiva pela técnica de Couinaud-Soupault, realizados como tratamento paliativo de icterícia obstrutiva em neoplasias de via biliar, no Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ).

**INTRODUÇÃO:** As neoplasias que envolvem a confluência dos ductos hepáticos são, em sua maior parte, diagnosticadas em suas fases tardias. No entanto, a qualidade de vida do paciente é comprometida devido a uma icterícia obstrutiva progressiva. Nesse sentido, faz-se necessário, em certos casos, o uso de derivações biliodigestivas para o tratamento paliativo de pacientes que cursam com obstrução da via biliar por neoplasia. O objetivo desse trabalho é relatar dois casos de anastomose biliodigestiva, pela técnica de Couinaud-Soupault que evoluíram com sucesso, no HLMJ.

**RELATOS DE CASOS:** 1º caso – Paciente 67 anos, sexo feminino, tabagista, com história de icterícia progressiva (BT 14,3; D 11,6) há um mês, acompanhada de colúria, acolia fecal, prurido e perda de 10% do seu peso. Realizou Ultrassonografia (USG) abdominal total e Colangiorressonância Magnética que evidenciaram presença de dilatação da árvore biliar intra-hepática e obstrução da captação de contraste acima da confluência dos ductos hepáticos.

2º caso - Paciente 73 anos, sexo feminino, hipertensa, admitida com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, icterícia (BT 15,5; D 11,1), colúria, acolia fecal e perda de 15% do seu peso em dois meses. USG abdominal total com dilatação de via biliar intra-hepática, corroborado por Colangiorressonância magnética, além de possíveis focos de implantes secundários em lobo inferior do pulmão direito, segmento II hepático e baço.

Durante ambos os procedimentos houve localização do ligamento redondo, do ducto hepático do segmento III e então realizado abertura do ducto hepático esquerdo. Posteriormente houve a preparação e anastomose latero-lateral de alça jejunal em Y de Roux ao ducto biliar hepático esquerdo, com sutura em pontos separados de Polipropileno 5-0.

No oitavo dia de pós-operatório, ambas pacientes receberam alta, com redução significativa da icterícia, sem complicações dignas de nota.

**DISCUSSÃO:** A utilização de Anastomoses Biliodigestivas na palição da icterícia obstrutiva em casos de neoplasias bilio-pancreáticas vem perdendo força, sobretudo com o advento de técnicas menos invasivas---.1 Contudo, além de descrições que apontam para uma falha de aproximadamente 20% de métodos endoscópicos,2 nem todas as topografias do tumor de via biliar permitem esse tipo de técnica.

Sendo assim, a localização e abordagem tangencial pelo ligamento redondo, com utilização de drenagem unilateral (segmento III do ducto hepático esquerdo), é uma opção considerável para palição dos tumores que envolvem o hilo hepático.

Destaca-se a necessidade de cirurgião experiente e conhecimento profundo da anatomia, além de estudo individualizado de cada caso para abordagem de sucesso na realização da cirurgia de Couinaud-Soupault.

VL 3562

**TRANSVERSUS ABDOMINIS RELEASE (TAR) EM HÉRNIAS INCISIONAIS VOLUMOSAS**

Heitor Marcio Gavião Santos<sup>1</sup>; Luiz Gustavo de Oliveira e Silva<sup>2</sup>; Rodrigo Ferraz Galhego<sup>2</sup>; Marcio Barroso Cavaliere<sup>3</sup>.

1. *HOSPITAL SÃO LUCAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

2. *HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

3. *HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Transversus Abdominis Release (TAR) em hérnias incisionais volumosas

Autores: Santos HMG1; Silva LGO2; Galhego RF2; Cavaliere MB3

**Resumo:** A técnica de separação posterior de componentes (TAR – transversus abdominis release) foi descrita por Novitsky et al, em 2012, onde a proposta era de obter correção de hérnias com defeitos maiores que 10cm, objetivando reconstrução da linha média e restauração das funções do “core abdominal”, com telas no espaço retro-muscular medialmente e pré-transversalis lateralmente a linha semilunar. Algumas dessas hérnias, possuem perda de domicílio, e/ou saco herniário abundante, onde por vezes, faz-se necessário utilizar Pneumoperitônio Progressivo (PPP) para distender a musculatura da parede lateral, diminuir o edema visceral e fazer redução com lise de aderências do saco herniário. Neste vídeo, mostramos o passo a passo de uma TAR convencional, em um paciente com IMC de 35kg/m<sup>2</sup>, após cirurgia bariátrica, com volumosa hérnia incisional. Acreditamos contribuir para aprendizado de cirurgiões que queiram entender melhor o procedimento convencional dessa técnica de separação posterior de componentes com este vídeo.

Cirurgião Responsável pelo Centro Especializado em Hérnias Abdominais do Hospital São Lucas – RJ; Cirurgião do Hospital São Lucas – RJ; Professor da Pós-Graduação em Cirurgia Minimamente Invasiva - UNICETREX  
Cirurgião do Hospital Federal de Ipanema – RJ.  
Cirurgião Coordenador do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge – RJ

VL 3593

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRANSECÇÃO DE AORTA TORÁCICA POR TRAUMA CONTUSO: RELATO DE CASO E EDIÇÃO DE VÍDEO**

Augusto Campeão Rodrigues; Claudia Sofia Pereira Gonçalves; Emili Victoria Ferreira Oliveira; Fabrício Pereira Prata; Bruno Vaz de Melo; Rodrigo Andrade Vaz de Melo; Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo; Marcio Barroso Cavaliere.

*HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Objetivo: Apresentar relato de caso e video acerca do trauma contuso de aorta torácica.

Introdução: As lesões traumáticas da aorta torácica, são eventos raros de alta mortalidade. São descritas diversas modalidades de tratamento entre elas: tratamento conservador, técnicas endovasculares, e cirurgia convencional. O objetivo deste trabalho é relatar o tratamento cirúrgico convencional e sua evolução, de uma lesão por transecção de aorta torácica.

Relato de Caso: Paciente, F.R. 25 anos, vítima de trauma contuso moto x anteparo, deu e Realizado TC de Torax sendo identificado lesão contusa de Aorta Torácica grau IV e fratura de fêmur direito, Evolui com hipotensão, taquicardia e anemia. Realizado toracotomia pósterio-lateral E, após o controle proximal e distal da aorta e exploração do hematoma, foi encontrado uma lesão com transecção grau IV, sendo feito uma interposição de com prótese de dacron 22mm, tendo o tempo de clampeamento de 50 min seguida de drenagem de torácica com 2 drenos número 36. Realizou fixação externa da fratura do fêmur D no mesmo ato cirúrgico. Foram utilizados 7 concentrados de hemácias durante o período operatório. Paciente foi admitido em UTI, em ventilação mecânica, sedado e com aminas e drenos hemáticos. Evoluiu com IRA por rabdomiolise sendo necessária Hemodiálise. Nova TC evidenciou Hemotórax à D, sendo realizada toracostomia D no segundo dia após primeira cirurgia. Evoluiu com desmame da sedação e extubação após 5 dias do primeiro tempo cirúrgico porem mantendo anemia e leve hipóxia. Em uma nova TC realizada evidenciou-se hemotórax esquerdo associado a pequeno pneumotórax, sendo feito uma videotoracoscopia a E com evacuação de coágulo mais drenagem, manteve a necessidade de transfusão de concentrado de hemácias mais alto débito sendo necessário realizar uma toracotomia a E.

Paciente teve uma boa evolução do quadro, com melhora dos parâmetros hemáticos e da insuficiência renal, com retirada dos drenos de forma gradativas. Alta hospitalar sem mais complicações.

Discussão – As lesões Traumáticas da aorta torácica são um evento raro e de grande complexidade no tratamento . O tratamento Cirúrgico convencional, por técnicas menos invasivas ( Endovascular) continua sendo uma opção viável nesses casos , sendo parte do arsenal terapêutico apresentado neste caso .

## **Poster não Relato de Caso**

**PO 3148**

**PERFIL ANTROPOMÉTRICO DO NARIZ CAUCASIANO NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: IMPORTANCIA NA CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA**

Marcos Louro de Hollanda.

*UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**OBJETIVO:** Avaliar as medidas antropométricas do nariz em pacientes caucasianos na cidade do Rio de Janeiro e comparar tais medidas com os padrões ideais estéticos de Powell & Humphreys.

**MÉTODO :** Estudo transversal, observacional, descritivo, quantitativo e qualitativo à respeito do padrão antropométrico nasal de voluntários caucasianos de 18 a 50 anos do Ambulatório Unigranrio. Serão excluídos pacientes com antecedentes de trauma de face e nariz, cirurgia facial prévia e não-caucasianos. Através de fotografias na vista frontal e lateral serão obtidas as seguintes variáveis: distância intercantal, distância alar, comprimento do dorso nasal, ângulo nasofrontal, ângulo nasolabial e projeção da ponta nasal (método de Goode). Análise estatística será realizada para comparar as medidas obtidas entre os gêneros e com os padrões estéticos ideais.

**RESULTADOS:** O estudo contou com a participação de cem voluntários, sendo 50 homens e 50 mulheres. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 40 anos, com uma média de idade de 22,4 anos. A média de idade dos homens foi de 22,3 anos e das mulheres de 22,4 anos. Os valores médios obtidos na população do Rio de Janeiro foram: ângulo nasolabial de 104,7°; ângulo nasofrontal de 136,2°; Método de Goode de 0,75; relação distância alar (largura) / nasion-pronasion de 1,29; relação distância alar / distância intercantal de 1,33.

**CONCLUSÃO:** A amostra populacional da cidade do Rio de Janeiro difere estatisticamente dos padrões estéticos atuais de anatomia nasal, com exceção do ângulo nasolabial. Na comparação entre os gêneros, homens apresentaram um ângulo nasolabial mais agudo e uma ponta nasal mais projetada. Dada à importância, torna-se necessário o fomento da antropometria facial para que estudos futuros possam contribuir para cirurgiões conhecerem à respeito das medidas nasais específicas nas diferentes populações. Assim, o resultado estético de rinoplastias futuras possa ser cada vez mais natural e adequado aos aspectos demográficos do paciente.

**PO 3158**

**A CIRURGIA PLÁSTICA COMO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE POLAND: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Francielle Bianca Moreira de Mesquita; Danilo José Martins de Souza; Vitória Leite Silva; Tayná Beato Ferreira; Ruan Teixeira Lessa; Artur Laizo.

*UNIPAC JF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL*

**Objetivo.** Apresentar a cirurgia plástica como parte do tratamento da Síndrome de Poland e considerar a incidência das alterações concomitantes ao distúrbio. **Método.** As pesquisas bibliográficas foram executadas nos indexadores da área médica LILACS, SciELO, PUBMED e BVS-Bireme. Foram filtrados apenas artigos originais, relatos de caso e diretrizes publicadas no período de 2010 a 2020, como critérios de inclusão. E como fator de exclusão, artigos revisionais narrativos. Nas buscas, os seguintes descritores, foram considerados: "Síndrome de Poland" e "Cirurgias Reconstrutoras". **Resultados.** A Síndrome de Poland é uma malformação congênita muito rara que se manifesta com diferentes níveis de gravidade, de leve assimetria mamária às formas complexas, com significativa malformação esterno-costal pela ausência ou aplasia do músculo peitoral maior unilateral, bem como alterações do membro superior ipsilateral. A incidência da síndrome varia entre 1/30 000 e 1/32 000 de nascidos vivos. O envolvimento mais frequente é do lado direito (75%) e em homens; além de ser considerada como patognomônica a alteração do músculo peitoral maior unilateral. Também, a síndrome pode estar associada à malformação homolateral dos dedos: sindactilia parcial ou completa (89%), braquidactilia (87%), hipoplasia do antebraço (37%) e braço (7%). Além de dextrocardia, hipoplasia pulmonar, escoliose e hipotricose peitoral. Em vários casos, a reconstrução do peitoral é realizada, principalmente por razões estéticas e em mulheres pelo comprometimento das mamas. As reparações englobam a mamoplastia redutora da mama hipertrofiada que garante uma boa irrigação do complexo areolopapilar. A técnica de reparo de omento proporciona uma melhora superior das deformidades causadas pela síndrome, como tal, a incisão reduzida para dissecação do músculo latíssimo do dorso mostrou-se segura, vantajosa no âmbito estético e sem aumento dos custos ou do tempo cirúrgico. Para mais, a prótese de silicone pré-moldada com gesso facilita a correção da concavidade axilar e o resultado foi considerado satisfatório no estudo. Da mesma forma, a imagem 3D demonstrou utilidade no planejamento de procedimentos de simetrização mamária, especialmente na seleção de suas próteses. Vale salientar que, no intraoperatório pode ocorrer reabsorção osteocartilaginosa, fenômeno considerado raro, com diminuição da proteção cardíaca, tornando necessária uma maior atenção para os casos de substituição da prótese mamária. **Conclusões.** A cirurgia plástica demonstrou trazer benefícios funcionais e estéticos no tratamento da Síndrome de Poland, acarretando melhoras na qualidade de vida dos pacientes. Ademais, os procedimentos demonstraram ter estratégias com boa viabilidade cirúrgica e a escolha do método para reparar as consequências da síndrome, variaram com a experiência do cirurgião. Além disso, as alterações que podem estar associadas à síndrome, diversificam de acordo com as porcentagens de incidência evidenciadas.

PO 3162

**PORQUE A ANTIBIOTICOTERAPIA AINDA NÃO DEVE SER A PRIMEIRA ESCOLHA NO TRATAMENTO DA APENDICITE AGUDA**

Lorrana Alves Medeiros<sup>1</sup>; Ana Carolina Betto Castro<sup>1</sup>; Vinicius Magalhães Rodrigues Silva<sup>2</sup>.

1. UNIFAI- CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ADAMANTINA, ADAMANTINA - SP - BRASIL
2. UNAERP - UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

**Objetivo:** Realizar uma revisão não sistemática de metanálises publicadas nos últimos 2 anos para demonstrar que o tratamento não-operatório (TNO) da apendicite aguda (AA), ainda não é o método de escolha.

**Método:** Foram compiladas metanálises dos últimos 2 anos, que abordaram comparativamente o tratamento operatório (TO) e TNO para os casos de AA. A pesquisa foi realizada na plataforma PubMed através dos descritores: "acute appendicitis", "antibiotic therapy" e "surgery". Resultaram 1.940 artigos, foram selecionados 7 artigos. Na plataforma Lilacs foram utilizados os descritores "apendicite aguda", "antibióticoterapia" e "cirurgia". Resultaram 12 artigos, foi selecionado um único artigo. A fim de obter a definições corretas e scores foi utilizado o Guideline sediado em Jerusalém 2019.

**Resultados:** Tradicionalmente, desde que foi proposta por Mcburney em 1889, a laparotomia é considerada o único tratamento eficaz para a AA. Depois do desenvolvimento da laparoscopia, esta vem substituindo a laparotomia aberta devido a melhores resultados. Coldrey, em 1959, foi o primeiro a sugerir a possibilidade de TNO. Em 1995, Eriksson e Granstrom publicaram o primeiro estudo comparativo controlado entre pacientes submetidos ao TO e ao TNO, o qual demonstrou que o uso de antibióticos como primeira escolha chegou a diminuir de 10 a 16% das cirurgias desnecessárias. Rodriguez Fernandez (2019) analisou como os antibióticos poderiam ser usados como única terapia para AA. Houve evidências de até 30% de falhas. Yang et al (2019) analisaram 2700 pacientes e compararam seus resultados, obtendo resultados semelhantes. Analisando o TNO comparado com o TO observaram 80,2% VS 96,6% para a eficácia e de 12,6% VS 18,4% para complicações, respectivamente. Concordando com Yang, Prechal D et al (2019) analisaram cinco estudos, com 1430 pacientes. Destes, 62,6% foram submetidos a TNO e 37,4% a TO. A eficácia cirúrgica foi evidenciada em 96,3% e a conservadora em 62,6%. Para Allende R et al (2018) o TNO na AA não-complicada pode ter menor taxa de complicações, porém possui menor eficácia que o TO. Poprom N et al (2018) também compararam o sucesso do TO e TNO, indicando que no primeiro a chance de recorrência é nula. Le-wee Bi et al (2019), compararam o TNO e o TO para AA não-complicada na faixa pediátrica. Foi constatado que é uma opção segura com menor incidência de complicações, tempo de internação e custo total. Por outro lado, é evidente a preocupação com a recorrência. Concordando, Podda et al (2019), preconizam que embora o TNO seja uma opção viável, as taxas de sucesso são maiores com o TO.

**Conclusões:** Apesar das evidências de sucesso do TNO, há ainda uma lacuna na comparação dos métodos e da recorrência a longo prazo. Sendo assim, o TO para AA permanece como principal atualmente.

PO 3171

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS A PANCREATITE AGUDA EM SALVADOR-BA**

Ana Beatriz de Oliveira Andrade; Caio Lopes Pereira Santos; Luca Moreira Baggio Vieira; Maria Luiza Arléo Martins; Tauá Vieira Bahia.

EBMSP, SALVADOR - BA - BRASIL

**OBJETIVO:** Descrever os aspectos epidemiológicos relacionados a pancreatite aguda em Salvador-BA de janeiro de 2010 a dezembro de 2019. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, com dados secundários publicados pelo Ministério da Saúde por meio do DATASUS e extraídos do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O período selecionado compreende de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, e a região selecionada compreende ao município de Salvador, Bahia. Os dados compreenderam o serviço público e privado, incluindo casos registrados como pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas, sem discriminação em relação ao caráter de atendimento. Os dados coletados foram sexo, número de internações, valor total, média de permanência, óbitos e taxa de mortalidade. **RESULTADOS:** A pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas dentre o período de janeiro de 2010 e dezembro de 2019 em Salvador totalizaram 2.440 internações e 133 óbitos, com R\$2.566.517,17 gastos. Ademais, constatou-se que a faixa etária mais acometida foi de 30 a 39 anos, com 580 internações (23,77%), sendo esta também a mais dispendiosa para a cidade, gastando R\$613.398,50 (23,90%), porém teve a menor taxa de mortalidade, de apenas 3,18. Já a maior taxa de mortalidade foi de 40,00, em doentes menores de 1 ano – com 2 óbitos entre os 5 internados – seguida pelos idosos com 80 anos ou mais, com o valor de 19,10. Estes idosos ainda apresentaram uma maior média de permanência, com 13,1 dias internados. Quanto aos sexos, foi registrado que o masculino se sobrepôs ao feminino em relação às internações, com 1.382 (56,64%) e 1.058 (43,36) respectivamente, além de custar R\$460.231,63 a mais para a cidade. Contudo, a taxa de mortalidade entre as mulheres foi de 5,77, e a dos homens de 5,21. **CONCLUSÕES:** O presente estudo evidencia que, das internações por pancreatite aguda na cidade de Salvador, o alto custo com internação possui relação direta com a faixa etária mais acometida (30-39 anos), que apresentou a menor taxa de mortalidade. Já as faixas etárias dos menores de 1 ano e dos com 80 anos ou mais, apesar dos custos destinados, possuem as maiores taxas de mortalidade, números que podem sugerir as complicações enfrentadas nas internações desses grupos. Concomitantemente, pessoas do sexo masculino apresentaram maior número de internações e óbitos, contudo a taxa de mortalidade desses mostrou-se menor, podendo evidenciar, dessa forma, que as mulheres apresentam pior prognóstico após a complicação da inflamação. Nesse sentido, o impacto socioeconômico gerado pela consequência da enfermidade, como custo com internação hospitalar, altas taxas de mortalidade e complicações no prognóstico e qualidade de vida dos pacientes contribuem para grande importância desse tema e a necessidade de ações preventivas. Dessa forma, ações de cunho social a fim de conscientizar e estimular a prevenção devem ser mais efetivas a fim de minimizar os atuais danos enfrentados.

PO 3179

**MORTALIDADE PER E PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À LAPAROTOMIA EXPLORADORA EM UM HOSPITAL GERAL DE SALVADOR-BA**

Lucas Chagas Aquino<sup>1</sup>; Rafael D'Luca Ferraz Lacerda<sup>1</sup>; Maylane Oliveira Magalhães<sup>1</sup>; Andre Luis Barbosa Romeo<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL
2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Introdução:** Laparotomia exploradora é a utilização da manobra cirúrgica de abertura da cavidade abdominal a fim de buscar informações e solucionar adversidades por meio operatório. Muito frequente no âmbito da urgência e emergência, este procedimento centenário ocupa posição entre as principais cirurgias na abordagem do abdome. Entretanto, sua alta capacidade diagnóstica e amplo poder terapêutico, potencializados pelos avanços tecnocientíficos atuais, se contrapõem às suas altas taxas de mortalidade relatadas pela literatura mundial. **Objetivos:** Descrever a taxa de mortalidade per e pós-operatória em laparotomias exploradoras realizadas em um hospital geral de Salvador-BA entre junho de 2015 a junho de 2018, bem como apresentar o perfil clínico-cirúrgico e epidemiológico dos pacientes que evoluíram à óbito frente a tais procedimentos. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, de corte transversal que analisa 1109 pacientes submetidos à laparotomia exploradora em um hospital geral de Salvador-BA. A coleta de dados foi realizada por meio dos livros de registros cirúrgicos, bem como pelos prontuários dos pacientes. Foi pesquisado taxa de mortalidade e, nas evoluções com óbito, variáveis epidemiológicas e clínico-cirúrgicas a fim de descrever perfil. **Resultados:** 52 pacientes tiveram óbito como desfecho (4,68%). Foi possível a análise do perfil clínico-cirúrgico e epidemiológico em 46 pacientes. Houve prevalência masculina, com 34 homens (73,9%); A faixa etária mais acometida foi entre 19 e 49 anos, correspondente a 21 pacientes (45,7%); Foi observada lesão por projétil de arma de fogo (PAF) em 17 pacientes (37%); Evolução com infecção no pós-operatório foi relatada em 12 pacientes (26,1%); 23 tiveram choque séptico como causa de morte (50%). **Conclusão:** Foi encontrada alta taxa de mortalidade per e pós-operatória em laparotomias exploradoras. Nas evoluções com óbito, não foi observada relação entre o horário de realização dos procedimentos e maior número de óbitos. A infecção cirúrgica e sepse consequente mostraram-se complicações relevantes entre os pacientes que evoluíram a óbito. O perfil epidemiológico e clínico-cirúrgico divergiu em relação à literatura internacional, indicando variabilidade frente a diferentes contextos e populações distintas.

PO 3180

**ANÁLISE DO PERFIL PATOLÓGICO DE PACIENTES OPERADOS POR CÂNCER COLORRETAL**

Doris Medianeira Lazzarotto Swarowsky<sup>1</sup>; Ana Paula Quadros Bolzan<sup>2</sup>; Gustavo Swarowsky<sup>3</sup>; Isabela Swarowsky<sup>2</sup>; Inacio Swarowsky<sup>2</sup>.

1. UNISC/HSC, SÃO PEDRO DO SUL - RS - BRASIL
2. UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL
3. PUC-RS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**RESUMO:** O câncer colorretal possui relevância clínica-epidemiológica de grande significância com aumento expressivo na incidência em pacientes abaixo dos 50 anos. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar características tumorais e diferenças entre pacientes com diferentes faixas etárias.

**METODOLOGIA:** Foram analisados, retrospectivamente, 70 exames anatomopatológicos pós-operatórios no período entre janeiro de 2015 a dezembro de 2019. Dividiu-se dois grupos, sendo grupo A, pacientes acima de 50 anos e grupo B abaixo de 50 anos. Os parâmetros tumorais avaliados foram localização, grau de diferenciação celular, estágio, presença de invasão linfática e/ou vascular e presença de linfonodos positivos. Foram excluídos tumores não-adenocarcinomas.

**RESULTADOS:** O grupo A, com 61 pacientes, apresentou maior incidência de tumores de cólon esquerdo, porém relevante número de tumores de cólon direito (31%) e prevalência do estágio clínico 3. No grupo B, com 9 pacientes, houve uma incidência de 44% de tumores retais, e prevalência do estágio clínico 3 e 4. Ambos os grupos apresentaram prevalência, acima de 60%, de tumores de baixo grau. A invasão linfovascular esteve presente no grupo A, em 78%, e no grupo B, 66%. Linfonodos positivos em 57% no grupo A e 66,6% no grupo B.

**CONCLUSÃO:** No grupo A, houve maior incidência de tumores de cólon direito comparando com a literatura. No grupo B, observou-se elevada incidência de tumores retais. Os estágios clínicos da doença e da presença de invasão linfovascular estão relacionados ao atraso no diagnóstico, dessa maneira, sugere-se possível revisão das atuais diretrizes a fim de ampliar o grupo de rastreamento de câncer colorretal.

**PO 3181**

**HÉRNIA INCISIONAL EM TROCATER UMBILICAL PÓS VIDEOCOLECISTECTOMIA**

Doris Medjaneira Lazzarotto Swarowsky<sup>1</sup>; Ana Paula Quadros Bolzan<sup>2</sup>; Isabela Swarowsky<sup>2</sup>; Gustavo Swarowsky<sup>3</sup>; Inacio Swarowsky<sup>2</sup>.

1. UNISC/HSC, SÃO PEDRO DO SUL - RS - BRASIL
2. UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL
3. PUC-RS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Introdução:** A videocolecistectomia apresenta-se como tratamento de escolha para pacientes com colelitíase sintomática. A ocorrência de hérnia, possível complicação do procedimento, está, principalmente, ligada às condições clínicas do paciente. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo a análise de pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica e a incidência de hérnias incisionais ao nível da cicatriz umbilical.

**Métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, 235 prontuários de pacientes submetidos a videocolecistectomia, com uso de trocater de 11 mm ao nível da cicatriz umbilical no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. O tempo de internação foi em média de um dia, e o acompanhamento clínico foi, após a alta hospitalar, de um ano.

**Resultados:** Em todos os pacientes, foi realizada rafia da aponeurose na incisão umbilical com fechamento por Poligactina 910 e Nylon Monofilamentar o qual não se observou diferenças consideráveis. Mulheres corresponderam a 69% dos pacientes e homens a 31%, apresentando média de idade de 50 anos, sendo o mais jovem de 14 anos e o mais idoso de 88 anos. Ao final do estudo, 2 pacientes apresentaram hérnia incisional na região umbilical. A análise identificou apenas a obesidade e o sexo feminino como um fator de risco independente importante.

**Conclusão:** De acordo com a literatura médica a incidência de hérnias incisionais variam entre 0,02% a 1,2%. O presente estudo apresentou uma incidência de hérnias incisionais de 0,85%, ao qual pacientes obesos e femininos apresentaram maior propensão a desenvolver hérnia incisional, evidenciando, portanto, a importância aos cuidados com fatores de risco e consequentes complicações pós-operatórias.

**PO 3187**

**OS BENEFÍCIOS DA FENESTRAÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS AO PROCEDIMENTO FONTAN**

Ana Luisa Ervilha Sabioni<sup>1</sup>; Bárbara Reis Coutinho Almeida<sup>2</sup>; Miguel Eduardo Guimarães Macedo<sup>1</sup>.

1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAMINAS, MURIAÉ - MG - BRASIL

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os efeitos iniciais de um procedimento de Fontan fenestrado (F) em detrimento do não fenestrado (NF). **MÉTODO:** Revisão sistemática na base de dados Medline, utilizando expressões como "Fontan" e "fenestrated" com suas respectivas variações segundo o MeSH, foram excluindo artigos que fugissem da temática do foco de pesquisa. Os filtros utilizados foram "Humans", "5 years", "Full text", sendo escolhidos 2 artigos diretamente relacionados ao tema dentre os 51 encontrados na pesquisa. **Resultados:** Foram analisado estudos tipo ensaio clínico, durante a análise estatística incluíram no grupo intervencionista paciente submetidos a cirurgia de Fontan fenestrado (F), enquanto o grupo controle era representando pela cirurgia de Fontan não fenestrado (NF). De acordo com os dados analisados não houve diferença significativa quanto ao risco de falha em ambos os grupos, contudo o grupo controle (NF) apresentou maior pressão arterial pulmonar, maior necessidade de drenagem pleural, porém uma maior taxa de saturação de oxigênio quando comparado ao grupo que sofreu a intervenção (F). A fenestração melhora o resultado imediato no pós-operatório, por descompressão do circuito venoso-pulmonar e aumento do débito cardíaco, a despeito da desnaturação arterial de oxigênio e do risco de embolia paradoxal, as técnicas de anastomose cavopulmonar têm dominado o cenário de tratamento das cardiopatias univentriculares. **Conclusão:** A fenestração de Fontan reduziu efetivamente a pressão pulmonar e a necessidade de drenagem pleural prolongada. A técnica de conduto intracardiaco foi associada a menor morbidade pós-operatória, sendo a opção atual do nosso serviço na anastomose cavopulmonar total.

**PO 3188**

**OS BENEFÍCIOS DA FENESTRAÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS AO PROCEDIMENTO FONTAN**

Ana Luisa Ervilha Sabioni<sup>1</sup>; Bárbara Reis Coutinho Almeida<sup>2</sup>; Miguel Eduardo Guimarães Macedo<sup>1</sup>.

1. *FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL*
2. *CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAMINAS, MURIAÉ - MG - BRASIL*

**Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os efeitos iniciais de um procedimento de Fontan fenestrado (F) em detrimento do não fenestrado (NF). A anastomose cavo-pulmonar total (cirurgia de Fontan) é o último procedimento de uma estratégia estadiada, se tornar a cirurgia paliativa definitiva para os pacientes portadores de cardiopatias congênitas complexas com ventrículo único anatômico ou funcional. Em sua evolução histórica sofreu algumas modificações, que diminuíram sua morbidade e mortalidade de maneira significativa, possuindo diversas modalidades cirúrgicas, podendo correr da forma fenestrado e não fenestrado. **Método:** Revisão sistemática na base de dados Medline, utilizando expressões como "Fontan" e "fenestrated" com suas respectivas variações segundo o MeSH, foram excluindo artigos que fugissem da temática do foco de pesquisa. Os filtros utilizados foram "Humans", "5 years", "Full text", sendo escolhidos 2 artigos diretamente relacionados ao tema dentre os 51 encontrados na pesquisa. **Resultados:** Foram analisado estudos tipo ensaio clínico, durante a análise estatística incluíram no grupo intervencionista paciente submetidos a cirurgia de Fontan fenestrado (F), enquanto o grupo controle era representando pela cirurgia de Fontan não fenestrado (NF). De acordo com os dados analisados não houve diferença significativa quanto ao risco de falha em ambos os grupos, contudo o grupo controle (NF) apresentou maior pressão arterial pulmonar, maior necessidade de drenagem pleural, porém uma maior taxa de saturação de oxigênio quando comparado ao grupo que sofreu a intervenção (F). A fenestração melhora o resultado imediato no pós-operatório, por descompressão do circuito venoso-pulmonar e aumento do débito cardíaco, a despeito da desnaturação arterial de oxigênio e do risco de embolia paradoxal, as técnicas de anastomose cavopulmonar têm dominado o cenário de tratamento das cardiopatias univentriculares. **Conclusão:** A fenestração de Fontan reduziu efetivamente a pressão pulmonar e a necessidade de drenagem pleural prolongada. A técnica de conduto intracardiaco foi associada a menor morbidade pós-operatória, sendo a opção atual do nosso serviço na anastomose cavopulmonar total.

**PO 3190**

**OS BENEFÍCIOS DO ANEL INTRALUMINAL DE CASTRO BERNARDES**

Ana Luisa Ervilha Sabioni<sup>1</sup>; Bárbara Reis Coutinho Almeida<sup>2</sup>; Miguel Eduardo Guimarães Macedo<sup>1</sup>.

1. *FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL*
2. *CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAMINAS, MURIAÉ - MG - BRASIL*

**Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os benefícios do anel intraluminal de Castro Bernardes em cirurgias para correção de dissecação de aorta ascendente. A dissecação aórtica aguda (DAA) é um evento em que há uma súbita ruptura da camada média da aorta, a abordagem cirúrgica consiste na substituição do segmento de aorta lesionada por um enxerto vascular protético. Contudo, a correção convencional exige técnicas coadjuvantes complexas e agressivas, em vista disso, desenvolveu-se um anel intraluminal com sulco mais largo e profundo facilitando sua fixação na aorta, com a proposta de reduzir a incidência de complicações. **Métodos:** Revisão sistemática na base de dados Medline, utilizando expressões como "aortic dissection", "aortic aneurysm" e "blood vessel prosthesis" com suas respectivas variações segundo o MeSH, foram excluindo artigos que fugissem da temática do foco de pesquisa. Os filtros utilizados foram "Humans", "5 years", "Full text", sendo escolhidos 6 artigos diretamente relacionados ao tema dentre os 61 encontrados na pesquisa. **Resultados:** As complicações cirúrgicas descritas na literatura ocorriam pela grande dificuldade em fixar o anel intravascular de forma que não ocorresse mudança em sua posição. A utilização do anel intraluminal de Castro Bernardes, que evita sutura convencional, possui um anel de maior calibre e comprimento, possuindo medidas projetadas e experimentadas para facilitar a sua manipulação e anastomose, associada à experiência técnica, proporciona uma diminuição acentuada no tempo de operação, tempo de circulação extracorpórea, tempo de pinçamento de aorta, fatores fundamentais para determinar a sobrevida do paciente. Nesse contexto, o emprego da técnica de Castro Bernardes permitiu reduzir o tempo de pinçamento aórtico para aproximadamente 9 minutos. Dessa forma, foi possível reduzir a mortalidade dos pacientes submetidos a próteses valvares em aneurismas ascendentes em 12,5%. **Conclusão:** A utilização do intraluminal facilita o ato cirúrgico, reduz o tempo de anastomose e o sangramento, proporcionando facilidade técnica, redução da mortalidade e boa perspectiva de sobrevida a longo prazo.

PO 3193

**MÉTODOS CIRÚRGICOS PARA UTILIZAÇÃO DE ARCABOUÇOS HEPÁTICOS ACELULARES EM TRANSPLANTES HEPÁTICOS**

Ricardo Martins Santos<sup>1</sup>; Marlon Lemos Dias<sup>1</sup>; Cíntia Marina Paz Batista<sup>1</sup>; Alexandre Cerqueira da Silva<sup>2</sup>; Regina Coeli dos Santos Goldenberg<sup>1</sup>.

1. INSTITUTO DE BIOFÍSICA CARLOS CHAGAS FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

O transplante (Tx) é o único tratamento definitivo para falência hepática. No entanto, a baixa disponibilidade de órgãos e o grande potencial de imuno rejeição dificultam a realização desse procedimento cirúrgico. Neste contexto, a utilização de órgãos acelulares produzidos pela técnica de descelularização apresenta-se como uma alternativa promissora. Neste trabalho, objetivamos propor duas técnicas cirúrgicas para efetuar o transplante do Arcabouço Hepático Acelular (AHA) em ratos Wistar. Antes do transplante, o procedimento cirúrgico de captação do fígado de ratos doadores, de canulação da veia porta (VP) e veia cava inferior (VCI) foram realizados. Após a obtenção do enxerto, o fígado foi submetido a descelularização através da perfusão pela VP de água (2h), 1% de Triton X-100 (2h) e 1% de SDS (24h) em um fluxo de 3 ml/min, respectivamente, seguido de lavagem com água por 2 dias. Análises de DNA e de histologia (H&E e Picrosirius) foram utilizadas para confirmar a obtenção do AHA. Animais receptores (n=8) foram heparinizados (5.000 UI/mL), anestesiados com isoflurano (4% de indução e 2% de condução com fluxo de 5% de oxigênio) e submetidos ao Tx heterotópico (n=4) e ao Tx ortotópico parcial (n=4). No Tx heterotópico, a nefrectomia lateral esquerda foi realizada e as anastomoses entre veia renal (VR) e veia cava inferior (VCI) e artéria renal (AR) e VP foram realizadas. No Tx ortotópico parcial, o lobo mediano foi clampeado e uma ressecção de 10% foi realizada. Em seguida, o AHA foi colocado abaixo da região previamente seccionada do fígado receptor e ambos foram suturados com fio de seda 7-0. Parâmetros bioquímicos (albumina e alanina aminotransferase – ALT), histológicos (H&E e Periodic Acid-Schiff- PAS) e imunohistológicos (TUNEL e Ki67) foram utilizados para observação do AHA 2h e 30d pós Tx. O processo de descelularização dos fígados foi eficaz e confirmado pela ausência de células no parênquima hepático evidenciada pela marcação com H&E e pela redução significativa (p

PO 3194

**COVID-19 NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER GÁSTRICO E ESOFÁGICO: UM CENÁRIO PREOCUPANTE**

Júlia Iaroseski.

UFCSPA, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL

**Introdução:** Com o advento da pandemia de COVID-19 e a instauração do isolamento social, a organização do sistema de saúde foi gravemente afetada. Entre as mudanças está o menor número de consultas presenciais, sendo parcialmente substituídas pela telemedicina, e a queda no volume de exames diagnósticos, em especial da endoscopia digestiva alta (EDA). Considerando que os cânceres (CA) de esôfago e estômago são comumente achados casuais por investigação de sintomatologias vagas, a pandemia pode afetar o seu diagnóstico. Sabendo que os CA de esôfago e estômago possuem ganho significativo de sobrevida quando diagnosticados precocemente, faz-se necessário investigar se seu diagnóstico continua efetivo mesmo em momento de pandemia.

**Metodologia:** Os dados foram retirados do DataSUS TabNET com o CID10 C15 para CA de esôfago e CID10 C16 para CA de estômago, no período de janeiro de 2013 a julho de 2020, nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

**Objetivos:** Analisar se existe queda de diagnósticos de CA de esôfago e estômago em 2020, comparando os dados com os anos anteriores.

**Resultados:** Na amostra coletada dos últimos anos o diagnóstico de câncer de estômago e esôfago apresentaram crescimento significativo (p

PO 3195

**DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE CÓLON E RETO FOI PREJUDICADO PELA PANDEMIA?**

Júlia Iaroseski.

*UFCSPA, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL*

**Introdução:** Com a chegada do COVID-19 no Brasil durante o primeiro semestre de 2020 foram instauradas medidas de isolamento social que afetaram o sistema de saúde, principalmente com a diminuição de consultas presenciais e o cancelamento de procedimentos eletivos, entre eles a colonoscopia. Sabe-se que a colonoscopia é uma forma marcante para o diagnóstico de patologias graves como câncer (CA) de reto e cólon. Sabendo disso, é questionável se o novo cenário de pandemia afetou o diagnóstico de CA no aparelho digestivo baixo.

**Metodologia:** Foi utilizado o banco DataSUS, a partir da plataforma TabNET, no período de janeiro de 2013 a julho de 2020 em todas as regiões brasileiras. Foram utilizadas as classificações CID 10 C18 (cólon), C17 (retossigmoide) e C16 (reto).

**Objetivos:** Avaliar a continuidade do andamento dos diagnósticos de CA de cólon e reto no SUS antes e durante a pandemia de COVID-19.

**Resultados:** Desde 2013, os diagnósticos de CA de cólon e reto cresceram vertiginosamente, apresentando aumento de 167,9% e 55%, respectivamente. Houve destaque para o crescimento no CA da junção retossigmoidea, que chegou a 363,9% de aumento no período. Porém, os CA de cólon e reto foram subdiagnosticados durante o primeiro semestre de 2020, tendo uma queda de 37,7% e 44,3%, respectivamente, comparados com o mesmo período em 2019. O diagnóstico de CA de reto é particularmente mais preocupante considerando que não possui decadência apenas comparado com 2019, mas também apresenta queda de 28,4% quando comparado com a média dos últimos 4 anos da amostra coletada. As regiões Norte e Nordeste foram as mais afetadas a nível de redução de diagnóstico de CA de cólon e reto.

**Conclusão:** É possível afirmar que na última década o número de diagnósticos de CA do aparelho digestivo baixo aumentou, possivelmente pela melhora da qualidade e da disseminação de exames diagnósticos, entre eles a colonoscopia. Todavia, é possível observar que o primeiro semestre de 2020 não seguiu a linha crescente de diagnósticos, estabelecendo grande queda, provavelmente como consequência do estabelecimento da pandemia de COVID-19. Tal dado é preocupante já que essas neoplasias malignas são reconhecidas pela correlação direta entre o diagnóstico tardio e a preocupante queda nos índices de expectativa de vida. Tendo esse resultado em mente, novos estudos são necessários para avaliar os fatores que levam à diminuição dos diagnósticos de CA de cólon e reto e evitar o aumento de mortalidade por essas patologias.

PO 3196

**REPERCUSSÃO DO COVID-19 NOS TRANSPLANTES HEPÁTICOS NA VISÃO DO SUS**

Júlia Iaroseski; Danna Gomes Mateus.

*UFCSPA, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Estudos recentes relatam que pacientes portadores de doenças crônicas são populações de risco para a evolução grave da infecção de COVID-19. Ademais, existem relatos de descompensação hepática em pacientes contaminados pelo vírus. Hipotetiza-se que durante a pandemia houve um tratamento negligente das cronicidades hepáticas, com queda nos transplantes (TX) e aumento das intercorrências e óbitos, que afetariam a saúde pública.

**OBJETIVO:** Analisar as diferenças no número de TX de fígados nos anos de 2013 a 2020.

**MÉTODO:** Os dados foram coletados na plataforma do DataSUS e analisados com o software IBM SPSS e teste t (Student). O período analisado foi de janeiro de 2013 a maio de 2020.

**RESULTADO:** Tomando a curva normal de TX realizados de 2013 a 2020, espera-se entre 120,7 e 127,8 TX ao mês. De janeiro a março de 2020 foram atingidos números dentro do esperado: 209, 180 e 152, respectivamente. Já nos meses de março e abril de 2020 o número de situou-se abaixo do esperado: 111 e 89, respectivamente.

O número de intercorrência pós-TX no período obteve, na curva normal, expectativa entre 98,4 e 111,4 casos. Em 2020, foi observada uma queda nas intercorrências: 142, 131, 124, 91 e 47 casos foram contabilizados nos respectivos meses. De janeiro a março esteve acima do esperado, mas abril e maio abaixo, provavelmente por menos TX terem sido realizados.

Considerando a curva normal de 2013 a 2020, era esperada uma taxa de óbito (óbitos/internações) entre 6,7 e 7,9. Em maio de 2020 foi atingida a taxa de 8,5, exacerbando o limite superior.

**CONCLUSÃO:** A diminuição no número de transplantes de fígado, devido à redução no número de cirurgias no país pode resultar em consequências imediatas e tardias, como complicações de insuficiência e cirrose hepática, além da sobrecarga de centros cirúrgicos pós-pandemia, com aumento da morbidade. Contudo o aumento na taxa de óbitos por intercorrências atrelado a uma diminuição no número de transplantes expõe a problemática de manejar a saúde do paciente transplantado na pandemia, podendo levar a aumento de desfechos desfavoráveis em pacientes cujo tratamento não pode ser postergado. Os desfechos do COVID-19 na saúde ainda são incertos, mas sua repercussão nos transplantados confirma que não estamos preparados para seus impactos.

PO 3197

**EFEITO DO COVID-19 NAS CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE NO SUS**

Júlia Iaroseski; Thiago Cezar Menezes.

*UFCSPA, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL*

**Introdução:** Com a instauração de um estado pandêmico de COVID-19, centros hospitalares adotaram a suspensão de atividades com o intuito de reduzir a transmissão do vírus. Dentre as cirurgias suspensas está a colecistectomia videolaparoscópica (CVL) e a apendicectomia. Esses procedimentos representam manutenção do funcionamento dos centros cirúrgicos durante a pandemia, já que são os de maior volume no Brasil

**Objetivos:** Comparar o número de apendicectomias e colecistectomias feitas durante a pandemia e antes dela, ponderando os efeitos do resultado dentro do funcionamento do sistema de saúde.

**Métodos:** Os dados foram retirados do DataSUS TabNET, no período de agosto de 2007 a maio de 2020. A análise de expectativa foi baseada no modelo de suavização exponencial de Holt-Winter com um intervalo de 95% de confiança.

**Resultados:** No período de agosto de 2007 a maio de 2020 foi encontrada uma tendência ao aumento no número de CVL, sendo que em 2008 foram realizadas 1658 CVL por mês, enquanto em 2019 esse número foi de 7845,5, quase quadruplicando tal valor. No intervalo de confiança de 95%, foi observado que janeiro e fevereiro de 2020 foram de acordo com o previsto, sendo realizadas respectivamente 7817 e 6876 CVL. Todavia, nos meses de março, abril e maio de 2020 esses números não corresponderam às expectativas: foram executadas, respectivamente, 5030, 1229 e 1335, enquanto o esperado seria, no mínimo, uma média de 7452 CVL por mês, revelando uma queda de mais de 80%.

O número de apendicectomias no SUS entre março e maio de 2020 foi de 26.057, uma queda de apenas 10,49% em relação à média dos cinco anos anteriores no mesmo período, que foi de 29.110,2 procedimentos. No ano de 2015, esse número havia sido de 28.332; em 2016, de 28.059; em 2017, de 28.629; em 2018, de 29.512; e em 2019, de 31.019.

**Conclusão:** É visível que a pandemia de COVID-19 afetou a execução das cirurgias de pequeno porte. No entanto, os resultados encontrados mostram que, apesar de ambos os procedimentos apresentarem queda, as colecistectomias tiveram uma diminuição muito mais acentuada, representando uma queda drástica das cirurgias eletivas. Entretanto, cabe ressaltar que cirurgias eletivas são importantes para o sistema de saúde não só como fonte importante de arrecadação, mas também como profilaxia de agudização da doença. Assim, formas de retomar as atividades cirúrgicas devem ser analisadas para que não haja maiores dificuldades na manutenção do funcionamento futuro dos blocos cirúrgicos.

PO 3201

**FASCIITE NECROTIZANTE: ESPECTRO DE APRESENTAÇÃO CLÍNICA E USO DO SCORE LRINEC**

Mariana Barbosa Daniel<sup>1</sup>; Emerson Schindler Junior<sup>2</sup>; Nicole de Oliveira Santos<sup>2</sup>; Matheus Henrique Gonzatti<sup>2</sup>; Giorgia Souza Franco<sup>2</sup>; Angela Guzzo Lemke<sup>3</sup>; Mariana Massuqueto Cavalli<sup>2</sup>.

1. *PUCPR, CURITIBA - PR - BRASIL*

2. *UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL*

3. *PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL*

**OBJETIVOS:** Identificar padrões e espectro de apresentação clínica de pacientes com diagnóstico de Fasciite Necrotizante (FN). Secundariamente, atestar a utilidade do escore LRINEC como ferramenta de avaliação de risco de infecção necrotizante.

**MÉTODOS:** Revisão sistemática da literatura acerca da apresentação clínica de pacientes com Fasciite Necrotizante (FN). Foi realizada pesquisa no banco de dados do MEDLINE via Pubmed entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020 utilizando os descritores "necrotizing fasciitis" + "clinical presentation". Foram incluídos estudos retrospectivos e prospectivos com pacientes com diagnóstico de FN a partir de suspeição clínica e achados intraoperatoriais clássicos, que incluem: aspecto acinzentado, diminuição da resistência da fáscia muscular à dissecação e mau-odor. Foram excluídos estudos limitados a população pediátrica, estudos limitados a uma determinada região do corpo e artigos sem dados claros quanto aos critérios diagnósticos de FN. Inicialmente, 778 artigos foram encontrados, sendo 12 adequados aos critérios de inclusão e exclusão citados. A seleção ocorreu primeiramente pela análise do título, seguido da análise do resumo e posteriormente leitura completa. Dados quanto a sinais, sintomas, comorbidades e uso do score LRINEC foram coletados independentemente por dois autores, sendo posteriormente tabulados em planilha para análise.

**RESULTADOS:** foram identificados 2588 pacientes com diagnóstico de FN, subdivididos de acordo com os sintomas analisados. Os sinais e sintomas mais frequentes foram sensibilidade e dor, edema e eritema, com incidências de 83.9%, 81.8% e 80.4%, respectivamente. Os sinais sistêmicos febre, taquicardia, hipotensão e confusão foram observados respectivamente em 55%, 65.5%, 21.6% e 15.3% dos casos. Outros sinais identificados foram necrose de pele (25,6%), crepitação do tecido (13,5%) calor local (67,3%), bolhas na pele (44,9%) e perda de sensibilidade local (16%).

**CONCLUSÕES:** A FN é uma doença com elevados índices de mortalidade e difícil diagnóstico devido a uma apresentação clínica que mimetiza infecções menos graves. As quatro características mais apresentadas – sensibilidade, edema, eritema e calor local – vistas em mais de 60% dos pacientes, são também facilmente apresentadas por pacientes com um quadro de erisipela ou celulite. Isso justifica o diagnóstico inicial equivocado em mais de 50% dos pacientes. O escore LRINEC mostrou sensibilidade variando entre 46,15% e 79,3% para identificação de alto risco de FN (LRINEC  $\geq$  6), valores que podem não ser expressivos o suficiente para afastar a doença com segurança. Por conta disso, a suspeição clínica, mesmo que mínima, deve ser devidamente investigada. As principais limitações deste estudo foram a heterogeneidade populacional, já prevista, e os possíveis vies de coleta de dados de prontuários inerentes aos estudos retrospectivos.

PO 3207

**INCIDÊNCIA DE BACTERIOBILIA E A CORRELAÇÃO COM ANTIBIÓTIKOPROFILAXIA EM PACIENTES DE BAIXO RISCO SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ELETIVA.**

Pedro Meira Dolfini<sup>1</sup>; Marcos Alberto Pagani Junior<sup>1</sup>; Maria Inês Meira Dolfini<sup>2</sup>; Rogerio Leone Buchaim<sup>1</sup>; Paulo Cesar Grippa<sup>1</sup>; Joao Paulo Galletti Pilon<sup>1</sup>; Mariana Castilho Facchini<sup>1</sup>.

1. UNIMAR, MARILIA - SP - BRASIL
2. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL

**Introdução:** A colecistolitíase é uma das doenças mais comuns do aparelho digestivo, estimase que 10% a 15% da população adulta, têm ou terão cálculos biliares. O trato biliar é normalmente estéril, mas a porcentagem de contaminação da bile aumenta, podendo chegar a 30% em pacientes com cálculos em vias biliares. Em relação ao uso da antibióticoprofilaxia em colecistectomia videolaparoscópica há um crescente consenso em apoio ao não uso em casos não complicado, no entanto a maioria dos cirurgiões não desistem de tal prática tradicional. O uso desnecessário de antibióticos aumenta os custos e aumenta a incidência de multirresistência bacteriana. **Objetivo:** Avaliar a incidência de bacteriobilia em pacientes de baixo risco submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva e sua correlação com antibióticoprofilaxia. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo randomizado em 40 de pacientes portadores de cálculos biliares submetidos à colecistectomia laparoscópica eletiva. Os pacientes selecionados foram divididos de forma aleatória em dois grupos, um dos grupos recebeu antibióticoprofilaxia e o no outro grupo nenhum antibiótico foi administrado, em ambos os grupos foi realizado coleta da bile logo após a retirada da vesícula da cavidade abdominal e encaminhada para cultura e antibiograma. **Resultados:** Foi observado cultura biliar positiva no total 11 pacientes (27,5%), sendo incidência de 45% no grupo que não recebeu antibióticoprofilaxia e de 10% no grupo que recebeu antibióticoprofilaxia, dos pacientes ASA 1 apenas 5,5% tinham cultura biliar positiva enquanto os pacientes ASA 2 tinham 45,5% de positividade, os pacientes sem comorbidades tinham presença de bactérias na bile em 14,9% e os pacientes com pelo menos uma comorbidade apresentavam 42,1% de bile colonizada por bactérias, mostrando essas relações relevância estatística (p

PO 3208

**INOVAÇÃO NO ESTUDO ANATÔMICO DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO E DA FLEBOTROMBOSE PROFUNDA E AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA**

Yasmin Podlasinski da Silva<sup>1</sup>; Carolina Stefanello<sup>1</sup>; Luciane Marina Lea Zini Peres<sup>1</sup>; Mariane Amado de Paula<sup>2</sup>; Magda Patricia Furlanetto<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL
2. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE CANOAS - HPSC, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Objetivo:** Investigar a satisfação do aluno frente à utilização de pedagogias ativas no processo de aprendizagem da anatomia associada à patologia e do aproveitamento dos conteúdos para as demais disciplinas acadêmicas. **Metodologia:** Estudo quali/quantitativo, no qual um modelo didático tridimensional de membro inferior esquerdo e dois modelos didáticos ampliados para representação da flebotrombose e do sistema venoso profundo foram confeccionados e avaliados através de um questionário (4 perguntas fechadas). Estudo realizado com 103 estudantes de Medicina do primeiro ao segundo ano da graduação, a fim de investigar a eficácia do método de inovação pedagógica. **Resultados:** Dos estudantes avaliados, 98,05% responderam que a aprendizagem durante as aulas com as peças anatômicas seria facilitada com o uso do modelo e 85,6% responderam que julgavam necessária uma explicação teórica para a compreensão do mesmo. Quando questionados sobre a dificuldade de entendimento do modelo anatômico do sistema venoso profundo e da flebotrombose profunda, 96,11% responderam que não sentiram dificuldades. Sobre a comparação com outros métodos de ensino - aulas teóricas, aulas expositivas no laboratório - 81% consideram o método de modelagem muito melhor, 15% um pouco melhor, 3,88% classificaram como similar, e nenhum dos estudantes consideraram o método um pouco pior ou muito pior. **Conclusões:** Com o intuito de seguir as Diretrizes Curriculares Nacionais - aprendizado centrado no aluno e autonomia - modelos didáticos vêm sendo empregados como facilitadores da compreensão. Entre as vantagens da aula demonstrativa com o uso de modelos didáticos estão a integração do conteúdo teórico-prático e o exercício da técnica. Diante dos resultados positivos apresentados pelo estudo, é possível concluir que os modelos confeccionados possibilitaram uma visualização mais clara e objetiva da anatomia do sistema venoso profundo, bem como no entendimento da patogênese. Como perspectivas futuras, há a possibilidade de montagem desses modelos pelos alunos, para que eles executem metodologias ativas, garantindo maior autonomia no aprendizado e no raciocínio crítico.

PO 3213

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LITÍASE URINÁRIA TRATADOS CIRURGICAMENTE EM UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE-RS.**

Leandro Vicente Zoehler; Vinícius Ferrari Henning; Kevin Verdin Phillips; Gustavo Baldino Nabinger.

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

**OBJETIVO:** Descrever as características epidemiológicas de pacientes portadores de litíase do trato urinário tratados cirurgicamente em um hospital de Porto Alegre no ano de 2017.

**MÉTODO/INTRODUÇÃO:** Estudo observacional descritivo, com pacientes portadores de litíase do trato urinário tratados cirurgicamente no serviço de urologia de um Hospital da cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, no ano de 2017. A coleta de dados foi realizada por meio da pesquisa de prontuários dos pacientes, através do preenchimento do protocolo de variáveis. Os dados foram tabulados e analisados através do pacote SPSS 20.0. Foi utilizada a epidemiologia descritiva para apresentação dos dados, sendo as variáveis qualitativas expressas em proporções e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão. Para se verificar a associação entre as variáveis de interesse foi utilizado o teste t de Student para a comparação entre médias. O nível de significância pré-estabelecido foi de 5%. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o registro CAAE: 05443119.9.0000.5304.

**RESULTADOS:** O total de pacientes incluídos no estudo foi 287 indivíduos, com média de idade de 52 ( $\pm 15,7$ ) anos. As características sociodemográficas esta descrita na figura 1 e os tipos de cirurgia na figura 2. O tempo médio de internação foi de 2,5 dias. Na análise bivariada, não houve diferença estatística na média de idade entre homens e mulheres ( $p=0,381$ ), entre gênero e o tipo de cirurgia ( $p=0,097$ ), entre gênero com dias de internação ( $p=2,565$ ), entre raça e idade ( $p=0,572$ ), visto que estas variáveis não apresentaram nível de significância estatística.

**CONCLUSÕES:** Em conclusão, o estudo demonstrou que o perfil dos pacientes são homens brancos na quinta década de vida. Em relação ao tratamento cirúrgico realizado a ureterorenótopia foi o procedimento mais realizado com permanência média de internação de 2,5 dias. A demanda de novos estudos se faz necessária para avaliar taxas de recorrência da enfermidade e da evolução dos pacientes atendidos, além de estudos relacionados a procedimentos cirúrgicos e complicações, de modo que permitam um constante desenvolvimento do serviço.

PO 3219

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE POLITRAUMA NA REGIÃO SUDESTE BRASILEIRA NOS ÚLTIMOS QUATRO ANOS**

Francisco Carlos Teixeira Brando Junior; João Pedro de Resende Côrtes; Marcio Alexandre Terra Passos.

*UNIV DE VASSOURAS, VASSOURAS - RJ - BRASIL*

O politrauma é uma condição caracterizada por alterações estruturais e fisiológicas, em diferentes regiões anatómicas, ocasionado pela troca de energia entre o meio e os tecidos do corpo humano<sup>1,2</sup>. É uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, principalmente na faixa de jovens adultos (quatro primeiras décadas de vida), correspondendo a 10% da mortalidade mundial<sup>1</sup>. Dada a sua complexidade de cuidado e prevalência, ocasiona uma alta demanda para serviços de terapia intensiva<sup>2</sup>. Na região sudeste, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), somente no mês de maio de 2020, foram registradas 2.192 internações para atendimento cirúrgico em politraumatizado com um custo total de R\$ 7.114.713,01 aos cofres públicos<sup>3</sup>. Por isso, se tratando de um sistema de saúde que carece de recursos e o atual cenário de pandemia por Covid-19 é necessário conhecer o perfil de incidência de politrauma na região Sudeste, onde se concentraram o maior número de casos de ambas situações durante o primeiro semestre de 2020. Objetiva-se demonstrar a incidência de politraumatizados nos estados da Região Sudeste no período de janeiro de 2017 a maio de 2020. Os dados foram coletados do SIH-SUS em 19 de julho de 2020. Foram comparados o número de internações para atendimento cirúrgico de pacientes politraumatizados por 100.000 habitantes de cada estado da região sudeste. Os resultados encontrados nos anos de 2017, 2018 e 2019 foram respectivamente: Minas Gerais 39,28, 35,56 e 37,52/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 24,63, 28,89 e 38,11/100.00 habitantes; São Paulo 20,53, 18,43 e 19,99/100.000 habitantes; Espírito Santo 10,11, 5,94 e 7,22/100.000 habitantes. Os dados coletados de 2020 contemplam até o mês de maio e correspondem a: Minas Gerais 12,05/100.000 habitantes; Espírito Santo 1,35/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 13,99/100.000 habitantes; São Paulo 8,16/100.000 habitantes. Considerando o crescimento nos próximos 7 meses de forma proporcional ao registrado até maio, observaríamos uma redução expressiva em todos os estados, sendo estimado em Minas Gerais 20,08/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 26,71/100.00 habitantes; São Paulo 15,10/100.000 habitantes; Espírito Santo 3,84/100.000 habitantes. Observa-se que entre os anos de 2017 e 2019, a curva de incidência foi bem heterogênea entre os estados, aumentando em alguns, reduzindo em outros. Entretanto, para 2020, é esperado um número significativamente menor de casos em todos os quatro estados da região. A pandemia de COVID-19 pode ter alterado o quantitativo geral devido ao isolamento social, o que reduziu a exposição de parte da população ao risco de sofrer politrauma. O conhecimento e análise destes dados demonstrou diminuição do número de casos na região sudeste, contudo, não existem mecanismos de verificação da causa específica desta redução, que, pode ter sido causada pelo isolamento social devido a pandemia de COVID-19, conscientização da população, ou até mesmo subnotificação.

**PO 3220**

**OCORRÊNCIA DE APENDICECTOMIAS NA REGIÃO SUDESTE BRASILEIRA NOS ÚLTIMOS QUATRO ANOS**

João Pedro de Resende Côrtes; Francisco Carlos Teixeira Brando Junior; Marcio Alexandre Terra Passos.

*UNIV DE VASSOURAS, VASSOURAS - RJ - BRASIL*

A apendicite aguda é uma das causas de abdome agudo inflamatório mais comuns no mundo, principalmente em indivíduos entre 10 e 30 anos. Ela pode ser classificada como não complicada ou como complicada, quando há presença de peritonite. O tratamento da apendicite é essencialmente cirúrgico, entretanto desde o ano de 1959 há relatos de casos não complicados tratados com antibióticos. Devido a eficácia e segurança da apendicectomia, o tratamento conservador foi somente considerado em larga escala durante a pandemia de COVID-19 no ano de 2020, pois se descobriu que a ocorrência de complicações pulmonares em pacientes pós operatórios é de mais de 50%, contra cerca de 10% no período pré-COVID. Por conta desse aumento na morbidade e mortalidade, os métodos conservadores, embora questionáveis, estão sendo mais utilizados em diversos serviços ao redor do mundo. A partir do panorama apresentado, em um sistema de saúde que carece de recursos como o nosso, é necessário conhecer a taxa de incidência de apendicectomia. Objetiva-se demonstrar a incidência de apendicectomia nos estados da Região Sudeste no período de janeiro de 2017 a maio de 2020. Os dados foram coletados do Sistema de Informação Hospitalar em 22 de julho de 2020. Foram comparados o número de internações para atendimento cirúrgico de apendicectomia laparotômica e laparoscópica por 100.000 habitantes de cada estado da região sudeste. Os resultados encontrados nos anos de 2017, 2018 e 2019 foram respectivamente: Minas Gerais 52,53, 50,98 e 56,92/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 36,20, 34,05 e 37,86/100.00 habitantes; São Paulo 54,19, 51,18 e 55,93/100.000 habitantes; Espírito Santo 49,65, 44,63 e 49,90/100.000 habitantes. Os dados coletados de 2020 contemplam até o mês de maio e correspondem respectivamente a: Minas Gerais 18,63/100.000 habitantes; Espírito Santo 12,42/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 11,07/100.000 habitantes; São Paulo 19,77/100.000 habitantes. Considerando o crescimento nos próximos 7 meses de forma proporcional ao registrado até maio, observaríamos uma redução expressiva em todos os estados, sendo estimado em Minas Gerais 35,17/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 21,95/100.00 habitantes; São Paulo 42,37/100.000 habitantes; Espírito Santo 28,49/100.000 habitantes. Observa-se que entre os anos de 2017 e 2019, a curva de incidência foi heterogênea entre os estados, aumentando em maior parte, reduzindo somente em Minas Gerais no ano de 2019. Entretanto, para 2020, é esperado um número significativamente menor de casos em todos os quatro estados da região. A pandemia de COVID-19 pode ter alterado o quantitativo geral devido ao isolamento social. O conhecimento e análise destes dados demonstrou diminuição do número de casos na região sudeste, contudo, não existem mecanismos de verificação da causa específica desta redução, que, pode ter sido causada pela diminuição de apendicectomias desnecessárias ou mesmo por maior uso de terapias conservadoras devido a pandemia de COVID-19.

**PO 3221**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE REALIZAÇÃO DE COLECISTECTOMIA NA REGIÃO SUDESTE BRASILEIRA ENTRE 2017 E 2020**

Francisco Carlos Teixeira Brando Junior; João Pedro de Resende Côrtes; Marcio Alexandre Terra Passos.

*UNIV DE VASSOURAS, VASSOURAS - RJ - BRASIL*

A colecistectomia é o método terapêutico de escolha para os casos de litíase biliar e suas complicações, e indicada também para os casos de neoplasia da vesícula<sup>1,2</sup>. Em vista disso, a cirurgia laparoscópica é a operação mais comum do aparelho digestivo<sup>2</sup>. Na região sudeste, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), somente no mês de janeiro de 2020, foram registradas 6.452 internações para colecistectomias, 2449 laparotômicas e 4003 laparoscópicas, com um custo respectivo de R\$2.125.547,41 e R\$ 3.250.314,33<sup>3</sup>. Por isso, em se tratando de um sistema de saúde que carece de recursos como o nosso, é necessário conhecer a taxa de incidência de colecistectomias na Região Sudeste, onde se concentram o maior número de procedimentos no país. Objetiva-se demonstrar a incidência de colecistectomias nos estados da Região Sudeste no período de janeiro de 2017 a maio de 2020. Os dados foram coletados do SIH-SUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 22 de julho de 2020. Foram comparados o número de internações para atendimento cirúrgico de colecistectomia laparotômica e laparoscópica por 100.000 habitantes de cada estado da região sudeste. Os resultados encontrados nos anos de 2017, 2018 e 2019 foram respectivamente: Minas Gerais 97,96, 104,76 e 102,53/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 65,46, 67,26 e 71,96/100.00 habitantes; São Paulo 94,44, 98,37 e 101,93/100.000 habitantes; Espírito Santo 99,39, 103,35 e 114,81/100.000 habitantes. Os dados coletados de 2020 contemplam até o mês de maio e correspondem respectivamente a: Minas Gerais 23,37/100.000 habitantes; Espírito Santo 24,79/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 14,09/100.000 habitantes; São Paulo 25,46/100.000 habitantes. Considerando o crescimento nos próximos 7 meses de forma proporcional ao registrado até maio, observaríamos uma redução expressiva em todos os estados, sendo estimado em Minas Gerais 33,13/100.000 habitantes; Rio de Janeiro 16,01/100.00 habitantes; São Paulo 37,26/100.000 habitantes; Espírito Santo 45,38/100.000 habitantes. Observa-se que entre os anos de 2017 e 2019, a curva de incidência foi heterogênea entre os estados, aumentando em maior parte, reduzindo em Minas Gerais em 2019. Entretanto, para 2020, é esperado um número significativamente menor de casos em todos os quatro estados da região. A pandemia de COVID-19 pode ter alterado o quantitativo geral devido ao isolamento social, o que reduziu a exposição de parte da população a cirurgias eletivas. O conhecimento e análise destes dados demonstrou diminuição do número de casos na região sudeste, contudo, não existem mecanismos de verificação da causa específica desta redução, que, pode ter sido causada pelo isolamento social devido a pandemia de COVID-19, terapias conservadoras, ou até mesmo subnotificação.

PO 3225

**O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS**

Priscila Cristian do Amaral<sup>1</sup>; João Vitor Liboni Guimarães Rios<sup>1</sup>; Leticia Thais de Oliveira Alves<sup>1</sup>; Luiza Gabriela Noronha Santiago<sup>1</sup>; Natália Bahia de Camargos<sup>1</sup>; Thamiris da Silva Souza,<sup>2</sup>; Marcos Ros Zambelli de Almeida<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL
2. FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Objetivo: Discutir as medidas tomadas durante a pandemia da COVID-19 para manter a realização das cirurgias bariátricas no cenário mundial. Metodologia: Trata-se de uma revisão da literatura feita na base de dados Pubmed com o uso dos descritores: "pandemics", "infections coronavirus" e "Bariatric Surgery" para publicações do ano de 2020. Resultados: A busca retomou 10 artigos, 3 foram excluídos após a leitura dos resumos pela falta de afinidade com a discussão, permanecendo 7 artigos, submetidos a leitura integral pelos pesquisadores. A pandemia de COVID-19 encontrou o cenário da saúde mundial despreparado para fornecer uma resposta rápida e apropriada, tal fato, afetou as atividades cirúrgicas (NAVARRA et al., 2020). Ao considerarmos que a cirurgia bariátrica (CB) comparada a outra forma de tratamento da obesidade é responsável por gerar a maior e mais duradoura perda ponderal, inclusive trazendo diminuição da mortalidade por causas cardiovasculares e por qualquer comorbidade com seguimento maior do que 20 anos entre os indivíduos com obesidade extrema. E em pacientes com diabetes tipo 2 proporciona melhor controle metabólico do que o tratamento clínico isolado. Justifica-se atentarmos quanto ao prejuízo para os pacientes com obesidade e diabetes, com o atraso da operação pelas consequências impostas pela pandemia (BORNSTEIN et al., 2020; SILVA; COHEN; DE-ANDRADE et al., 2020). Assim que houve a suspensão dos procedimentos cirúrgicos, em resposta ao surto de pandemia de COVID-19, a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade e distúrbios metabólicos emitiu recomendações, visando estratégias para que a CB fosse retomada de forma segura (YANG et al., 2020). Na Itália, a Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e Malattie Metaboliche destacou a importância da triagem de procedimentos cirúrgicos bariátricos para identificar os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19. No Brasil, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões questionou quanto a realização dos testes para os pacientes assintomáticos e sustentou que a avaliação clínica e um questionário epidemiológico detalhado são superiores a qualquer teste laboratorial na triagem de candidatos a cirurgias eletivas (SILVA; COHEN; ROCHA; et al., 2020). Conclusão: As CB's devem acontecer durante a pandemia. Pois, trata-se de uma aliada contra distúrbios metabólicos como doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade, os quais podem contribuir para a gravidade da doença COVID-19. É importante seguir as recomendações das sociedades médicas.

PO 3229

**ESTUDO OBSERVACIONAL DOS PREDITORES CLÍNICOS E ANGIOGRÁFICOS DE ELEVAÇÃO DE TROPONINA PÓS ANGIOPLASTIA**

Ingrid Loureiro de Queiroz Lima; Fernando Luiz Westphal; Luiz Carlos de Lima.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

INTRODUÇÃO: Troponina T (TnT) e troponina I (TnI) são marcadores de necrose miocárdica muito sensíveis e específicos para avaliação de lesão miocárdica, e sua elevação após realização de angioplastia coronariana correlaciona-se a pior prognóstico. A presença de complicações após este procedimento é causa conhecida de elevação dos marcadores de necrose. Na ausência de complicações, as causas de elevação de troponina são especulativas. OBJETIVO: avaliar a relação entre elevação de troponina e fatores clínicos e anatômicos associados a angioplastia na ausência de complicação. MÉTODO: Estudo descritivo transversal que avaliou 124 pacientes submetidos a angioplastia coronariana durante o período de janeiro de 2019 a dezembro de 2019 no Hospital Universitário Francisca Mendes, por meio da análise de critérios clínicos e dosagem de troponina antes, 6h e 12h após o procedimento de angioplastia. RESULTADOS: Dos pacientes analisados, 63,3% eram do sexo masculino e a média de idade de 63 anos. A média de stents foi de 1,66 por paciente e hipertensão foi a comorbidade de maior prevalência. Destes, 80 pacientes (64,5%) apresentaram elevação de troponina acima do percentil 99 e 32 (25,8%) apresentaram elevação de marcador acima de 5x valor normal. Nenhuma característica clínica se correlacionou significativamente com elevação de troponina acima do percentil 99. Dentre as características relacionadas ao procedimento, observamos que número de stents e de artérias tratadas (p5x valor da normalidade, história de tabagismo se correlacionou com menor elevação enzimática, e o número de stents e de artérias tratadas continuou se correlacionando com esse aumento. CONCLUSÃO: quanto a elevação de troponina acima do percentil 99, não houve associação com nenhum critério clínico; porém, quando aos critérios relacionados ao procedimento, número de stents e de artérias tratadas, tempo de procedimento e volume de contraste se correlacionam com a elevação do marcador. No grupo de paciente com elevação de troponina acima de 5x valor da normalidade, além dos critérios relacionados ao procedimento, o tabagismo se comportou como um fator protetor.

PO 3230

**GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA VERTICAL (GEV): NOVA TÉCNICA DE CIRURGIA BARIÁTRICA MINIMAMENTE INVASIVA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE**

Luana Oliveira Magalhães.

*FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Na medicina, técnicas cada vez menos invasivas são desenvolvidas para o tratamento de doenças. A gastroplastia endoscópica é uma nova alternativa terapêutica da obesidade, antes tratada basicamente por medicamentos e bypass gástrico (NETO, 2018). Esse procedimento ocorre sem a realização de cortes, diminuindo as complicações operatórias (HUBERTY, 2018). O estômago, então, tem seu volume reduzido através da aplicação do sistema de sutura endoscópica OverStitch, sendo de extrema importância o conhecimento anatômico do segmento gastroesofágico (SOWIER, 2018). **OBJETIVO:** Apresentar a técnica da GEV e compará-la com o bypass gástrico realizado por via laparoscópica, abordando a importância de conhecer-se a anatomia gástrica para a realização da gastroplastia. **METODOLOGIA:** Consistiu na revisão bibliográfica das principais bases de dados virtuais, como SciELO e PubMed. **DISCUSSÃO E RESULTADOS:** A GEV, utilizando o sistema de sutura endoscópica OverStitch, objetiva a redução da luz gástrica por meio da sua tubulização; acoplado a um endoscópio, permite a realização de pontos totais com a utilização de uma agulha curva e fio de polipropileno 2-0. O primeiro ponto é dado ao nível da incisura angular, sendo realizados pontos em "U" na ordem: parede anterior -> grande curvatura -> parede posterior, com repetição em sentido contrário, sendo todo o procedimento realizado em 2h (NETO, 2018). Nota-se que, diferentemente da técnica do bypass gástrico, não ocorre nenhuma alteração anatômica irreversível na cavidade gástrica, permitindo re-intervenção para alcançar resultados duradouros (NAVA, 2016). Vale ressaltar que é de extrema importância que o cirurgião conheça bem a anatomia interna do estômago, uma vez que é por essa via que a cirurgia é realizada. **CONCLUSÃO:** A GEV é, atualmente, a alternativa mais segura dentre outras cirurgias bariátricas. Em comparação ao bypass gástrico, essa nova cirurgia é menos invasiva, com curto tempo de procedimento, o que diminui riscos no pós-operatório, sendo possível tratar a obesidade de um modo mais seguro e rápido, além de realizar uma alteração anatômica reversível no estômago.

PO 3233

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TESTÍCULOS NÃO DESCIDOS DE 0 A 19 ANOS NO BRASIL: UM ESTUDO DE 2009 A 2019**

Mayara de Almeida Tebaldi<sup>1</sup>; Breno Quaresma Franco Ramos<sup>2</sup>; Gabriela Cotrim de Souza<sup>2</sup>; João Gabriel Fayyad Santos<sup>2</sup>; Ana Laura de Araujo Freitas<sup>1</sup>; Vinicius Kaiser Queiroz<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL

2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL

**OBJETIVO:** Demonstrar o perfil epidemiológico de pacientes, de 0 a 19 anos, internados devido a testículos não descidos no Brasil, entre 2009 e 2019. **MÉTODO:** Estudo transversal descritivo e retrospectivo com coleta de dados por meio do Sistema de Internações Hospitalares SIH/SUS. Foram incluídos todos pacientes, na faixa etária de 0 a 19 anos, internados por testículos não descidos entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019. Foram incluídas as seguintes variáveis: região do Brasil, faixa etária e etnia. Também foram levantados dados do número de procedimentos de orquidopexia realizados nesse mesmo período. **RESULTADOS:** Constatou-se que foram realizadas 99.331 internações decorrentes de testículos não descidos no Brasil entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019. Durante o mesmo período, foram registrados 79.585 procedimentos de orquidopexia, sendo 64.479 unilaterais e 15.106 bilaterais. Dentre as internações realizadas por testículos não descidos, 92.756 aconteceram em pacientes de 0 a 19 anos, sendo 41,15% (38.177) dessas realizadas em crianças de 1 a 4 anos e 30,12% (27.937) em crianças de 5 a 9 anos. Em pacientes menores de 1 ano, essa porcentagem é de 3,62% (3.359); entre 10 e 14 anos, 17,97% (16.668); e entre 15 e 19 anos, 7,13% (6.615). Na faixa etária estipulada (0 a 19 anos), a Região Sudeste aparece com o maior número de internações (46.064), seguida pelas regiões Nordeste (19.986), Sul (17.257), Centro-Oeste (5.350) e Norte (4.099). Notou-se, ainda, uma maior prevalência de internações em crianças e adolescentes de cor branca (32.439), seguida de 27.328 internações de cor parda, 2.810 de cor preta, 695 de cor amarela e 47 de etnia indígena. Por outro lado, 29.437 pacientes não tiveram sua cor ou etnia registradas. **CONCLUSÃO:** Dessa maneira, notou-se uma grande prevalência de internações por testículos não descidos em pacientes maiores de 1 ano. Isso sugere um certo retardo na realização das internações, uma vez que a correção dessa situação é indicada o mais cedo possível, sobretudo entre os 4 e 12 meses de vida, visto que é rara a descida espontânea dos testículos após os 6 meses e pode haver uma disfunção das células germinativas de maneira gradativa após o primeiro ano de vida, levando à subfertilidade. Ademais, o perfil de internações por região demonstrou predomínio nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul, seguido por um menor número no Centro-Oeste e Norte. Além disso, embora dentre as internações haja grande preponderância de pacientes brancos e pardos, esse dado pode mostrar-se incerto, tendo em vista a falta de registro da cor ou etnia de grande parte dos pacientes. Contudo, por se tratar de uma análise inicial com a utilização de dados secundários, é necessária uma exploração de informações mais amplas e detalhadas, a fim de se compreender melhor a situação e, assim, criar estratégias para aprimorar a assistência aos testículos não descidos no Brasil.

PO 3247

**FATORES RELACIONADOS AO REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA**

Luciana Pereira da Costa<sup>1</sup>; Simone Aparecida Fernandes da Silva<sup>1</sup>; Vittoria Batriche Pessoa<sup>1</sup>; Franciely Gomes Gonçalves<sup>1</sup>; Adriana Marinho Pereira Dapont<sup>1</sup>; Mateus Rodrigues Lima<sup>1</sup>; Rodrigo Daminello Raimundo<sup>2</sup>; Natália da Silva Freitas Marques<sup>1</sup>.

1. CENTRO EDUCACIONAL DO NORTE, RIO BRANCO - AC - BRASIL
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO FMABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL

**Introdução:** A obesidade é considerada uma epidemia global, caracterizada pelo excesso de gordura no organismo. Uma das opções terapêuticas é através da Cirurgia bariátrica (CB), entretanto pacientes que são submetidos à mesma costumam acreditar que ela será a cura para obesidade, no entanto é necessária uma mudança comportamental para que haja perda de peso acentuada. **Objetivo:** Descrever os fatores relacionados ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica. **Método:** Para atender ao objetivo estabelecido, será realizado um levantamento das produções científicas referentes ao tema com o cruzamento dos descritores "Bariatric Surgery" and "Weight Gain" nos buscadores BVS e PUBMED. Os artigos identificados serão examinados quanto aos critérios de inclusão: artigos científicos publicados em revista, gratuitos, nos idiomas português e inglês, de todos os delineamentos (exceto revisão, metanálise, estudos de caso, manuais e cartas ao editor) e publicados nos últimos 10 anos. Serão excluídos do estudo, artigos com informações insuficientes, indisponíveis e que não atendiam à proposta da pesquisa. **Resultados:** O reganho de peso está muito presente no PO de CB, em especial no primeiro ano após a cirurgia, sendo os fatores de risco à este reganho a urgência alimentar inicial, diminuição de bem-estar, preocupação com o comportamento aditivo, atividade laboral executada, não adesão à reeducação alimentar, manutenção de estilo de vida inadequado e ainda alteração do volume gástrico residual após a cirurgia. Mediante o aumento do peso corporal após a CB, o uso de Liraglutido tem surtido efeito na redução do peso, entretanto alguns pacientes apresentaram náusea, ou desistiram pelo custo inviável do medicamento. **Conclusão:** A exposição à um procedimento invasivo como a CB pode ser em vão quando os pacientes apresentam urgência alimentar inicial, diminuição de bem-estar, preocupação com o comportamento aditivo, atividade laboral executada, não adesão à reeducação alimentar, manutenção de estilo de vida inadequado e ainda alteração do volume gástrico residual após a cirurgia.

PO 3249

**SEROMA APÓS ABDOMINOPLASTIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.**

Marília Teixeira de Moraes; Ana Beatriz Vieira Vilela; Pedro Freire Guerra Boldrin; Enzo Mugayar Campanholo; Valentina Veloso Arruda; Eduardo de Aguiar Júnior; Paulo de Paula Piccolo.

*PUC GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL*

**Objetivo:** Compreender as causas de seromas em pacientes submetidos a abdominoplastia.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que visa demonstrar os fatores de risco para o desenvolvimento de seromas pós abdominoplastia. Os estudos serão selecionados na base de dado PUBMED, Scielo e Web of Science em que foi grafado no extrator os descritores identificados por meio do Medical SubjectHeadings: "Complicationsoflipoabdominoplasty", "Risk ofseroma", "Classicalabdominoplasty". Utilizou-se como critério de inclusão: artigos disponíveis na íntegra na língua inglesa e portuguesa nos últimos cinco anos, e que apresentaram metodologia descrita e de acordo com o objetivo do trabalho. No que tange aos critérios de exclusão: estudos realizados em animais, que pertençam à categoria de metanálise e revisão sistemática, e duplicados. Além disso, houve a busca de artigos através das referências desses artigos finais.

**Resultados:** Nos estudos analisados a maioria dos pacientes eram mulheres com idade variada de 19 a 73 anos que realizaram abdominoplastia associada ou não a outro procedimento. Os artigos buscam associar os fatores que estão relacionados à formação de seroma nesses pacientes. A incidência dessa complicação é bastante variada na literatura, de 4% a 80%, e um dos motivos que explicam essa discrepância é o próprio conceito de seroma, que não é um consenso entre os autores. Os estudos analisados verificaram que quando a abdominoplastia é combinada com outros procedimentos, como lipoaspiração, o número de ocorrência de seroma aumenta. Além disso, pacientes com idade maior que 40 anos, com Índices de Massa Corpórea (IMCs) altos e com doenças pré-existentes (Hipertensão Arterial Sistêmica e histórico de tabagismo inveterado) também tem mais chances de desenvolver a complicação. Destacou-se também que a formação de seroma depende da técnica cirúrgica: na abdominoplastia do tipo âncora verifica-se menor incidência quando comparada ao tipopadrão; e se durante a cirurgia preservou-se a fásia de Scarpa, as chances de ocorrer a complicação diminuem. Por fim, constatou-se a evolução natural do seroma, que é mais frequente na segunda semana e raro no final do primeiro mêsde pós-operatório.

**Conclusão:** Por conseguinte, por meio da revisão sistemática de literatura, percebe-se que o desenvolvimento de seromas pós abdominoplastia é maior quando a cirurgia é combinada com outros procedimentos, quando realizada em pacientes com IMCs acima do indicado e/ou com doenças pré-existentes, como hipertensão e tabagismo. Além disso, nota-se que, a técnica cirúrgica utilizada e a preservação da fásia Scarpa, estão intimamente relacionadas com a formação ou não de seroma.

PO 3259

**A RELAÇÃO ENTRE A CIRURGIA BARIÁTRICA E AS NEOPLASIAS**

Carolina Rubino Costanza Aranha; Ágatha da Silva Ferreira; Carolina Baccharini Faria da Lomba Nunes; João Rafael Cohen Gorodicht; Letícia da Costa Ferreira; Luana Soares Valença.

*FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Objetivo: O objetivo deste trabalho é demonstrar como a realização da cirurgia bariátrica pode afetar positivamente ou negativamente no surgimento de neoplasias. Visto que houve o aumento na procura pela cirurgia bariátrica, sendo esse o tratamento mais eficiente para obesidade grau III. No entanto, sua utilização pode estar relacionada com neoplasias gastrointestinais e neuroendócrinas e com a redução da incidência de câncer de mama e colorretal comparados aqueles que não realizaram o procedimento. Métodos: Revisão de literatura, composta por artigos selecionados da plataforma digital Pubmed, de periódicos de revistas de saúde brasileiras e internacionais e de trabalhos universitários da UNOESTE e da FMC. Os artigos selecionados foram com um espaço amostral do ano de 2008 a 2020. Resultado: Com o aumento da adoção da cirurgia bariátrica e da incidência do câncer, encontram-se estudos que defendem uma correlação entre esses fatores. Visando efeitos benéficos da cirurgia bariátrica na diminuição dos casos de câncer em indivíduos obesos, estudos comprovam que seis meses após a cirurgia metabólica já há diminuição de interleucinas, o que acaba causando uma maior atividade das células natural killer, acarretando assim um aumento na resposta imune antitumoral. Os efeitos da cirurgia incluem a melhora da resistência à insulina com a atenuação da síndrome metabólica, bem como redução do estresse oxidativo e da inflamação, além da modulação benéfica dos esteróides sexuais, hormônios do intestino, diminuição de interleucinas e modulação do sistema imunológico. Efeitos estes que diminuem a oncogênese. Dessa forma, pacientes submetidos a cirurgia bariátrica tiveram uma queda de 40% nas mortes por câncer comparados ao grupo não operado. Em 12,5 anos o grupo não operado apresentava 24% mais mortes por câncer do que os pacientes bariátricos. Embora os estudos relatos variem quanto à magnitude da redução no risco relativo de mortalidade, ocorreu uma redução a longo prazo nas taxas de mortalidade comparados aos pacientes não bariátricos, chegando a uma redução do risco relativo de 89%. Além disso, os pacientes operados tiveram uma redução de 76% nas consultas médicas e hospitalares por neoplasias, nas mulheres obesas, ocorreu uma diminuição de 38% na incidência de câncer. Porém, a cirurgia bariátrica se encontra relacionada com o aparecimento de casos de câncer gástrico que ocorreram em média de 01 e 10 anos de pós-operatório. Conclusão: A cirurgia bariátrica ao reduzir a ingestão calórica afeta a modificação de inúmeros mecanismos inflamatórios e assim reduz de modo significativo a incidência de câncer. Dessa maneira, pode-se concluir que, apesar de estar relacionada com o aparecimento de câncer gástrico, a cirurgia bariátrica apresenta valores benéficos quanto ao surgimento de câncer como um todo. Há baixa nas mortes por câncer, de sua incidência e de necessidades de consultas e hospitalizações por esse motivo mostram um benefício de tal procedimento.

PO 3263

**A CIRURGIA METABÓLICA RELACIONADA AO DIABETES TIPO 2**

Carolina Rubino Costanza Aranha; Anna Carolina Amorim Corrêa Lima Maron; Anna Clara Lorenzo de Mattos; Bernardo Freire Formozinho de Sá; Cecília Rangel Cury; Maria Eduarda Santos Hanna Jacob; Isabelle Marques Freire.

*FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Objetivo: O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tem relação direta com doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Dessa forma, quando somente o tratamento clínico não é suficiente para manutenção da glicemia em níveis ideais, a cirurgia metabólica surge como uma outra forma de ajudar no controle glicêmico e de triglicérides. Assim, o objetivo deste estudo é descrever a relação entre algumas formas de cirurgia metabólica e o DM2. Métodos: Revisão integrada e sistemática de literatura através das plataformas digitais Scielo e Pubmed, com artigos de uma amostra temporal de 2010 – 2019. Resultados: Tendo em vista que o tratamento clínico por meio de fármacos e mudanças de estilo de vida não atingem as metas do controle do DM2, as formas de cirurgia metabólica são uma alternativa de tratamento para pacientes portadores da doença, até mesmo para aqueles com IMC menor que 35 kg/m<sup>2</sup>. Uma das formas de cirurgia metabólica existentes é a derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (DGYR), em que seu pós-operatório demonstra controle dos níveis glicêmicos e da hemoglobina glicada com até 14 anos de seguimento. Nesse procedimento, estima-se que 84% dos pacientes obtiveram resolução clínica do diabetes mellitus tipo 2 e se comparado à pacientes que perderam peso por dietas de baixa caloria, o controle do DM2 é maior pós-cirurgia. Ao verificar os resultados da banda gástrica ajustável com a DGYR, os valores de remissão do diabetes são excessivamente maiores na 2ª técnica (17% contra 72%, p < 0,001). Outra operação é a de Hess e Marveau na variante "duodenal switch", que controla a perda de peso e as comorbidades, além de reduzir algumas complicações como dumping e úlcera péptica marginal. Com esse procedimento, foi feito um estudo incluindo 69 pacientes com IMC de 58,4±8,3 kg/m<sup>2</sup>, em que 18 deles (26,1%) apresentavam DM2 no momento da operação, entre esses, 9 (50%) tiveram seus diabetes resolvidos pós cirurgia e 6 (33,3%) melhoraram seus quadros em 6 – 12 meses após o procedimento, sendo esse um método viável e promissor para melhora do DM2. Conclusão: Em suma, torna-se evidente que as formas de cirurgia metabólica abordadas no presente estudo representam um importante caminho para o combate contra a DM2, uma vez que apresentam porcentagens satisfatórias de sucesso quanto a remissão de tal condição. Nesse sentido, pode-se afirmar que esse tipo de cirurgia é uma alternativa viável ao tratamento clínico.

**PO 3267**

**RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS-MASTECTOMIA COM PRÓTESE: VALOR GASTO POR REGIÃO NO BRASIL ENTRE 2015 E 2019**

Lara Pinheiro Arenas<sup>1</sup>; Ana Paula Lacerda Ludovice<sup>2</sup>; Mariana Maciel Portela<sup>2</sup>; Pedro Rocha Simões<sup>2</sup>; André Luis Barbosa Romeo<sup>2</sup>; Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo<sup>2</sup>; Ana Carolina Sarmento Brim<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL
2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL

Objetivo: Explicitar o valor gasto em cirurgias de reconstrução mamária pós-mastectomia com prótese entre os anos de 2015 e 2019, comparando o valor gasto em cada região do Brasil em relação ao número de operações realizadas. Métodos: estudo descritivo, retrospectivo e de natureza quantitativa obtido a partir das informações presentes no Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os anos de 2015 e 2019. Os dados foram tabulados de acordo com informações oriundas dos últimos cinco anos sobre a quantidade de procedimentos realizados e os valores gastos em cirurgias de reconstrução mamária pós-mastectomia com prótese. Resultados: entre 2015 e 2019 foram gastos 5.621.908,26 reais para o valor de serviços hospitalares em pacientes com plástica mamária reconstrutiva pós-mastectomia com implante de prótese, em 7.130 cirurgias realizadas. Sendo que a região com menor gasto foi a Norte com 90.605,27 reais dispendido em 161 cirurgias; e a com maior foi a Sudeste 3.458.953,5 reais investidos em 4.388 cirurgias. Apesar disso, não houveram variações significativas durante os anos em cada região. Ademais, o ano mais dispendioso foi o de 2019 que corresponde a, aproximadamente, 23,15% dos gastos totais com o procedimento no Brasil, com 1.494 cirurgias e a região que representou o maior gasto foi a região Sudeste, no qual o procedimento gerou um custo de 743.678,49 reais, em comparação com a região norte que foi de 25.993,02 reais no mesmo ano. Conclusão: Desse modo, o valor gasto em cirurgias de reconstrução mamária pós-mastectomia com prótese foi maior na região Sudeste, em todos os anos pesquisados, sendo o ano de maior custo o de 2019. Isso ocorre devido ao destaque técnico, científico e econômico desta região, além de possuir uma maior infraestrutura na área da saúde. Este procedimento tem impacto tanto estético quanto psicológico para as mulheres, visto que significa a retomada da sua feminilidade e autoestima. Ademais, esta cirurgia é garantida pela lei 12.802/2013, a qual assegura o direito de reconstrução das mamas às mulheres mastectomizadas em todas as pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, considerando o valor dispendioso da cirurgia de reconstrução mamária e a sua relevância na vida de mulheres já fragilizadas, o conhecimento sobre essas despesas se faz importante na medida em que proporciona um melhor planejamento financeiro do SUS, visando o investimento em saúde mais direcionado e proporcional as demandas de cada região brasileira.

**PO 3317**

**IMPACTO DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA EM RECIDIVAS DE HERNIAS ABDOMINAIS**

Anderson Ricardo dos S. Cançado<sup>1</sup>; Vaner Paulo da Silva Fonseca Pinheiro<sup>2</sup>; Leonardo Araujo Carneiro da Cunha<sup>3</sup>; Gustavo Lousado de Almeida<sup>2</sup>; Kelly Jaqueline de Azevedo Santos<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO, SALVADOR - BA - BRASIL
2. FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL
3. DEPARTAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO UNIVERSIDADE ESTÁCIO, SALVADOR - BA - BRASIL

Introdução: O tratamento das hérnias abdominais é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo. Infecção prévia de sítio cirúrgico, reparos anteriores, Índice de Massa Corpórea (IMC), tabagismo e diabetes melitus são fatores de risco que podem aumentar chance de recidivas após o tratamento. Obesidade é hoje um fator de risco isolado tanto para o desenvolvimento de hérnia primária quanto para a ocorrência de recidivas e complicações pós-operatórias. GIORDANO et al demonstraram que IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup> está associado a maior risco de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. SAUERLAND et al indicaram um aumento de 4,2 no risco de recidiva quando o IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>. O objetivo desse trabalho é apresentar o caso de um paciente com IMC acima de 30 e recidiva de hérnia ventral no pós-operatório tardio. Relato de Caso: paciente do sexo feminino, 44 anos, IMC 42,97 kg/m<sup>2</sup>, admitida com hérnia epigástrica primária com anel herniário de 6,18cm e perda de domicílio maior ou igual a 20%, tratada com pneumoperitônio progressivo pré-operatório por 14 dias e logo em seguida foi realizada técnica laparoscópica com colocação de tela inlay. Em dois anos de acompanhamento, a paciente retorna ao serviço com hérnia recidivada, IMC mantido em 40 e a taxa entre volumes do saco herniário e da cavidade abdominal de 30%. Discussão: Devido às maiores taxas de recorrências e demais complicações, a literatura recomenda que cirurgias não operem hérnias eletivamente em pacientes com IMC > 50kg/m<sup>2</sup>. Nesse sentido, há ainda cirurgias que não consideram operações eletivas em casos de IMC > 40kg/m<sup>2</sup> e optam por avaliar particularmente os indivíduos com IMC entre 30 e 40kg/m<sup>2</sup>, recomendando a perda ponderal antes da herniorrafia. Lindmark et al., por outro lado, ressaltam que ao adotar a estratégia de postergar o procedimento na expectativa de que o paciente atinja um peso ideal é necessário mensurar riscos e benefícios envolvidos, pois há uma tendência natural de que a hérnia aumente de tamanho, o que pode implicar em maiores chances de complicações cirúrgicas, além do fato de que a realização de exercícios físicos pode ser prejudicada pelos efeitos espaciais decorrentes da hérnia, dificultando ainda mais o emagrecimento.

**PO 3330**

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS QUEIMADOS NA REGIÃO SUL DO BRASIL ENTRE 2008 E 2019**

José Venâncio Sala da Silva; Eduarda Vanzing da Silva; Eduardo Beltrame Martini; Natália Isaia Browne Maia; Thamela Gazola Zanatta; Isabela Zoppas Fridman; Daniela Witz Aquino; Amanda Tomazzoni Michelon.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL*

Objetivo: Avaliar epidemiologicamente os pacientes internados por queimadura entre janeiro de 2008 e dezembro de 2019 na Região Sul do Brasil. Métodos: Foi feito um estudo descritivo sobre o perfil dos pacientes que sofreram queimaduras na região Sul do Brasil. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura utilizando-se a plataforma de pesquisa de artigos PubMed. Além disso, foi utilizado a base de dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em busca de dados relacionados a características como número de internações e óbitos, faixa etária, sexo e etnia mais frequentes atingidas, além do tempo médio de internação e custo médio do tratamento. Resultados: Na análise feita entre janeiro de 2008 e dezembro de 2019 observamos um número de 52.186 internações por queimaduras na região Sul, o que corresponde a 172,8 internações por 100.000 habitantes nos 11 anos analisados. A região é a segunda mais incidente proporcionalmente ficando atrás apenas da região Centro-Oeste com 264,1 internações por 100.000 habitantes, já em terceira posição permanece a região Nordeste com 153 internações por 100.000 habitantes. Quando avaliado o gênero mais prevalente foi encontrado o masculino com 33.463 internações, enquanto o feminino registrou 18.723. Analisando a faixa etária mais incidente observamos que houve 21.163 internações entre 0 e 19 anos, 29.543 internações entre 20 e 59 anos e 4.621 internações acima dos 60 anos. A faixa etária proporcionalmente mais incidente foi a de 0 a 19 anos com 289 casos por 100.000 habitantes. A etnia que mais se internou por queimaduras na região Sul foi a branca com 37.851, seguido das demais com 14.335 internações. O número de óbitos por queimadura nos 11 anos de estudo foi de 1.328, sendo um número bastante considerável. Além disso, a média de permanência na internação foi de 6,8 dias a um custo médio de 2.453,52. Conclusão: A queimadura é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, principalmente em crianças em todo mundo. No estudo avaliamos que a região Sul é a segunda de maior incidência no Brasil e o hábito gaúcho de consumir chimarrão, uma bebida consumida em altas temperaturas, pode estar relacionado a essa alta incidência. Além disso, observamos uma maior proporção na etnia branca o que pode ser explicado pelo fato da maioria da população ser dessa etnia, aproximadamente 80%. Outro fato importante é o de existir uma alta prevalência de queimaduras na população jovem, além disso, uma alta média de permanência na internação e um custo considerável. Sendo assim, é importante conhecer o perfil epidemiológico dos queimados com intuito de desenvolver políticas de prevenção e cuidados hospitalares para essa população.

**PO 3332**

**INCIDÊNCIA E NÚMERO DE ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA NA CIDADE DE PORTO ALEGRE ENTRE 2009 E 2019: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA**

Júlia Patatt; José Venâncio Sala da Silva; Juliana Ruas Ventura; Vivian Liz de Medeiros Vieira; Luciane Marina Léa Zini Peres; Yasmin Podlasinski da Silva; Natália Isaia Browne Maia; Pablo Eduardo Dombrowski.

*ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

Objetivo: Analisar os dados referente a internação e óbitos por neoplasia maligna da mama em Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul no período entre 2009 e 2019.

Metodologia: Foi realizado um estudo descritivo sobre o perfil dos óbitos por neoplasia maligna da mama na cidade de Porto Alegre no intervalo de tempo entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019. Para isso, utilizou-se as plataformas de pesquisa de artigos PubMed e Scielo, além do instituto nacional do câncer (INCA), onde foram pesquisados artigos referentes a neoplasia da mama. Igualmente, pesquisou-se na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dados relacionados a características como número de óbitos, incidência de óbitos por faixa etária e por raça, internações pela doença, tempo de tratamento e custo médio da internação.

Resultados: Na análise feita de 2009 a 2019, ocorreram 47.603 internações por neoplasia maligna da mama no Rio Grande do Sul, sendo 19.691 internações em Porto Alegre, aproximadamente 41,36% do total do estado. A cidade tem a segunda maior incidência de internações da patologia entre as capitais do país, com 1.323 internações por 100.000 habitantes nos 10 anos analisados, ficando atrás apenas de Recife com 1.841 internações por 100.000 habitantes e logo em seguida Belo horizonte com 1.098 internações por 100.000 habitantes. Já em relação ao gênero dos pacientes, tem-se uma sobreposição das mulheres sobre os homens, no qual elas representam 99% das internações por neoplasia maligna da mama na cidade. Além disso, foi observado um tempo médio de internação pela doença de 4,7 dias e um custo médio de 1.449,36 reais por internação na capital. Em Porto Alegre, a doença foi responsável por 1.354 óbitos dos quais a sua maioria foi na faixa etária acima dos 60 anos, com 684 óbitos, logo em seguida entre 20 e 59 anos com 670 casos, entre a população abaixo dos 20 anos não foi registrado nenhum óbito na cidade. Porto Alegre registrou 1.138 óbitos na população branca e 216 nas demais raças, fato constatado devido a sua população ser predominantemente branca.

Conclusões: Ficou evidente um panorama epidemiológico dos casos de neoplasia maligna da mama no Rio Grande do Sul, com ênfase na cidade de Porto Alegre. Acredita-se que os dados estatísticos e as projeções são fundamentais para se criar um planejamento de internação, controle de óbitos e gerenciamento de gastos a níveis hospitalares e sistema único de saúde.

PO 3346

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HÉRNIA INGUINAL E A REALIZAÇÃO DE HERNIORRAFIA INGUINAL NAS REGIÕES DO BRASIL: 2010 A 2019.**

Blenda Martins Moreno; Iasmin Oliveira Andrade; Rafaella Cazé de Medeiros; Andressa Oliveira Rosa Freitas; Flávia Shwenck Fagundes.

UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL

Objetivo: Traçar o perfil de pacientes internados devido a hérnia inguinal e da realização de herniorrafias inguinais no Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo com dados agregados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) disponível no DATASUS. A amostra incluiu pacientes que tiveram Hérnia Inguinal (CID10 - K40) como causa de internação e indivíduos submetidos a hernioplastia inguinal/crural (unilateral), hernioplastia inguinal (bilateral) e herniorrafia inguinal videolaparoscópica em todas as regiões do Brasil, nos anos de 2010 a 2019.

Resultados: 1.424.978 internações por hérnia inguinal foram registradas em todo o país. 84% (1.196.781) delas foram de indivíduos do sexo masculino, sendo que, na região Sudeste, esse número foi cerca de 6 vezes (476.514) mais frequente do que o sexo feminino (74.483). A população mais afetada difere entre as regiões: no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a maioria era parda, tendo 73.268 (91,6%), 206.334 (80,6%) e 38.761 (67,1%) respectivamente. Por outro lado, no Sul e Sudeste, a maioria era branca com 174.237 (89,6%) no Sul e 244.620 (56,4%) no Sudeste. Em relação a faixa etária, foi observada uma distribuição bimodal de internações, com o primeiro pico de 1-4 anos (113.442) e o segundo de 55-64 anos (254.579), ambos responsáveis por 33,7% do total. Observou-se ainda, uma redução na média de permanência de 1,8 dias em 2010 para 1,6 dias em 2019. O Norte continua tendo a maior média (2,15 dias), além de a menor redução (0,1), assim como Nordeste e o Centro Oeste. Sobre o reparo dessas hérnias, 1.337.094 herniorrafias inguinais, abertas ou videolaparoscópicas, foram realizadas. Destas, o Sudeste concentrou 37,25% (498.199) dos procedimentos, seguido do Nordeste com 30% (401.787).

Conclusão: Notou-se que, entre os pacientes internados por hérnia inguinal, apresentou-se um predomínio de indivíduos do sexo masculino, distribuição bimodal na faixa etária de internações e heterogeneidade de casos entre brancos e pardos nas diferentes regiões do país. Com o conhecimento desse perfil epidemiológico, torna-se possível o desenvolvimento de medidas profiláticas e educativas direcionadas para estes pacientes, visando a redução na incidência da hérnia inguinal. No que tange a média de permanência, observa-se uma redução nos valores do país e uma maior média e menor redução concentradas na região Norte. Em relação ao reparo das hérnias inguinais, o número de procedimentos apresentou-se muito próximo ao número de internações, refletindo a herniorrafia inguinal como uma das principais escolhas para o tratamento, principalmente no Sudeste e Nordeste. Com esses dados, pode-se concluir, portanto, que é necessário conhecer o perfil desses pacientes a fim de que o rastreamento dessa patologia seja feito de forma mais assertiva e o diagnóstico precoce, cada vez mais, realizado.

PO 3347

**RECOMENDAÇÕES PARA USO DE PROBIÓTICOS EM PATOLOGIAS GASTROINTESTINAIS: REVISÃO**

Cirenio de Almeida Barbosa<sup>1</sup>; Deborah Campos Oliveira<sup>1</sup>; Naiara Lamounier Ribeiro<sup>1</sup>; Ronald Soares dos Santos<sup>1</sup>; Ricardo Leite Figueiredo<sup>1</sup>; José Clovis Ligeiro Neto<sup>2</sup>; Andrea Zeringota de Castro Machado<sup>3</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO - MG - BRASIL
2. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
3. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Objetivo: Há mais de um século, os cientistas estudam os efeitos dos probióticos, microorganismos vivos que conferem benefícios quando administrados em doses adequadas, na saúde (WGO, 2017). No entanto, nos últimos 20 anos, esses estudos se intensificaram, uma vez que os probióticos não são considerados drogas, não precisam de receituário para a compra e movimentam milhões de dólares por ano na indústria farmacêutica (AGA, 2020). Com o grande número de estudos e o uso indiscriminado dos probióticos, é essencial que os profissionais da saúde forneçam orientações adequadas e seguras aos seus pacientes quanto ao uso de tais produtos. Portanto, o objetivo desse trabalho é reunir as últimas recomendações para o uso de probióticos em patologias do trato gastrointestinal. Metodologia: As buscas foram realizadas nas bases de dados BVS e UPTODATE. Foram selecionados artigos e guidelines escritos em inglês e em espanhol, através da palavra chave: "probióticos" e "patologias gastrointestinais". Resultados: O uso dos probióticos engloba uma variedade de patologias e os mais variados estudos. À respeito da diarreia infecciosa aguda, a WGO (World Gastroenterology Organisation) em 2017 orientou que alguns probióticos são úteis na redução da gravidade e duração da diarreia em crianças e que a administração oral reduz em 1 dia a duração da diarreia. Já a AGA (American Gastroenterological Association), em uma revisão publicada em 2020, sugere contra o uso de probióticos na gastroenterite aguda, com uma moderada qualidade de evidência. Tal trabalho relata que os estudos que demonstram benefícios possuem fraca evidência científica. Alguns ensaios clínicos sugerem melhora da constipação crônica, com melhora na frequência, consistência das fezes e diminuição do tempo intestinal (Sartor, 2018). A WGO recomenda o uso de probióticos na constipação funcional, com baixo grau de evidência (2 e 3). Na colite ulcerativa, a AGA recomenda o uso de probióticos apenas para ensaios clínicos. Os benefícios na colite permanecem não comprovados (Sartor, 2017). Já a WGO, recomenda que o uso de alguns probióticos é seguro e efetivo como terapia convencional e capaz de gerar períodos de remissão em casos leves a moderados de colite ulcerativa (Nível de evidência 3). Conclusão: Mesmo com vários estudos acerca do tema, os resultados quanto aos benefícios dos probióticos permanecem incertos e heterogêneos. Estudos clínicos com maiores níveis de evidência tornam-se necessários para a recomendação efetiva dos probióticos. Nenhum dos estudos demonstrou o uso de probióticos como primeira-linha para as patologias do trato gastrointestinal. Assim, a decisão clínica de seu uso deve ser individualizada e baseada no contexto clínico.

PO 3348

**ASPECTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO CONTROLE DE INFECÇÕES E A SUA RELEVÂNCIA NO COTIDIANO HOSPITALAR**

Thiago Kingeski Andreoli; Eduardo Beltrame Martini; Vítor Bordin Schmidt; Aline Aiolfi; Caio de Sousa Bernardes; Bruna Rossetto; Antônio Carlos Weston.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

**OBJETIVO:** Demonstrar a importância da adesão à prática correta de higienização das mãos em várias unidades e procedimentos hospitalares, visando a redução de mecanismos de contaminação e de infecções hospitalares. **METODOLOGIA:** Este estudo consiste em uma revisão de literatura, no qual procederam-se às seguintes etapas: identificação e delimitação do assunto, na qual se formularam palavras-chave (higienização das mãos, prevenção de infecções hospitalares, adesão à lavagem das mãos, vetores de infecção) para o levantamento bibliográfico; delimitação do período, pesquisando-se dentre os anos de 2009 a 2018; identificação das fontes disponíveis, tendo sido utilizado as plataformas digitais Pubmed, Scielo, Lilacs e Medline. Houve captura e armazenamento de dados e, após leitura adequada, selecionou-se artigos para fundamentação teórica. **RESULTADOS:** No contexto de métodos de prevenção de contaminação, observa-se uma recorrência em relação a baixa adesão dos profissionais da área da saúde (PAS) à higienização das mãos (HM). De acordo com análise, estima-se que a taxa de adesão em relação à higienização das mãos, em ambiente hospitalar, seja de 54,2% por parte dos PAS, sendo considerado um valor baixo, especialmente na classe de médicos residentes, que efetivaram a higienização das mãos em apenas 41,2%, mediante as oportunidades que tiveram para estabelecer tal prática. A falta de adesão à higienização das mãos, uma das mais importantes formas de combates a infecções hospitalares, não se mostra devido, apenas, a falta de conhecimento teórico, porém a insuficiente incorporação à prática diária e ao exercício de tal atividade. Além disso, nota-se, também, que muitos dos PAS não realizam a técnica preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo esse mais um fator preponderante para os mecanismos de transmissão e proliferação de microrganismos em ambiente hospitalar. **CONCLUSÕES:** É imprescindível promover uma maior discussão sobre a realização da técnica correta de higienização das mãos, visto que a sua adesão diminui significativamente a flora transitória das mãos dos profissionais de saúde, demonstrando, dessa forma, a sua importância no controle e prevenção das infecções hospitalares. Embora os PAS tenham a consciência da importância da HM adequada para o controle de infecções, ainda há uma baixa adesão importante as boas práticas diárias nos serviços de saúde. Desse modo, sem a assimilação e implementação correta da técnica correta de higienização das mãos, bem como a sua adesão, essa temática continuará sendo um entrave à qualidade na prestação dos serviços de saúde.

PO 3354

**VIABILIDADE DO ACESSO CATETER VENOSO PROFUNDO DE INSERÇÃO PERIFÉRICA TUNELIZADO PARA TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL**

Vitor Neves; Fernanda Vieira Leão; Haroldo Falcao.

*CLÍNICA São VICENTE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A administração de Terapia Nutricional Parenteral (NPT) por cateter venoso central de inserção periférica (PICC) tem se tornado mais prevalente, especialmente na assistência intra hospitalar. A tunelização no subcutâneo é uma técnica utilizada para a colocação de cateteres de uso prolongado, estando indicada em cateteres de hemodiálise e ports venosos, por conta de seu potencial de diminuição de infecção de corrente sanguínea (ICS). A utilização de tunelização na inserção dos cateteres PICC pode ser uma alternativa de acesso seguro e custo efetiva em pacientes que necessitam de Nutrição Parenteral (NPT), podendo se relacionar com baixas taxas de complicações infecciosas.

**OBJETIVO:** Descrever a experiência clínica de um hospital no Rio de Janeiro no uso de tunelização para inserção de cateter PICC com o fim de administrar NPT em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

**METODOLOGIA:** Dados de 7 pacientes que receberam NPT por PICC, inseridos com tunelização, entre setembro de 2019 e outubro de 2020, foram coletados e analisados: idade, motivo do uso de NPT, tempo de uso de NPT, tempo de uso total do cateter em dias, localização do acesso, tamanho do túnel e complicações associadas incluindo ICS.

Os acessos foram colocados em Centro Cirúrgico com o auxílio de fluoroscopia, confirmando seu adequado posicionamento. Uma agulha de punção é utilizada para criação de túnel subcutâneo e passagem de fio guia, formando um trajeto até a inserção a nível da veia.

**RESULTADOS:** Dos 7 pacientes, a média de idade foi 72,7 anos. Desses, 2 receberam nutrição parenteral por conta de íleo metabólico pós operatório; outros 2 por conta de suboclusão intestinal; 1 paciente por sepse de foco intra abdominal; 1 por síndrome do intestino curto devido à doença de Crohn e 1 como otimização do estado nutricional em pré operatório de gastrectomia por conta de neoplasia gástrica. A média de extensão do túnel foi de 4,3 cm, variando entre 3,5 e 6 cm. O sítio mais comum de inserção foi veia basilíca em 5 pacientes; em 1 foi puncionada veia axilar e outro veia subclávia. A média do tempo em dias de utilização da PICC foi 19,7 dias, variando entre 7 e 61 dias. Quanto ao uso de NPT, a média foi de 8,5 dias, variando entre 4 e 17 dias.

Não foi observado ICS em nenhum dos pacientes; em 1 paciente houve aparecimento de pneumotórax pós inserção do cateter, drenado sem outras intercorrências.

**CONCLUSÕES:** O uso de tunelização para inserção de PICC é uma técnica segura e viável para administração de NPT. Não foi observado aparecimento de infecções relacionadas aos cateteres neste estudo. Apesar das limitações, tal como o espaço amostral reduzido, a inserção de PICC com uso de tunelização se mostra factível; mais estudos devem ser feitos para comprovar o papel da tunelização na diminuição de infecções relacionadas a cateter.

**PO 3404**

**CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE UM SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA CIDADE DE MANAUS – AMAZONAS**

Enrique Alberto Soto Gutierrez; João Gabriel Linhares Pulner; Fernando Luiz Westphal; Rosane Dias da Rosa; Marcos George de Souza Leao; Maria Conceição de Oliveira.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL*

**OBJETIVOS:** Caracterizar os atendimentos dos pacientes vítimas de fraturas acidentais tratadas em um serviço de ortopedia e traumatologia em hospital e pronto socorro de Manaus – AM, assim como, determinar e elencar as fraturas com necessidade de fixação externa imediata e o tipo de fixador utilizado no segmento lesionado. **MÉTODO:** Estudo descritivo, transversal e retrospectivo com análise de 1.208 prontuários, conduzido no período entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016. Os dados epidemiológicos, os tipos de fraturas e os tratamentos instituídos foram coletados. A análise estatística deu-se por meio do programa Minitab versão 14.1. **RESULTADOS:** Foram apreciados 1208 prontuários de pacientes - perfazendo uma média de 89 fraturas mensais - e destes 140 (11,6%) foram submetidos a tratamento cirúrgico. O sexo masculino foi predominante com 784 (64,9%) pacientes, sendo o rádio o osso mais acometido por fraturas, apresentado por 187 (17,5%) indivíduos da amostra. Acerca da conduta adotada, 719 (67,3%) correspondeu a imobilização seguida por encaminhamento ambulatorial. Dos pacientes submetidos a cirurgia, 113 (80,7%) estavam entre 20 e 49 anos de idade, 102 (78,5%), foram acometidos no membro inferior, com a maior frequência observada na tíbia 65,5% - 81 pacientes e 130 (92,9%) receberam fixadores externos, dos quais 124 (88,6%) foram aplicados em menos de 24h do trauma. **CONCLUSÕES:** Os resultados sugerem, quanto as características sociodemográficas da população, que a maioria corresponde ao sexo masculino (62,1%) na faixa etária produtiva. As extremidades corporais são majoritariamente acometidas por fraturas. Em relação aos atendimentos cirúrgicos, são principalmente decorrentes de traumas de alta energia em membros inferiores.

**PO 3408**

**NEOPLASIA MALIGNA DA TIREOIDE: ESTUDO RETROSPECTIVO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 2013 A 2018 NO ESTADO DO PARANÁ**

Lucas Victoy Guimarães Zengo<sup>1</sup>; Fernando Nunes Ribeiro<sup>2</sup>; Wendreo Charles de Campos<sup>2</sup>; Ramiro Augusto Martins da Costa<sup>2</sup>; Pablo Guarisco Ferreira<sup>3</sup>; Juliano Karvat de Oliveira<sup>2</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ (FAG), GOIANIA - GO - BRASIL
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CAMPUS TOLEDO, CASCAVEL - PR - BRASIL

**Objetivos:** Este estudo visa demonstrar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna da tireoide no estado do Paraná.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. Esta análise avaliou 2.760 pacientes, por meio da Integração dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), no banco de dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer). Os dados foram tabulados entre o período de 2013 a 2018. A população estudada são todos os pacientes diagnosticados com câncer de tireoide do Paraná, durante o período referido. Os dados foram estratificados por faixa etária, sexo, etnia, tipos histológicos e histórico familiar de câncer.

**Resultados:** Dessa forma, dos 2.760 pacientes, a faixa etária mais acometida foi entre 40 a 49 anos, totalizando 629 pacientes (22,78%), houve predomínio do sexo feminino com 2.207 casos (79,96%), sendo a maioria da raça branca, 2.136 pacientes (77,39%). Dentre os tipos histológicos encontrados, os mais prevalentes foram o carcinoma papilífero com 1.897 pacientes (68,73%). Carcinoma papilar (variante folicular) com 267 (9,67%), adenocarcinoma folicular SOE com 93 (3,3%), carcinoma medular com 40 (1,4%) e carcinoma anaplásico SOE com 18 (0,6%). Ademais, 340 tinham histórico familiar da doença (12,31%), porém não havia informação de 2099 pacientes (76%).

**Conclusão:** Diante disso, os achados concordam com a literatura existente e, por conseguinte, são consistentes com a epidemiologia do câncer de tireoide, demonstrando prevalência do sexo feminino, faixa etária entre 40 a 49 anos, bem como predomínio do tipo histológico carcinoma papilífero. Além disso, percebe-se a necessidade de mais informações quanto ao histórico familiar, visto também ser um fator de risco para a doença.

**Referências:** INCA. Integração dos Registros Hospitalares de Câncer. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>. Acessado em: 14/08/2020

**PO 3426**

**COVID-19 ENTRE RESIDENTES EM UM HOSPITAL PUBLICO DE EMERGENCIA BRASILEIRO**

Marcus Vinicius Dantas C. Martins; Fabrício Pereira Prata; Marcio Barroso Cavaliere; Rodrigo Andrade Vaz de Melo; Bruno Vaz de Melo; Jose Roberto da Rosa M. de Jesus; Claudia Sofia Pereira Gonçalves; Emili Victoria Ferreira Oliveira.

*HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Tema: COVID-19 ENTRE RESIDENTES EM UM HOSPITAL PUBLICO DE EMERGENCIA BRASILEIRO.

Autores: Marcus Vinicius Dantas de Campos Martins\*, Fabrício Pereira Prata, Márcio Barroso Cavaliere, Rodrigo Vaz de Melo, José Roberto Magno de Jesus, Bruno Vaz de Melo, Claudia Sofia Pereira Gonçalves, Emili Victoria Ferreira Oliveira

SERVIÇO: Cirurgia geral e do trauma Dr. Matheus Rangel do Hospital Municipal Lourenço Jorge

OBJETIVO: Avaliar a susceptibilidade dos médicos residentes que lidam diretamente no enfrentamento ao SARS-COV-2 em um hospital publico de emergencia localizado na capital do estado do Rio de Janeiro.

MATERIAIS E MÉTODOS: Utilizou-se de um questionário com perguntas relacionados a sintomas e sinais clínicos de síndrome gripal e resultados de testes de RT-PCR para COVID-19.

RESULTADOS: Dentre os quarenta residentes que receberam o formulário, vinte deles (50%) responderam aos questionamentos, sendo que dez destes vinte residentes, apresentaram pelo menos 1 dos sintomas (febre, tosse, anosmia e ageusia) nos últimos 2 meses e três destes dez que foram sintomáticos, apresentaram teste de RT-PCR positivos. Ou seja, dentre o total de residentes participantes da pesquisa (assintomáticos e sintomáticos) a incidência do COVID-19 foi de 15% e dentre os casos sintomáticos a incidência foi de 30%.

CONCLUSÃO: Os profissionais de saúde na execução de suas atividades laborativas em ambientes com maior exposição a pacientes infectados e maior circulação ambiente do vírus, estão claramente mais susceptíveis a infecção pelo Covid-19 do que a população em geral, tendo uma prevalência de infecção significativamente maior. O estudo mostra a importância da conscientização por parte das instituições em fornecer equipamentos de proteção individual e também por parte dos residentes no uso correto dos equipamentos para evitar a contaminação dos profissionais que atuam na linha de frente contra o Covid-19.

**PO 3438**

**COMPARAÇÃO ENTRE INTERNAÇÃO E ÓBITOS POR HÉRNIA INGUINAL ENTRE 20 E 69 ANOS NO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA**

Bruna Rossetto; Alana Zanella; Vivian Liz de Medeiros Vieira; Juliana Ruas Ventura; Eduarda Vanzing da Silva; Daniela Witz Aquino; Thameza Gazola Zanatta; Lia Fonseca Siqueira.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

Objetivo: Caracterizada por ser decorrente de um processo de evaginação de estruturas intra-abdominais para o interior do canal inguinal, a hérnia inguinal afeta cerca de 1,5% da população. O risco de desenvolvimento para essa patologia é de 27% na população masculina e de 3% no sexo feminino. O surgimento da hérnia inguinal pode ser silencioso e está relacionada com vários fatores de risco, como: predisposição genética, tabagismo, idade avançada, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade, entre outros. Pode ser classificada em congênita, adquirida, unilateral, bilateral, direta e indireta. O diagnóstico é feito através de anamnese e exame físico minuciosos, o quadro clínico característico é composto por abaulamento e dor local, que são intensificados de acordo com a elevação da pressão intra-abdominal. O tratamento é exclusivamente cirúrgico e caracteriza-se por ser o procedimento mais comum na cirurgia geral. Apesar de se tratar de uma patologia cirúrgica comum, as taxas de mortalidade em virtude de hérnia inguinal se mostram baixas de forma geral. Este trabalho tem como objetivo analisar, estatisticamente, os dados epidemiológicos acerca das internações decorrentes de casos de hérnia inguinal, bem como os óbitos relacionados a esta patologia em pacientes de 20 a 69 anos no Brasil. Método: foi realizado estudo descritivo e ecológico, com base nos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com tabulação posterior dos dados em tabelas do Excel® e análise descritiva dos dados tendo base na literatura médica. Resultado: Na análise feita de 2010 a 2019 e na faixa etária de 20 aos 69 anos no Brasil, ocorreram aproximadamente 940 mil casos de internações por hérnia inguinal, e o estado com maior prevalência de internações foi São Paulo com cerca de 190 mil casos e a faixa etária mais prevalente fica entre 50 aos 59 anos com 245 mil casos. A média de dias internados foi de 1,8, com maior incidência de permanência no estado de Roraima, com 2,7. Já em relação ao gênero dos pacientes, tem-se uma sobreposição dos homens sobre as mulheres, no qual eles representam 86% dos casos. Em relação aos óbitos por hérnia inguinal ocorreram 672 casos no país, sendo a maior prevalência o estado de São Paulo e a faixa etária com maior número de óbitos, no Brasil, fica entre 60 anos 69 anos. Ao comparar os dados de óbitos de hérnia inguinal com o número de internações é possível inferir que o tratamento cirúrgico é o tratamento definitivo, mas é a partir de uma anamnese detalhada na chegada do paciente e um bom exame físico com acompanhamento que melhoram o desfecho. Conclusão: presume-se que há um elevado número de internações por hérnia inguinal no período analisado devido ao tratamento ser cirúrgico. Os óbitos decorrentes de hérnia inguinal são baixos, pois a cirurgia é potencialmente contaminada, com risco de infecção diminuto. A infecção ou complicações pós-operatórias poderiam ser apontadas como causas de óbitos pela herniorrafia.

PO 3448

**CIRURGIA DO CONTROLE DE DANO: EXPERIÊNCIA EM DOIS ANOS.**

Emili Victoria Ferreira Oliveira<sup>1</sup>; Claudia Sofia Pereira Gonçalves<sup>1</sup>; Bruno Vaz de Melo<sup>1</sup>; Rodrigo Andrade Vaz de Melo<sup>1</sup>; Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo<sup>1</sup>; Marcio Barroso Cavaliere<sup>1</sup>; Augusto Campeão Rodrigues<sup>1</sup>; Fabrício Pereira Prata<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Objetivo: Avaliar o resultado em pacientes traumatizados gravemente enfermos com o uso de técnicas cirúrgicas de controle de dano. Material e Métodos: Análise de dados do serviço, onde foram incluídos os casos tratados nos últimos 2 anos submetidos a cirurgia de controle do dano. Variáveis avaliadas: mortalidade precoce (< 48hs), órgãos afetados, localização, técnicas empregadas, complicações e mortalidade tardia.

Resultados: Foram tratados com a filosofia do controle do dano 17 pacientes, dispostos em regiões, localizados respectivamente: 71% apresentaram lesões toracoabdominais, 21% cervicais, 8% periféricos. Dentre as técnicas utilizadas citam-se o shunt provisório, tamponamento por compressa e balão hemostático. Neste período 15% dos pacientes evoluíram com óbito nas primeiras 48hs (precoce), 21% apresentaram óbito tardio (mediana: 16 dias) por causas clínicas, havendo sobrevida de 64%.

Conclusão: A cirurgia do Controle do dano é uma tática inovadora, com importância fundamental em pacientes in extremis. Os resultados de morbimortalidade com a filosofia do controle do dano vem melhorando a sobrevida desses pacientes críticos.

PO 3466

**TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O TRATAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DECORRENTES DE INTERNAÇÕES NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR, DURANTE O PERÍODO DE JUNHO DE 2015 A JUNHO DE 2020**

Lucas Victoy Guimarães Zengo<sup>1</sup>; Pablo Guarisco Ferreira<sup>2</sup>; Ramiro Augusto Martins da Costa<sup>3</sup>; Wendreo Charles de Campos<sup>3</sup>; Fernando Nunes Ribeiro<sup>3</sup>; Luiz Antonio Martens Mokfa<sup>3</sup>; Juliano Karvat de Oliveira<sup>3</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ (FAG), GOIANIA - GO - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CAMPUS TOLEDO, CASCAVEL - PR - BRASIL
3. CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL

Objetivo: A trombose venosa profunda (TVP) se caracteriza pela formação de trombos dentro de veias profundas, com oclusão ou obstrução parcial, acometendo principalmente os membros inferiores (80 a 95% dos casos). A principal complicação e causa de óbito é a embolia pulmonar (EP). Além disso, os dados epidemiológicos do tratamento de TVP permitem avaliar os impactos nos custos da saúde pública, facilitando o planejamento de recursos, a profilaxia e o diagnóstico precoce. Sendo assim, esse estudo visa analisar os principais dados epidemiológicos sobre o tratamento de TVP decorrentes de internações no Sistema Único de Saúde no município de Cascavel-PR, durante o período de junho de 2015 a junho de 2020.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. Os dados coletados foram obtidos por meio da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em conjunto com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Os dados foram estratificados por autorização de internação hospitalar (AIH), caráter de atendimento (eletivo ou urgência), média de permanência, óbitos, taxa de mortalidade, valor total para o tratamento de TVP e valor médio por AIH.

Resultados: Por local de internação, nesse período, foram autorizadas 230 internações hospitalares (AIH=230), sendo 2,6% (n=6) em caráter eletivo e 97,4% (n=224) em urgência. A média de permanência foi de 5,6 dias. Houve 10 casos de óbitos, apresentando uma taxa de mortalidade de 4,35. O valor total gasto com o tratamento da TVP durante o período analisado foi de 139.344,82 reais, com o valor médio de 605,85 reais por AIH.

Conclusão: De maneira geral, TVP e EP podem ocorrer em 2/1000 indivíduos a cada ano, com uma taxa de recorrência de 25%, além de possuir um impacto econômico significativo nos custos do SUS. Portanto, tendo em vista que o caráter de atendimento da TVP foi predominantemente de urgência (97,4%), é de suma importância que o atendimento seja o mais precoce o possível, pois os pacientes não tratados podem evoluir para EP, a qual é a principal complicação e causa de óbito por TVP.

Referências: DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?sih/cnv/qrpr.def>. Acessado em: 14/08/2020  
FAUSTO MIRANDA, J. R. et al. Trombose Venosa Profunda, Diagnóstico e Tratamento.

## PO 3480

**ANÁLISE DE LINFONODOS APÓS RESSECÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL EM HOSPITAL NA BAIXADA FLUMINENSE**

Lorena Ribeiro Teixeira; Vinicius Amaro; Gabriel Oliveira Bernardes; Ana Luisa Maia Fonseca; Carolina Ferreira Ziller; Esther Victoria Lima de Mello.

*HGNI, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL*

**Objetivo:** O Câncer colorretal é o quarto tipo de câncer mais frequente na população mundial, o terceiro câncer mais comum em homens e o segundo entre as mulheres. É uma doença de incidência relevante no Brasil, com estimativa total de 51.783 novos casos em 2018. No mesmo ano foram contabilizando 25.081 casos tratados pelo SUS. O presente trabalho tem por objetivo avaliar a quantidade e os fatores envolvidos no isolamento dos linfonodos após ressecção de câncer colorretal em um hospital da baixada fluminense no ano de 2019 através da análise dos laudos anatomopatológicos.

**MÉTODOS:** Estudo retrospectivo de pacientes consecutivos, operados com diagnóstico de adenocarcinoma colorretal. Foram excluídas a cirurgias paliativas. Os dados demográficos, operatórios e histopatológicos foram coletados, organizados e sistematizados para análise crítica.

**RESULTADOS:** Em 2019 47 pacientes foram operados com câncer colorretal com proposta curativa. Desses pacientes 33 (70,2%) eram do sexo feminino e a idade mediana foi de 60(28-84) anos. A ressecção mais comum foi a colectomia esquerda (52%), seguida pela colectomia direita (25,4%). O número mediano de linfonodos isolados foi 11(0-30).

**CONCLUSÕES:** O número da média de linfonodos ressecados foi 11, valor pouco inferior ao considerado referência para cirurgias oncológicas.

## PO 3494

**MUDANÇA DA FREQUENCIA DE ATENDIMENTOS CIRURGICOS POR MEIOS VIOLENTOS NA PANDEMIA DE COVID-19 NO MUNICIPIO DO RIO DE JANEIRO**

Leonardo Renaux Morais<sup>1</sup>; Lucas Ramos Facci<sup>1</sup>; Léo Rodrigo Abrahão dos Santos<sup>1</sup>; Ana Beatriz dos Santos Rocha<sup>1</sup>; Gabriel Mendes de Paula Mussi<sup>1</sup>; Ogi Janderson Antunes de Castro Brito<sup>1</sup>; Pedro Henrique de Moura Ragoni<sup>1</sup>; Patrick Silveira Guimarães<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

O estudo tem como objetivo observar o impacto da pandemia de COVID-19 nas emergências cirúrgicas por PAF e PAB, tendo em vista o decreto de isolamento social em março de 2020 no município do Rio de Janeiro. O estudo analisou os dados de internações no Município do Rio de Janeiro de março a junho entre os anos 2015 e 2020. Usando a base de dados TABNET do Estado do Rio de Janeiro, comparou-se as médias do número de cirurgias por PAF (CID: W32, W33, W34, X93, X94, X95, Y22, Y24) e PAB (CID: X99) nos meses março, abril, maio e junho de 2020 com o mesmo período dos anos anteriores. O estudo é observacional, descritivo e transversal. Foram encontrados o registro de 1180 admissões hospitalares por PAF e 205 PAB nos períodos dos meses de março a junho dos anos de 2015 a 2020, além disso foram registrados cerca de 150 óbitos, 94,7% deles por PAF. Em comparação com a média do período de março a abril dos anos de 2015 à 2019, o mesmo período de 2020 teve uma queda de 35% dos atendimentos por trauma por PAF e PAB na cidade do Rio de Janeiro, sendo o Hospital Sousa Aguiar que teve maior número de procedimentos, representando 23% do total, uma queda de 48,3% no período. Em relação às cirurgias houve uma queda de 43,2% em laparotomias exploradoras e de 24,7% e toracostomia em selo d'água, as duas cirurgias mais prevalentes nessas ocorrências. Olhando mais especificamente para as laparotomias em PAB, representados em sua maioria pelo CID X99 (agressão por meio de objeto cortante ou penetrante), tiveram uma queda de 39,4%. Nas laparotomias em PAF, representados em sua maioria pelo CID X93 (agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão), tiveram uma queda de 43,66%. No tocante dos gastos, se gastava em média R\$ 134.801,53/mês nos anos anteriores, já no ano de 2020 foi gasto R\$88.833,63/mês, demonstrando uma queda de 34,1% nos gastos. O isolamento social decretado a partir de Março de 2020 (decreto número 46.970) na cidade do Rio de Janeiro teve um importante impacto na violência urbana refletindo nos serviços de trauma e cirurgia da cidade, com uma significativa diminuição (35%) dos procedimentos cirúrgicos mais realizados decorrentes de PAB e PAF. Conclui-se por essa análise, que a saúde pública é quase sempre um espelho do que acontece em outras esferas da sociedade civil.

PO 3506

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ANEURISMECTOMIA DE AORTA INFRA-RENAL EM DISSECÇÃO ANEURISMÁTICA DE URGÊNCIA**

Lucas Ramos Facci<sup>1</sup>; Léo Rodrigo Abrahão dos Santos<sup>1</sup>; Leonardo Renaux Moraes<sup>1</sup>; Ana Beatriz dos Santos Rocha<sup>1</sup>; Gabriel Mendes de Paula Mussi<sup>1</sup>; Ogi Janderson Antunes de Castro Brito<sup>1</sup>; Pedro Henrique de Moura Ragoni<sup>1</sup>; Patrick Silveira Guimarães<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

O trabalho tem o objetivo de conhecer a população e o desfecho dos indivíduos que foram submetidos à aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal em aneurismas dissecantes em caráter de urgência, uma patologia que merece constante atenção, baseada na alta taxa de mortalidade que ocorre com a sua ruptura, em contraste com a baixa taxa de mortalidade descrita com a correção cirúrgica. O estudo coletou os dados do sistema de informações hospitalares no TABNET estadual sobre o estado do Rio de Janeiro do período de junho de 2014 a junho de 2020, pesquisando sobre cor e raça, idade e internação, sobre o procedimento aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal em pacientes com Aneurisma dissecante em caráter de urgência. O presente estudo é observacional, descritivo e transversal. O estudo encontrou 89 procedimentos de aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal realizados em caráter de urgência, causados por aneurismas dissecantes no estado do Rio de Janeiro de Junho de 2014 a Junho de 2020. A maior parte dos procedimentos, com 22 %, foram realizado no hospital Antônio Pedro em Niterói. A maioria dos pacientes eram do sexo masculino, com 76%, e em relação a idade a prevalência foi naqueles que tinham mais de 65 anos somando 67 % dos casos. Em relação a cor e raça, 52 % eram pardos, 42 % brancos, 3 % negros e 3 % amarelo. O tempo de internação média no geral desses pacientes foi 14,3 dias, entretanto observou-se que 61,8 % dos pacientes necessitaram de internação em Unidades de terapia intensiva desses, 47 % em UTIs tipo III, 26% em tipo II, 16% em UTIs coronarianas e 11% em UTIs tipo I com uma média de 6,8 dias de internações nessas unidades. Cerca de 21 pacientes tiveram óbito representando uma taxa de letalidade de 23,6 %, sendo desses 81% do sexo masculino. Além disso 04 pacientes tiveram que realizaram uma ponte-tromboendarterectomia aorto-iliaca na resolução dos casos. Conclui-se, ratificando a literatura, que a população submetida à cirurgia de aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal, era de maioria masculina, idosa, parda que fez cirurgias em hospitais de alta complexidade. Mesmo com grande parte necessitando de muitos dias de recuperação e internação em UTIs avançadas, a taxa de letalidade é satisfatória quando a cirurgia é realizada, visto que a gravidade e a fragilidade dos pacientes dessas emergências são consideráveis.

PO 3508

**APLICAÇÃO CIRURGIA ENDOVASCULAR EM GINECOLOGIA**

Maurício Moretto Salvaro<sup>1</sup>; Mariani Laurentino Jesuino<sup>2</sup>; Mariana Dornelles Frassetto<sup>2</sup>; Luísa Rosler Grings<sup>2</sup>; Isabel Helena Forster Halmenschlager<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL
2. UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC), CRICIÚMA - SC - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia endovascular é um método minimamente invasivo, realizado por radiologista intervencionista, sendo guiado por angiografia digital a partir de cateterização percutânea. A grande vantagem da orientação radiológica é a precisão, tornando-a menos invasiva quando comparado à cirurgia aberta tipo histerectomia. Suas intervenções terapêuticas têm como finalidade alterar o fluxo vascular ou implantar dispositivos. Na área ginecológica, sua aplicabilidade se dá através de uma equipe multidisciplinar, em que o procedimento é indicado pelo ginecologista e realizado pelo radiologista intervencionista.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão sobre o procedimento de cirurgia endovascular em ginecologia e suas principais indicações.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura na base de dados PubMed. Os descritores "endovascular", "arterial", "uterine", "surgery" e "gynecology" foram utilizados na estratégia de busca. Foram incluídos artigos em inglês e português publicados entre 2010 e 2020. Artigos que não se adequavam ao objetivo proposto foram excluídos. Por fim, selecionou-se 6 artigos para serem analisados

**RESULTADOS:** Na ginecologia, as principais indicações de cirurgia endovascular são: controle de sangramentos uterinos provenientes de miomas e adenomiomas; controle de hemorragia pós-parto e pós-operatório; malformações vasculares da pelve, como o tratamento da Síndrome da Congestão Pélvica; alterações placentárias; e a infusão de drogas quimioterápicas para tumores ginecológicos, principalmente o câncer de colo de útero.

A Embolização de Arteria Uterina é um dos principais métodos empregados, tanto nos casos de adeniose e miomas uterinos sintomáticos quanto nas hemorragias uterinas. A técnica consiste em acesso via artérias femoral ou radial, seguido da colocação de introdutor vascular (5 ou 6 Fr). As artérias uterinas são selecionadas e o cateter (4 ou 5 Fr) é introduzido à centímetros de distância da origem do vaso, prevenindo o refluxo para os ramos distais da artéria ilíaca interna. A embolização é feita com microesferas de álcool polivinílico ou de trisacryl gelatin, até a quase total estase das artérias uterinas. Este método é considerado seguro e eficaz, e oferece como potenciais benefícios a preservação do útero e a melhora dos sintomas. Entretanto, estudos mostram que pode haver potencial impacto na fertilidade e gravidez, assim como a necessidade de posteriores intervenções cirúrgicas.

**CONCLUSÃO:** Por conseguinte, a técnica de embolização é indicada como terapêutica na ginecologia para contenção de hemorragias, principalmente nos sangramentos provenientes de miomas e adenomiomas. Contudo, devido ao potencial de impactar na fertilidade, deve-se discutir sobre o desejo reprodutivo e os riscos com a paciente. Ademais, trata-se de procedimento realizado com integração de uma equipe multidisciplinar, em que o ginecologista e o radiologista intervencionista em conjunto planejam a melhor abordagem para os casos.

**PO 3519**

**DUPLICAÇÃO GÁSTRICA EM ABDOME AGUDO: UM RELATO DE CASO.**

Marina Fernanda Brum Ribeiro; Marília Loureiro Gois Cavalcante; Bráulio Brandão Ladeira; Renato Catarino Vieira Lima; Maite Chrysostomo; Caio Lorenção Zavaris.

*HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** As duplicações do tubo digestivo são malformações congênitas raras, mais comuns no sexo masculino, com incidência aproximada de 1:5000 nascidos vivos. 80% se apresentam como lesões únicas, podendo ser císticas ou tubulares. O presente estudo expõe o relato de um paciente de 18 anos encaminhado para o serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapevi (HGI) com quadro de abdome agudo.

**RELATO DE CASO:** Paciente de dezoito anos, masculino, encaminhado para o HGI em São Paulo, com queixa de dor abdominal em cólica, periumbilical com irradiação para flanco e fossa ilíaca esquerda há 6 dias, associado a hiporexia e constipação intestinal. Na radiografia de abdome havia distensão de alças colônicas no mesogástrico, níveis hidroaéreos em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de pneumoperitônio. Ao exame físico abdominal apresentava abdome distendido, depressível, porém com plastra palpável em fossa ilíaca e flanco esquerdo; leucograma infeccioso com desvio à esquerda e PCR de 400. Tomografia computadorizada de abdome com contraste, que evidenciava coleções líquidas, de paredes espessadas, em sua maioria não comunicantes, com densificação de planos adiposos adjacentes localizadas no flanco esquerdo e na fossa ilíaca esquerda; pequena quantidade de líquido na pelve, infra-hepático e na goteira parietocólica esquerda, com leve espessamento peritoneal. Indicado tratamento cirúrgico.

**DISCUSSÃO:** A revisão de literatura juntamente com o relato de caso proposto nesse estudo possibilitou a análise de uma má formação congênita rara evidenciando o processo de diagnóstico, sua abordagem inicial e o procedimento cirúrgico.

**PO 3524**

**RISCO DE CONTAMINAÇÃO EM PROCEDIMENTOS DE ANESTESIA GERAL EM PACIENTES COM COVID-19 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Vanessa Del Hoyo; Breno de Amaral Gandini; Daniela da Silva Bortoloni; Natalia Silva Pereira; Marcelo Engracia Garcia Tcbc; Samara Ariane de Melo; Felipe Rigotto Zera; Helena Rodrigues Alves Ferreira.

*UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL*

**DISCUSSÃO:** O início da pandemia por COVID-19, trouxe muitos desafios para os profissionais da saúde. Desde então, foi necessário incrementar ou adaptar diversos protocolos pré-existentes, referentes ao manejo e obtenção da via aérea avançada. Essas alterações podem ser divididas em três momentos: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Dentre as indicações pré-operatórias, é possível destacar a redução da exposição pelo uso de máscara; realização de exames laboratoriais e investigação das medicações em uso pelo paciente, já que estas podem causar efeitos adversos;

Já durante o procedimento cirúrgico é indicado que a sala permaneça com pressão negativa ou pressão positiva com filtro HEPA (filtração entre 6-25 vezes/hora). Na indisponibilidade do filtro, o ar condicionado da sala cirúrgica deve ser desligado durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis; Assegurar a utilização do filtro bacteriano/viral durante o circuito de anestesia: a) entre o circuito respiratório e tubo traqueal com eficiência superior a 99,5% HMEF, b) conectado ao ramo expiratório (não HMEF) e c) conectado ao ramo inspiratório do sistema absorvedor de CO<sub>2</sub> (não HMEF).

Porém, é fundamental definir antes se trata-se de um procedimento eletivo ou urgente. Pois deve ser considerando seus riscos/benefícios em relação à probabilidade de contaminação e/ou ativação da infecção viral em indivíduos assintomáticos.

Pode haver disseminação do vírus para o sistema nervoso central durante o procedimento, que será evidenciada por sintomas como: tontura, dor de cabeça, redução do nível de consciência, doença cerebrovascular aguda, ataxia e convulsão. O sistema nervoso periférico também pode ser acometido, e manifesta sintomas como anosmia, ageusia, comprometimento da visão, dor neuropática e síndrome de Guillain-Barré, além das miopatias.

Procedimentos como broncoscopia rígida, traqueostomia, intubação por fibra óptica em paciente acordado, ventilação sob máscara, intubação e extubação, cânula nasal de alto fluxo, ventilação não invasiva, aspiração de escarro e reanimação cardiopulmonar são procedimentos classificados como alto risco para os profissionais envolvidos.

Foi observado ainda redução dos riscos com anestesia local, frente à anestesia geral. Contudo, há restrições quanto à indicação. Quando essa restrição for absoluta, recomenda-se que seja aderida à anestesia geral utilizando luvas duplas; garantir a vedação completa da máscara; administrar fentanil lentamente, para reduzir a tosse e ventilar somente quando o balonete do tubo endotraqueal estiver insuflado.

**CONCLUSÃO:** Os profissionais da saúde executam tarefas que oferecem alto risco de contaminação. Contudo, há algumas adequações que quando feitas, promovem mais segurança. Além do mais, tais procedimentos podem promover contaminação ou disseminação do vírus no paciente. Sendo assim, é imprescindível no pré-operatório avaliar se a cirurgia é urgente ou eletiva.

**PO 3525**

**PERCEÇÃO DE ESTUDANTES DE UM CURSO DE MEDICINA SOBRE EFEITOS DA PANDEMIA NO ENSINO DE HABILIDADES CIRÚRGICAS**

Elisa Bosquirolí Brandalize<sup>1</sup>; Mylena Narumi Takahashi<sup>1</sup>; Myka Paloma Antunes Ferreira Mascarenhas<sup>1</sup>; Thaísa Bosquirolí Brandalize<sup>2</sup>; Jéssica Terribele<sup>1</sup>; Natan Terribele<sup>3</sup>; Camila Maria Malnarcic<sup>1</sup>; Raphael Raphe<sup>1</sup>.

1. *FACULDADE DE MEDICINA CERES (FACERES), SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL*

2. *PUCPR, CURITIBA - PR - BRASIL*

3. *UNIVERSIDADE DE PATO BRANCO ( UNIDEP), PATO BRANCO - PR - BRASIL*

**OBJETIVO:** Analisar as mudanças ocorridas no ensino de Habilidades Cirúrgicas (HC) durante a pandemia da Covid-19, tendo em vista aspectos positivos e negativos. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo qualitativo com acadêmicos do sexto período de medicina, em que os estudantes responderam, de forma voluntária, um questionário relacionado ao ensino remoto e presencial de HC. **RESULTADOS:** Os alunos que iniciaram as atividades de HC de forma presencial e posteriormente migraram para a forma remota relatam que, ao compararem os dois formatos, demonstram insegurança em relação aos conteúdos apresentados de modo remoto, pelo fato de o curso ser predominantemente prático e de dependerem ainda mais de autodisciplina para assistirem às aulas, posto que, a abertura da câmera para assistir a aula em uma plataforma de ensino virtual não era obrigatória. Essa comparação é mais efetiva quando se observa que assuntos que foram trabalhados presencialmente (como às técnicas de assepsia e antisepsia, paramentação e instrumentação) foram exercitados com afinco e alto grau de exigência pelos professores, enquanto conteúdos apresentados de modo remoto (como sutura e nós cirúrgicos) ficaram sem a devida compreensão da técnica, gerando dificuldades em relação ao semestre seguinte, já que dependem das habilidades manuais adquiridas no anterior. Ademais, segundo os estudantes, a atividade de avaliação proposta no ensino remoto não aferiu adequadamente o conhecimento dos estudantes, uma vez que foi realizada por meio de trabalho teórico individual, em que os acadêmicos contaram apenas com referências bibliográficas da internet, já que não tinham acesso ao acervo bibliográfico da instituição. Outro ponto relatado foi a ausência de grupos de estudos e da dinâmica da sala de aula invertida, em que havia troca de informações entre os educandos, que dependiam de estudo prévio, acarretando prejuízo na aprendizagem do conteúdo. Além disso, os discentes salientam grande preocupação em relação as reposições, visto que o curso já tem uma carga horária alta e demanda dedicação e estudo prévio, principalmente devido ao método de ensino utilizado pela instituição, a metodologia ativa. Sendo assim, temem não obter tempo hábil para se dedicar adequadamente para ambos os conteúdos, os atuais somados às reposições. Vale ressaltar que, apesar dos malefícios expostos, os alunos mencionaram uma menor cobrança pessoal pelas aulas e as avaliações terem sido realizados no conforto de suas casas, reduzindo a ansiedade e o estresse do final de semestre. **CONCLUSÕES:** A educação online mostra que é possível atingir objetivos com o estudo autodirigido em questões teóricas, mas, se tratando de atividades com treinamento prático, ainda há dificuldades. Mesmo sabendo que os resultados dessa modificação só podem ser comprovados após uma avaliação realizada posteriormente a esse período de ensino remoto, é possível afirmar que, segundo o estudo com acadêmicos de medicina, houve um prejuízo no aprendizado das HC.

**PO 3532**

**HÉRNIA DIAFRAGMA TRAUMÁTICA À DIREITA: RELATO DE CASO.**

Marina Fernanda Brum Ribeiro; Marília Loureiro Gois Cavalcante; Braulio Brandao Ladeira; Renato Catarino Vieira Lima; Caio Lorenção Zavaris; Maite Chrysostomo.

*HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A hérnia diafragmática traumática é uma lesão incomum de alta morbimortalidade, sendo mais comumente à esquerda. O presente estudo, de abordagem qualitativa, possui como fundamental importância expor o relato de um paciente de 33 anos vítima de atropelamento em que foi atendido no Hospital Geral de Itapevi em 2019.

**RELATO DE CASO:** Paciente de trinta e três anos, masculino, internado no Hospital de Geral de Itapevi em São Paulo, vítima de atropelamento por automóvel. Este paciente sofreu um trauma toraco-abdominal contuso, sendo encaminhado para o serviço sem prancha rígida e sem colar cervical, após procura espontânea ao Pronto Socorro central da cidade, há cerca de oito horas do ocorrido. Ao exame, encontrava-se com dor à palpação em hemiabdomen direito, sudoreico, bexigoma, escoriações e hematoma em hipocôndrio direito. Solicitado tomografia de abdome que evidenciou fratura do aspecto anterolateral do 7º arco costal direito com desalinhamento dos fragmentos ósseos, discreto enfisema de partes moles da parede torácica ântero lateral direita, sinais de hérnia diafragmática à direita com protrusão do parênquima hepático ocupando o terço inferior do hemitórax correspondente e atelectasia restritiva do parênquima pulmonar adjacente. Indicado tratamento operatório.

**DISCUSSÃO:** A hérnia diafragmática traumática à direita é um diagnóstico pouco comum, conseqüentemente, não havendo protocolo de intervenção em pacientes com este trauma, sendo assim, o tratamento depende do quadro clínico e lesões associadas. A revisão de literatura proposta nesse estudo possibilitou a análise de textos no qual evidenciou o processo desde sua abordagem inicial até o procedimento cirúrgico. Somando-se a raridade do caso em questão com ênfase no lado acometido.

**PO 3540**

**ANÁLISE COMPARATIVA DO TEMPO DE INTERNAÇÃO POR TRANSPLANTE PULMONAR UNI E BILATERAL NO BRASIL - UMA ATUALIZAÇÃO DOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

Pedro Erbet Belém Morais Filho; Leandro Dantas Rolim; Bianca Batista Diniz Freitas; Mateus Alves Sampaio; Maria Isabel de Alencar Cavalcante; Igor Quezado Araújo de Andrade; Carlos Augusto Cavalcante de Vasconcelos; Israel Lopes de Medeiros.

*UNIFOR, FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo: Fazer uma comparação do tempo de internação hospitalar de pacientes submetidos a transplante de pulmão unilateral e bilateral no que diz respeito aos últimos 10 anos. Método: Foi realizado um estudo retrospectivo e quantitativo do período de 2010 a 2019, coletando-se dados do DATASUS, de pacientes que foram submetidos a transplante de pulmão, utilizando como critério de comparação o tempo de internação hospitalar no Brasil. Por fim, foi feita uma revisão de literatura para a interpretação dos dados obtidos. Resultados: No período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2019, a média de permanência das internações computadas foram de 22,2 dias para os transplantes de pulmão unilaterais e de 20,4 para os bilaterais. No ano de 2010, esse valor foi de 26,4 para os transplantes unilaterais, enquanto, para os bilaterais, foi de 21,0. Em 2011, a média foi de 25,3 em unilaterais e de 22,5 em bilaterais. Em 2012, o valor foi de 27,2 para os unilaterais e de 23,8 para os bilaterais. Em 2013, a média foi de 24,3 em unilaterais e de 27,6 em bilaterais. Em 2014, o valor foi de 20,7 em unilaterais e 20,6 em bilaterais. Em 2015, a média foi de 23,3 em unilaterais e de 20,3 em bilaterais. Em 2016, a média foi de 21,9 em unilaterais e de 18,2 em bilaterais. Em 2017, esse valor foi de 18,3 em unilaterais e de 17,6 em bilaterais. Em 2018, a média foi de 16,7 em unilaterais e de 18 em bilaterais. Finalmente, em 2019, as médias foram de 20,5 e 18,9 em uni e bilaterais, respectivamente. Conclusões: Pelos dados obtidos do DATASUS, pode-se observar uma discreta redução do tempo de internação de pacientes pós transplantados no decorrer dos anos, especialmente em virtude da redução das complicações referentes à técnica operatória. Contudo, por ser um procedimento cirúrgico altamente invasivo e com complicações frequentes, sabe-se que o tempo de internação tende a ser alto especialmente pelas lesões de reperfusão. Ademais, no cálculo da média percebe-se que os transplantes unilaterais tiveram períodos de internação maiores, porém isso não se manteve constante em todos os anos. Contudo, o período de internação entre ambos os procedimentos não diferiram muito, tendo uma média de diferença de 2 dias nos últimos 10 anos.

**PO 3542**

**FUNDAMENTOS EM CIRURGIA TORÁCICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE CURSO ONLINE EM PLATAFORMAS DIGITAIS**

Emerson Chaves Correia Filho; Hyvinna Suellen de Oliveira Silveira; Bianca Batista Diniz Freitas; Pedro Erbet Belém Morais Filho; Francisca Dayanne Barreto Leite; Lucas Nunes Ferreira Andrade; Eugênia Mirza de Queiroz Ferreira Barboza da Silveira; Israel

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo: Relatar a experiência de um curso online em plataformas digitais por acadêmicos de Medicina sobre Cirurgia Torácica.

Método: Trata-se de um relato de experiência de um curso online intitulado como: Fundamentos em Cirurgia Torácica, realizado por acadêmicos de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e da Universidade Federal do Ceará (UFC), através das plataformas digitais: YouTube e Zoom. O curso ocorreu nos dias 6, 7, 8, 13, 14 e 15 de Maio de 2020, com carga horária de 20 horas ao total, sendo ministrado por médicos e residentes convidados. As inscrições foram realizadas através do Google Forms, que possibilitou a listagem dos emails dos inscritos para o envio dos links de acesso às aulas, bem como de material teórico-prático complementar com questões a serem respondidas para fixação do conteúdo. Foi exigido dos inscritos presença em 75% da carga horária do curso, juntamente com a resolução do material teórico até o final do curso para a obtenção de certificação. Os assuntos abordados foram trauma torácico, câncer de pulmão, simpatectomia, transplante de pulmão, entre outros.

Resultados: A média de visualizações por dia de aula foi de 3502 visualizações, sendo o dia com mais visualizações o primeiro, com um total de 5543 visualizações. Houve intensa participação dos que estavam ao vivo por meio do chat da plataforma YouTube, onde foram selecionadas perguntas para que os palestrantes as respondessem. Nos formulários de fixação, recebemos cerca de 1400 respostas por dia de curso.

1404 pessoas responderam o formulário de feedback do curso. Destes, 84,8% selecionou "Concordo completamente" para a pergunta "Você considera que a sua experiência com o curso foi satisfatória?", enquanto 14,5% selecionaram "Concordo parcialmente". Como respostas à pergunta "Quais pontos você considerou como positivos no curso?", as mais citadas foram: a praticidade do curso online; a possibilidade de fixar os conteúdos através dos formulários complementares e a didática dos professores. Dentre os aspectos negativos, foram citados o horário das aulas no período noturno e de problemas técnicos que atrasaram em alguns minutos as aulas, mas não chegaram a ser debilitantes.

Conclusão: Em suma, em períodos de crise, tal qual em meio a uma pandemia, devemos nos reinventar, em especial no que diz respeito ao conhecimento. O universo digital nos permite essa realidade, com isso, realizamos um curso em bases da cirurgia torácica, com alta satisfação dos organizadores e dos participantes, dados estes coletados por meio de formulário virtual. Nessa situação, foi possível realizar um evento de fácil acesso, totalmente gratuito, e de muito aprendizado para acadêmicos de medicina, indivíduos de outras áreas da saúde e, inclusive, residentes em cirurgia, por meio de palestras, com profissionais muito experientes e com conteúdos e materiais de apoio que possibilitaram um maior aprofundamento nessa área da cirurgia, inclusive, no seu processo de residência médica.

PO 3544

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE TRAQUÉIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES EM RELAÇÃO A TODOS OS ÓBITOS POR NEOPLASIAS NO BRASIL - DE 2010 A 2019.**

Daniel Kevin de Alencar Forte Feijó<sup>1</sup>; Bárbara Vitória Mota Barbosa<sup>1</sup>; Hyvinna Suellen de Oliveira Silveira<sup>1</sup>; Bianca Batista Diniz Freitas<sup>1</sup>; Leandro Dantas Rolim<sup>1</sup>; Maria Isabel de Alencar Cavalcante<sup>2</sup>; Israel Lopes de Medeiros<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL
2. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL

Objetivo: Promover uma comparação acerca do número de óbitos por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões com o número total de óbitos por neoplasia. Método: Estudo descritivo, retrospectivo e comparativo realizado a partir das informações de domínio público (Banco de Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde DATASUS). Verificou-se o número de óbitos por neoplasia maligna de traquéia, brônquios e pulmões e por todas as neoplasias nas demais regiões do Brasil entre o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019. Foram avaliadas as variáveis: número de óbitos, região e ano de processamento. Resultados: De 2010 a 2019 houve um aumento significativo das mortes causadas por neoplasias em geral, valor que passou de 46.937 para 71.698. Os cânceres de pulmão, traquéia e brônquios representam 9,47% do total de óbitos por todas as neoplasias e tiveram um aumento de 69,40% em 10 anos. A ordem decrescente de mortes por região tanto para a doença de vias aéreas como para todas as outras neoplasias foi liderada pelo Sudeste (48,67% e 49,44%), seguido das regiões Sul (25,82% e 21,61%), Nordeste (15,89% e 18,51%), Centro-Oeste (5,83% e 6,26%) e Norte (3,76% e 4,16%). De maneira geral, a quantidade de óbitos elevou-se a cada ano, tal ocorrência pode ser justificada, de acordo com a literatura consultada, por fatores como o envelhecimento populacional e agravamento das alterações orgânicas nas populações tabagistas, etilistas e consumidoras de alimentos carcinogênicos. A respeito da elevação do número de mortes, o Nordeste foi a região que ao longo do período estudado obteve maior crescimento por neoplasias de vias aéreas, com uma elevação de 150,56%, ao contrário do Centro-Oeste, que foi a menor, com 38%; para as neoplasias em geral, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram, respectivamente, a maior e menor elevação, com 72,54% e 37,69%. Mesmo com o aumento anual do número de óbitos por câncer de vias aéreas, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a tendência é que a curva de casos inverta sua concavidade, uma vez que o número de tabagistas esteja em decréscimo. Tratando-se do ano de processamento, a transição de 2012 para 2013 foi a que registrou maior salto no número de óbitos por neoplasia de vias aéreas, para o grupo de mortes absolutas por câncer, a elevação mais significativa ocorreu de 2014 para 2015. Conclusão: Em 10 anos houve um aumento de 52,75% dos óbitos por todos os cânceres, do total de mortes, as neoplasias de pulmão, traquéia e brônquios representam 9,47%. As regiões Sudeste e Norte possuem, respectivamente, o maior e o menor número de óbitos tanto para o grupo das neoplasias de vias aéreas quanto para todos os tipos de câncer.

PO 3555

**A EFICÁCIA DA SIMPATECTOMIA LOMBAR COMO TRATAMENTO PARA HIPERIDROSE PLANTAR**

Emerson Chaves Correia Filho; Tomás Gurgel Sampaio de Sousa; Samy Lima Carneiro; Francisca Dayanne Barreto Leite; Daniel Kevin de Alencar Forte Feijó; Lucas Nunes Ferreira Andrade; Israel Lopes de Medeiros.

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL

Objetivo do Trabalho: Realizar uma revisão da literatura sobre o uso da SL como tratamento da HP primária, expondo sua eficácia na resolução desta patologia. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa de literatura usando a base de dados PubMed. As palavras-chaves utilizadas na pesquisa foram hiperidrose plantar e SL. A pesquisa envolveu artigos científicos publicados de Dezembro de 2014 até fevereiro de 2020. Resultados: A técnica endoscópica, mais usada, está associada a menos complicações, como uma menor incisão, menos dor pós-operatória, menor estadia e retorno precoce às atividades usuais. Nos trabalhos analisados, todos usaram a técnica endoscópica e todas as cirurgias foram realizadas bilateralmente. A eliminação da HP ocorreu em 80 a 98% dos casos, com reincidência entre 2 semanas e 2 anos após a cirurgia. Nenhum dos casos de reincidência foram classificados pelo paciente como piores do que o estado anterior. Houveram parestesia e neuralgia transitória em 29% e até 42% dos casos, respectivamente. A neuralgia melhorou em semanas, com máximo de 12 meses. Nenhum dos casos se tornou permanente. Não foi reportada disfunção sexual permanente. Apenas 3 pacientes de 188 em um estudo reportaram "fraqueza" da ejaculação que melhorou posteriormente. 90 a 100% dos pacientes recomendariam a SL. Houve melhora na qualidade de vida deles com raros relatos que não houve mudança. Nenhum relatou piora da qualidade de vida após a cirurgia, apesar de eventuais complicações como neuralgia transitória e necessidade de repetição da SL. Um estudo avaliou a bromidrose após a SL. Desse estudo, houveram 71% "eliminação" do sintoma, 24,5% "melhora" e 4,5% "não houve mudança". O suor compensatório ocorreu em 30 a 65% dos casos, principalmente no abdômen, costas e parte interna das coxas. Muitos casos foram leves a moderados, não afetando tanto a qualidade de vida. O suor compensatório grave foi pouco relatado, sendo o fator mais associado com a não-satisfação e menor aumento na qualidade de vida. Conclusão: Foi possível analisar que a partir desses estudos e dos resultados obtidos, faz-se necessário ressaltar as vantagens da SL como tratamento para HP, gerando melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, é importante enfatizar que esse procedimento seja de confiança, fazendo uso da técnica endoscópica, que gera melhor recuperação pós-operatória do paciente, menor incisão e menos complicações, além do benefício de menor dor pós-operatória e estadia, e retorno precoce às atividades usuais.

**PO 3559**

**SIMPATECTOMIA NO NÍVEL T3 VS T4 COMO TRATAMENTO PARA HIPERIDROSE PALMAR**

Bianca Batista Diniz Freitas; Daniel Kevin de Alencar Forte Feijó; Pedro Erbet Belém Morais Filho; Hyvinna Suellen de Oliveira Silveira; Francisca Dayanne Barreto Leite; Lucas Nunes Ferreira Andrade; Israel Lopes de Medeiros.

*UNIFOR, FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo do Trabalho: Nosso objetivo foi determinar o nível ideal de deservação para TS comparando a eficácia de T3 TS versus T4 em pacientes com HP, assim como abordar um pouco sobre as possíveis complicações deste tratamento. Metodologia: Pesquisamos nos bancos de dados PubMed, Ovid MEDLINE, EMBASE, Web of Science, ScienceDirect, Cochrane Library, Scopus e Google Scholar para estudos comparando T3 versus T4 para PH. Os desfechos clínicos incluíram resolução de sintomas, satisfação do paciente e complicações. Resultados: Dos 2201 artigos revisados, 10 (grupo T3, 566 pacientes; grupo T4, 629 pacientes) foram selecionados. Nas cirurgias em T4 foi associada a uma menor incidência de sudorese compensatória pós-operatória, mãos secas e sudorese gustativa que em T3. Não foi encontrada diferença significativa na resolução dos sintomas ou na satisfação do paciente entre os grupos. No que diz respeito ao desempenho geral das simpatectomias, vale ressaltar que nenhuma morte após o procedimento foi relatada na literatura, mas são de conhecimento geral nove mortes anedóticas, cinco resultantes de sangramento intratorácico grave e três de acidente anestésico. Outrossim, em relação às complicações, pode ocorrer pneumotórax e sangramento intratorácico significativo. A longo prazo, a hiperidrose compensatória é extremamente comum e 1 a 2% dos pacientes se arrependem de ter de operação prévia devido à sua gravidade. Conclusão: Em suma, simpatectomia torácica é um procedimento seguro, eficaz e realizável, com um alto grau de satisfação do paciente, na qual quando realizada em T4 pode ser superior à em T3 no concerne de pacientes com hiperidrose palmar. No entanto, esse achado deve ser validado em ensaios clínicos randomizados de alta qualidade e em larga escala. Além disso, é conveniente ressaltar que existem possíveis complicações cirúrgicas a curto e longo prazo, sendo a hiperidrose compensatória a mais comum dentre estas.

**PO 3563**

**ANÁLISE DA MORTALIDADE POR NEOPLASIAS PULMONARES EM UM PERÍODO DE 11 ANOS EM FORTALEZA**

Francisca Dayanne Barreto Leite; Maria Isabel de Alencar Cavalcante; Bárbara Vitória Mota Barbosa; Leandro Dantas Rolim; Emerson Chaves Correia Filho; Hyvinna Suellen de Oliveira Silveira; Carlos Augusto Cavalcante de Vasconcelos.

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo: Analisar a mortalidade por neoplasias pulmonares na cidade de Fortaleza - Ceará em um período de 11 anos (de 2009 a 2019).

Método: Estudo retrospectivo e descritivo sobre a taxa de mortalidade por neoplasia maligna pulmonar (traqueia, brônquios e pulmões) em Fortaleza-CE, cujos dados foram obtidos através da consulta do Sistema de Declaração de Morbidade Hospitalar do banco de Dados TABNET-CE do DATASUS, no período de 2009 a 2019. Foram avaliadas as variáveis gênero, faixa etária e raça/cor. Resultados: No período de 2009 a 2019, ocorreram 972 óbitos por neoplasia pulmonar no município de Fortaleza, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 25 óbitos por 100 mil habitantes. Percebeu-se um aumento do número de óbitos ao longo dos anos, sendo 2019 aquele com o maior percentual em número de óbitos com relação aos 11 anos (14,4%). Ao comparar a variável de gênero, notou-se que o feminino teve 50,82% dos óbitos e o masculino 49,18%, demonstrando uma diferença pouco significativa. Quanto à mortalidade por faixa etária, o maior índice foi entre 70-79 anos (28,4%) e o menor entre 15-18 anos, no qual foram registrados apenas 4 óbitos. Já em relação à raça, não foi possível obter um bom comparativo, uma vez que 79% dos óbitos eram de raça indefinida.

Conclusão: Concluiu-se que houve um aumento da taxa de mortalidade por neoplasias pulmonares ao longo do período estudado, tendo o seu máximo no ano de 2019. Percebeu-se uma diferença mínima quanto a mortalidade por variável de gênero, todavia houve uma diferença significativa em indivíduos senis comparada a indivíduos jovens. A importância desse estudo é baseada na prevalência do câncer de pulmão, que é o mais comum em todo o mundo, e a alta taxa de mortalidade por essa neoplasia na região estudada corrobora com as estatísticas a nível nacional e internacional, uma vez que essa doença possui alta taxa de letalidade e é considerada como a principal causa de mortalidade por tumores malignos no Brasil e no mundo.

PO 3570

**URINOTÓRAX : UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Carlos Augusto Cavalcante de Vasconcelos; Mateus Alves Sampaio; Igor Quezado Araújo de Andrade; Eugênia Mirza de Queiroz Ferreira Barboza da Silveira; Emerson Chaves Correia Filho; Pedro Erbet Belém Moraes Filho.

*UNIFOR, FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo: Revisar e descrever os principais aspectos acerca de urinotórax, incluindo causas, fisiopatologia, aspectos clínicos e laboratoriais, além de conduta médica adequada a essa patologia pouco descrita e de difícil suspeita clínica. Método: Foi realizada uma revisão sistemática com descrições características claras de aspectos clínicos relevantes para o tema. Foram revisados 10 artigos selecionados na plataforma PubMed com descritor "Urinothorax" publicados entre 2016 e 2018. Resultados: Urinotórax é uma afecção rara, secundária a complicações cirúrgicas do trato genito urinário, traumas contusos do diafragma ou retroperitoneais e uropatias obstrutivas, a qual a incidência é discretamente maior no sexo masculino e não aparenta ter relação com idade ou etnia. A forma pela qual o líquido se acumula na cavidade torácica ainda não é bem esclarecido, porém, postula-se que seja através do sistema linfático ou defeitos naturais do diafragma mediante anormalidade no gradiente de pressão. O líquido costuma ser descrito com cor e "cheiro de urina", apresenta relação líquido pleural/ creatinina sérica >1,0, podendo ter também características hemáticas, geralmente de pH levemente ácido (inferior ou igual a 7.30), com pouca celularidade e ser ou não colonizado por bactérias gram negativas e relação. Ademais, não há consenso sobre a classificação do líquido conforme os Critérios de Light, predominando o conceito de transudato, sendo a maioria das descrições laboratoriais documentadas com baixos teores protéicos e de LDH. Apresenta-se, clinicamente, em um clássico derrame pleural, majoritariamente unilateral que ocupa cerca de 2/3 do hemitórax afetado, levando à presunção diagnóstica quando associado a uropatia obstrutiva e urinoma retroperitoneal, mesmo sem a adoção de parâmetros bioquímicos do líquido pleural bem estabelecidos. Trata-se de uma afecção reversível, e a conduta adequada visa primordialmente a correção da causa urológica primária, de forma isolada ou em paralelo com toracocentese e drenagem torácica, sendo essas últimas não resolutivas quando aplicadas isoladamente. Conclusão: Urinotórax é descrito como um efeito secundário raro de uropatias obstrutivas, em geral de origem traumática, com pouca uniformidade quanto à descrição características do líquido se não a relação creatinina sérica/ líquido pleural >1,0. Sendo um agravo reversível, o tratamento resolutivo visa a correção da obstrução urinária e a drenagem da cavidade para o alívio dos sintomas respiratórios.

PO 3571

**ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA TORÁCICA EM FORTALEZA, INCLUINDO CUSTOS AO ESTADO E PERÍODO DE PERMANÊNCIA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.**

Igor Quezado Araújo de Andrade; Eugênia Mirza de Queiroz Ferreira Barboza da Silveira; Carlos Augusto Cavalcante de Vasconcelos; Maria Isabel de Alencar Cavalcante; Francisca Dayanne Barreto Leite; Bárbara Vitória Mota Barbosa; Daniel Kevin de Alencar For

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo: Ao realizarmos uma análise das características dos procedimentos em cirurgia torácica na capital cearense, é possível delimitar quais procedimentos são realizados com maior frequência, além de designar os mais onerosos ao estado, assim determinando quais demandas poderiam ser reestruturadas, melhorando a eficiência do sistema de saúde pública e como consequência diminuindo a morbidade dos pacientes. Objetiva-se analisar essas características no serviço de saúde da cidade de Fortaleza, Ceará, no período de 2015 a 2019. Método: Consiste em um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, no qual ocorre apresentação de dados e informações sobre os procedimentos de cirurgia torácica, os custos à administração pública e o intervalo de permanência dos pacientes, conforme os conteúdos presentes na base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH /SUS) do Ministério da Saúde. Resultados: Durante o período analisado, dos anos de 2015 a 2019, foram realizados 8.328 procedimentos de cirurgia torácica em Fortaleza, sendo os procedimentos mais prevalentes a toracostomia com drenagem pleural fechada com 4.718 (56,65%) ocorrências, seguido de descorticação pulmonar com 745 (8,94%), pleurodese com 681 (8,17%), lobectomia pulmonar com 345 (4,14%), mediastinotomia exploradora para-esternal por via anterior com 338 (4,05%). Para a realização desses procedimentos foram gastos no mesmo período R\$ 25.316.469,47, sendo os procedimentos mais onerosos a toracostomia com drenagem pleural fechada (R\$ 15.322.537,91) e a descorticação pulmonar (R\$ 2.590.672,50). Em relação ao tempo de permanência média desses procedimentos, em 2015 foram de 13,1 dias, em 2016 foram 12,8 dias, em 2017 foram 14,6 dias, em 2018 foram 14,8 dias e em 2019 foram 12,2 dias, tendo assim uma média no período de 10,8 dias de permanência. Conclusões: Portanto, diante dos dados apresentados e analisados percebe-se que a toracostomia com drenagem pleural fechada representou mais da metade do orçamento e da totalidade das intervenções, indicando uma prevalência muito maior desse procedimento em comparação aos outros realizados. Já em relação ao período de estadia, Fortaleza apresentou uma média próxima de outros municípios, tais como o Rio de Janeiro, que teve 13,1 dias no mesmo período, indicando conformidade com o padrão nacional. A partir desses dados abre-se precedentes na busca de novas tecnologias que possam reduzir o custo e facilitar a realização desses procedimentos mais utilizados, com a finalidade de atenuar o ônus ao estado e aumentar a disposição dos mesmos a população.

PO 3574

**PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DA ÁREA DE CIRURGIA TORÁCICA**

Lucas Nunes Ferreira Andrade; Francisca Dayanne Barreto Leite; Rodrigo Teófilo Parente Prado; Daniel Kevin de Alencar Forte Feijó; Hyvinna Suellen de Oliveira Silveira; Emerson Chaves Correia Filho; Tomás Gurgel Sampaio de Sousa.

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL*

**Objetivos:** A cirurgia torácica é uma subespecialidade relativamente nova e ainda pouco conhecida no meio acadêmico. Isso deve-se, em parte, a pouca abordagem na grade curricular e pouco acesso a hospitais que possuem esta área. Isso pode ser mostrado pelas limitadas vagas disponíveis para residência, tendo 46 vagas distribuídas em 9 estados brasileiros.

**Metodologia:** Estudo transversal. Utilizou-se um questionário autoaplicável que avaliava a percepção dos alunos de Medicina sobre a especialidade de Cirurgia Torácica e os assuntos da área dessa especialidade. Os critérios de inclusão foram: Alunos de medicina. Os critérios de exclusão foram: Acadêmicos que não estivessem matriculados durante a pesquisa

**Resultados:** 68 alunos participaram do estudo. Deles 57,4% foram do sexo feminino e 42,6% do masculino. A faixa etária prevalente foi de 18-23 anos. 48,5% foram alunos do 4º semestre e 27,9% do 5º. 17,6% dos entrevistados não sabiam que a Cirurgia Torácica é uma especialidade médica, demonstrando certa falta de informação. 46 alunos afirmaram cogitar a especialização em cirurgia, destes, 29 cogitam a especialização em cirurgia torácica. A maioria dos alunos, 92,6%, considera o assunto dessa especialidade importante para sua prática profissional, porém, a maioria considerou que o conteúdo era insuficiente na sua faculdade e 14,7% o consideraram inexistente. Essa carência na grade curricular é incoerente com o que afirmou muitos dos entrevistados, 39,7%, que irão utilizar os conhecimentos dessa área frequentemente na prática médica. Uma parcela significativa de 22,1% disse que raramente irão utilizar, o que pode-se relacionar com a falta de conhecimento sobre essa área. Quanto aos objetos de estudo e prática, 72,1% e 79,4% acham que o coração e os grandes vasos, respectivamente, fazem parte. Essa confusão entre a abordagem do cardio cirurgião e o torácico, se demonstrou ser algo comum entre os estudantes. Nos assuntos que fazem parte do campo do cirurgião torácico a menor porcentagem foi de hiperidrose, 41,2%, o que ficou explicado pelo fato de ter sido o assunto que eles menos tiveram contato dentro da grade curricular. Um dado extremamente relevante e preocupante foi sobre as fontes de estudos sobre o tema, pois 44,1% respondeu que não estuda ou estudou sobre o tema.

**Conclusão:** Sendo assim, pode-se concluir que existe uma carência no conhecimento dos alunos sobre essa especialidade. Isso gera um prejuízo para a saúde coletiva, pois prejudica a formação dos futuros cirurgiões torácicos. Ademais, o prejuízo pode se estender para o campo científico. Isso ocorre, pois, se há falta de um conhecimento adequado sobre essa área, ocorre um desinteresse dos alunos em estudar e pesquisar sobre o tema, gerando diminuição na produção científica dentro desse campo. Ademais, é mister que mais estudos sejam realizados para analisar como é a percepção do aluno sobre essa especialidade e como está ocorrendo o ensino dos conteúdos dela na grade curricular.

PO 3579

**INFLUÊNCIA DA MAMOPLASTIA DE AUMENTO NO ALEITAMENTO MATERNO**

Leila de Oliveira Nunes; Marcell Silva Eça; Renata Lopes Vieira.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS - UNIFASB, BARREIRAS - BA - BRASIL*

**Objetivo –** Analisar a influência da mamoplastia de aumento no aleitamento materno. **Métodos –** Revisão narrativa da literatura, com busca em recursos eletrônicos, no período de 2010 a 2020, no idioma português, inglês ou espanhol. Foram encontrados 80 artigos, que após análise e critérios de inclusão, resultaram em 07. **Resultados –** Todas as mulheres tinham entre 18 e 40 anos, com predomínio da realização da mamoplastia de aumento entre 18 e 25 anos e aleitamento materno em média de 05 a 10 anos após o procedimento cirúrgico. Em relação às técnicas cirúrgicas utilizadas, houve o predomínio da incisão inframamária (87%), mas a periareolar apresentou cinco vezes mais riscos de danos; e sobre o local de incisão da prótese, o pré-peitoral, predominou (52,1%), tendo esse mais chances de alteração. Por fim, o período de apojadura foi considerado normal em 70% das pacientes e a produção, bem como a ejeção láctea, foram prejudicadas quando comparadas com mulheres que não realizaram nenhum procedimento cirúrgico. **Conclusão –** Tendo em vista que o assunto foi pouco descrito na literatura, faz-se relevante a realização de novos estudos de campo para a obtenção de resultados mais conclusivos.

## PO 3580

**HIDROTÓRAX HEPÁTICO: PRINCIPAIS CAUSAS, COMPLICAÇÕES E SEU TRATAMENTO**

Eugênia Mirza de Queiroz Ferreira Barboza da Silveira; Mateus Alves Sampaio; Bárbara Vitória Mota Barbosa; Leandro Dantas Rolim; Daniel Kevin de Alencar Forte Feijó; Pedro Erbet Belém Morais Filho.

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo: Realizar revisão acerca das principais características do quadro de hidrotórax hepático, detalhando as causas, a fisiopatologia, as possíveis complicações e os tratamentos. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura que busca por informações na literatura brasileira e internacional, por meio das plataformas SciELO, PubMed e MEDLINE sobre hidrotórax hepático. Os critérios de inclusão foram materiais publicados no período de 2014-2019 sobre hidrotórax hepático. Já os critérios de exclusão foram os artigos publicados antes de 2014 sobre o tema. Resultados: Hidrotórax hepático (HH) é o acúmulo excessivo de transudato, normalmente acima de 500mL, na cavidade pleural em pacientes com cirrose hepática compensada ou com hipertensão portal (HP), que não estão com alguma doença cardíaca ou pulmonar. Predominantemente, localizado a direita (cerca de 85% dos casos), enquanto que casos bilaterais são extremamente raros (2%). O HH é mais encontrado em pacientes com ascite e pode ser uma condição secundária à hipertensão portal, consistindo a fisiopatologia em transferência do líquido ascítico para cavidade pleural, devido à pressão intratorácica negativa e a existência de furos reduzidos na barreira diafragmática. Além de agravar a hipoxemia relacionada a síndrome hepatopulmonar, o HH pode também apresentar exsudato, caracterizando, então, complicação para um empiema bacteriano espontâneo (EBE), tendo uma elevada taxa de mortalidade. O manejo do HH em pacientes cirróticos depende da coexistência de ascite, caso seja punçionável, realiza-se paracentese para excluir peritonite bacteriana espontânea (PBE) e confirmar quadro secundário à HP, o tratamento inicial é o mesmo da ascite. Já em indivíduos com casos refratários à terapêutica da ascite ou com suspeita clínica de EBE e sem PBE é feita a toracocentese diagnóstica, a qual também é utilizada em casos com ascite mínima ou inexistente, e serve para descartar causas de derrame pleural, como EBE. É válido salientar a necessidade de análise do líquido pleural na ocorrência de derrame em hemitórax esquerdo, pois, nessa situação, mais de 70% das ocorrências são sujeitas a complicações. O HH pode acarretar, também, quadro de desconforto respiratório, sendo recomendada a toracocentese de alívio, com drenagens vagarosas e retirada de até 2 litros de líquido pleural, para evitar hipotensão e edema. Ademais, a disposição de dreno torácico é contraindicada, devido aos riscos de hemotórax, pneumotórax e empiema. Conclusões: Em suma, o HH é uma condição agravante de quadros de cirrose e HP, por meio do acúmulo em grande quantidade de líquido na cavidade pleural. Normalmente, se manifesta no hemitórax direito, sendo as complicações mais frequentes o agravamento da hipoxemia na síndrome hepatopulmonar, exsudato indicativo de EBE e desconforto respiratório. As condutas dependem da avaliação do paciente, mas comumente são toracocentese, tanto a de diagnóstico quanto a de alívio, e paracentese.

## PO 3581

**TORACOCENTESE, DRENAGEM OU PLEURODESE, QUAL A MELHOR PARA O PACIENTE COM DERRAME NEOPLÁSICO?: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Daniel Kevin de Alencar Forte Feijó; Pedro Ebert Belem Morais Filho; Bianca Batista Diniz Freitas; Francisca Dayanne Barreto Leite; Lucas Nunes Ferreira Andrade.

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL*

Objetivo do Trabalho: Comparar as abordagens de toracocentese de alívio, drenagem pleural ou pleurodese para o tratamento do derrame pleural neoplásico e identificar se há maior benefício de alguma em relação às outras. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura que tem como a metodologia a busca ativa de informações na base de dados do Pubmed, e na biblioteca virtual SciELO. Os descritores de assunto utilizados para a busca de artigos foram: Malignant; Pleural effusion; Interventions; Management. Os critérios de inclusão foram: estudos publicados entre os anos de 2015 a 2020, dos tipos descritivo e intervencionista. Os critérios de exclusão foram: editoriais, relatos de experiências e artigos que não abordarem assuntos relevantes para a discussão dos objetivos deste estudo. Resultados: Baseado nas revisões acerca dos tratamentos mais utilizados, tanto a toracocentese de alívio, quanto a drenagem pleural e a pleurodese representam melhora comprovada na qualidade de vida dos pacientes ao longo de 4 a 12 semanas, mas há dados insuficientes acerca da melhora dos sintomas ou não até o fim da vida dos pacientes. Também, foi evidenciado que o catéter de longa permanência resulta em menor tempo de internação hospitalar em relação à pleurodese, ademais, promove maior risco de celulite. Por fim, foram evidenciadas recomendações para que não seja realizada qualquer tipo de intervenção em pacientes assintomáticos. Conclusões: Diante do leque de possibilidades para o tratamento dos enfermos, não foi encontrado qualquer consenso acerca de qual tratamento é o mais eficaz no controle do derrame neoplásico, visto que, estes dispõem de um grau de comprometimento avançado dos sistemas e uma reduzida expectativa de vida, enviesando os estudos. Dessa forma, o médico deve analisar cada caso de maneira individualizada, optando por um tratamento específico, identificando os prós e contras, a situação econômica, o risco social e a expectativa de vida relativa de cada paciente.

PO 3584

**TUMORES MALIGNOS ABORDADOS PELA CIRURGIA TORÁCICA E SUA RELAÇÃO COM A HIPERCOAGULABILIDADE NO PÓS-OPERATÓRIO**

Hyvinna Suellen de Oliveira Silveira; Lucas Nunes Ferreira Andrade; Francisca Dayanne Barreto Leite; Samy Lima Carneiro; Mateus Alves Sampaio; Pedro Erbet Belém Morais Filho; Emerson Chaves Correia Filho.

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL*

**Objetivo:** Revisar a literatura acerca da hipercoagulabilidade no pós-operatório de tumores malignos abordados na cirurgia torácica. **Metodologia:** Trata-se uma de revisão da literatura com busca ativa de informações nas bases de dados do MEDLINE, PMC, Redalyc e a biblioteca virtual SciELO. Os descritores de assunto utilizado para a busca de artigos foram: Cirurgia torácica; Venous Thrombosis; Thoracic surgery; Venothromboembolism; TEV; VTE; oncologic surgery. São critérios de inclusão: Artigos publicados entre 2015-2020, dos tipos descritivo e intervencionista. Os critérios de exclusão foram: Editoriais, relatos de experiências e artigos que não abordarem assuntos relevantes para a discussão dos objetivos deste estudo. **Resultados:** Na literatura, é demonstrado que os eventos de tromboembolismo venoso (TEV) são complicações graves e evitáveis quando relacionados a ressecção de tumores malignos. Principalmente no que concerne a mortalidade nos primeiros 30 dias, contribuindo, assim, para uma maior permanência e custos hospitalares. No caso da esofagectomia, por exemplo, a mortalidade chega a dobrar. Alguns protocolos foram criados para estimar o risco desses eventos no pós-operatório, como o modelo de avaliação de risco de Caprini (RAM), o qual avalia a necessidade de uma anticoagulação preventiva após a alta em pacientes de maior risco. Foi visto que o uso desse método reduziu 60% do risco de TEV no que se refere a sua aplicabilidade em cirurgias torácicas. Além disso, existem outros métodos de identificação de estados de hipercoagulabilidade superiores aos testes convencionais, sendo utilizados atualmente, como a tromboelastografia (TEG) e a tromboelastometria rotacional (ROTEM), os quais impactam em tempo de profilaxia, na conduta farmacológica e na estratificação de risco, porém os mesmos ainda não são muito utilizados pelos cirurgiões torácicos apesar de seus bons resultados em outras áreas. Em relação ao uso de Heparina de Baixo Peso molecular na profilaxia de TEV em pacientes internados submetidos a cirurgias torácicas, um estudo demonstrou que o uso da Enoxaparina 40mg, não foi suficiente para proteger de TEV os pacientes do estudo, sendo necessário novos estudos comparativos. **Conclusões:** Dessa forma fica claro a alta relação entre tumores malignos e o aumento dos eventos de tromboembolismo venoso na área de cirurgia torácica, destacando assim a importância de uso de métodos como o protocolo de Caprini que apresenta alta redução do risco de TEV no pós-operatório de cirurgias torácicas para retirada de tumores malignos.

PO 3594

**INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA TEÓRICA E PRÁTICA SOBRE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA TORÁCICA**

Lucas Nunes Ferreira Andrade; Bianca Batista Diniz Freitas; Hyvinna Suellen de Oliveira Silveira; Pedro Ebert Belem Morais Filho; Francisca Dayanne Barreto Leite.

*UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL*

**OBJETIVO:** Analisar o processo de intervenção pedagógica mediada por aulas teórica e práticas apresentada pelos alunos de medicina da Liga Acadêmica de Cirurgia Torácica (LICITO), além de avaliar os possíveis benefícios sobre eventos que falem sobre as possibilidades de especialidades médicas para os discentes da graduação em medicina.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo observacional. Os dados para análise foram coletados por meio de observações dos pesquisadores, com auxílio de um instrumento padronizado, durante o evento de ensino II Semana da Cirurgia na Universidade de Fortaleza. A II Semana da Cirurgia foi um evento realizado no Núcleo de Atenção Médica Integrada, no período de agosto de 2019, e tinha como público alvo os estudantes de medicina. O valor de inscrição foi simbólico, sendo 1 kg de alimento não perecível. O objetivo deste evento de ensino foi juntar as ligas acadêmicas que tinha como área de estudo a cirurgia e suas especializações, para que elas pudessem explicar sobre a cirurgia, suas diversas especialidades, que caminhos os alunos poderiam seguir durante o futuro profissional e ensinar, com aulas teóricas e práticas, um pouco sobre procedimentos cirúrgicos realizados em algumas especialidades de cirurgias.

**RESULTADOS:** 21 alunos participaram nas aulas ministradas pelos membros da LICITO. Mais da metade estavam no 1º ou 2º semestre. Eles se mostraram atentos e interessados, em sua maioria, durante o dia da aula que foi apresentado o que é a especialidade da Cirurgia Torácica, onde há vagas para essa residência, além de quais procedimentos estão relacionados. Também foi explicado o procedimento de Toracocentese, com a possibilidade de treinar em um modelo de baixo custo. A plateia participou da aula através de diversos questionamentos como "O paciente que tiver um nervo lesionado durante a toracocentese, fica dependente de medicamento para sempre, para controlar a dor?". O evento apresentou a muitos alunos, pela primeira vez, informações relacionadas a Residência Médica em Cirurgia Torácica. Este tipo de conhecimento é importante para o acadêmico, pois, informações sobre as vagas, o processo de seleção e área de atuação são necessárias para que o acadêmico possa decidir se especializar. Na literatura, já foi apontado que muitos alunos do ciclo básico e clínico possuem baixo ou médio grau de conhecimento sobre a Residência Médica, o que se confirmou com o que foi observado no evento, o pouco conhecimento prévio dos participantes. Além disso, o simulador de baixo custo serviu como amplificador da experiência de ensino, aprendizado e treinamento.

**CONCLUSÕES:** Desse modo, o evento teve um papel importante em aumentar o contato dos alunos com a área de atuação da Residência em Cirurgia Torácica e o processo para ingressar nela. Ademais, o evento teve papel importante em potencializar o aprendizado por meio de metodologias ativas de ensino e permitindo o aluno ter a experiência de praticar um procedimento dessa especialidade.

PO 3602

**TAXA DE INFECÇÃO POR SARS-COV-2 EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DURANTE A PANDEMIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREÉ E GUINLE**

Saskia Barreto de Almeida; Fernanda Neres Ribeiro de Lima; Manuella Caroline Dutra Frazão Alves; Danielle Rodrigues Neves da Costa; Beatriz Escudeiro Nascimento; Abrahão Medeiros Pereira; Guilherme de Andrade Gagheggi Ravanini; Rodrigo Felipe Ramos.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Objetivo: Avaliar a taxa de infecção de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico durante a pandemia da COVID-19 no Hospital Universitário Gaffreé e Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Método: Trabalho retrospectivo, com amostra coletada no livro de registro do Centro Cirúrgico Geral do HUGG, contendo todos os procedimentos cirúrgicos realizados no período de 15 de março a 15 de julho de 2020. Foi feita a contabilização e divisão por serviço médico, e, em cada um deles, foi consultado o número de pacientes infectados por SARS-CoV-2 no pós-operatório. A análise dos dados foi feita por meio de tabelas e gráficos através do programa Microsoft Office Excel®. Resultados: Foram realizados 242 procedimentos cirúrgicos nesse período, sendo os mais numerosos os relativos à cirurgia geral (64), à urologia (36), à neurocirurgia (22) e à endoscopia (21), seguidos da otorrinolaringologia (19), ortopedia (18), ginecologia (17), dentre outros (cirurgia plástica, oftalmologia, gastroenterologia, pediatria, cirurgia torácica, vascular e proctologia). Apenas 1 paciente - sexo masculino - foi infectado por SARS-CoV-2 no pós-operatório de um procedimento de amputação de membro superior esquerdo e evoluiu a óbito por sepse. A taxa de infecção, portanto, foi 0,41%. Conclusão: O serviço cirúrgico do HUGG apresentou taxa de infecção nosocomial consideravelmente baixa - tendo em vista a taxa média de 621,3 casos/dia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro nesse período - realidade que ratifica a eficácia das medidas e protocolos implementados no hospital para o enfrentamento da pandemia.

PO 3604

**MERALGIA PARESTÉSICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA E ACHADOS LABORATORIAIS SOBRE A ANATOMIA DO NERVO CUTÂNEO FEMORAL LATERAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A HERNIOPLASTIA INGUINAL**

Zeferino Campos Dell'Orto; Marco Thúlio Saviatto Duarte; Maria Vithória Ferreira Costa; Yzamara Dutra Guerrieri; Kennedy Martinez de Oliveira.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL*

Objetivo: Meralgia parestésica é uma neuralgia rara associada ao nervo cutâneo femoral lateral, que apresenta características clínicas de dor e déficits sensitivos na região anterolateral superior da coxa. Tal patologia pode ser decorrente de diversos procedimentos cirúrgicos, como apendicectomia ou abdominoplastia estética. Porém, as hernioplastias inguinais laparoscópicas são as principais operações responsáveis por esse quadro, presente em cerca de 2% dos pacientes após o procedimento. Em vista disso, o objetivo deste estudo é descrever o trajeto do nervo cutâneo femoral lateral e seus impactos para as hernioplastias inguinais laparoscópicas.

Método: uma pesquisa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Pubmed com os descritores: nervo cutâneo femoral lateral, hernioplastia inguinal e triângulo da dor – bem como suas traduções em Inglês. Foram incluídos artigos em Português e Inglês que apresentassem uma descrição da trajetória do nervo ou retratassem sua lesão em hernioplastias inguinais. Não houve delimitação de tempo para os artigos devido a literatura sobre o assunto ser escassa. Os resultados foram comparados com dois cadáveres do Laboratório de Anatomia da Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares.

Resultados: O nervo cutâneo femoral lateral possui sua origem nos segmentos medulares L2 e L3, surgindo lateralmente à borda do músculo psoas maior. Segue inferolateralmente no músculo ilíaco até alcançar o ligamento inguinal. Na maioria dos indivíduos, o nervo passa sob o ligamento inguinal e medialmente à espinha ilíaca ântero-superior, com uma distância aproximada de 2 centímetros. Por fim, perfura a fáscia lata e divide-se em um ramo anterior e um ramo posterior, sendo responsável pela inervação sensitiva da região anterolateral superior da coxa. Porém, o principal ponto associado às hernioplastias inguinais é o triângulo da dor – formação anatômica delimitada medialmente pelos vasos espermáticos e súpero lateralmente pelo trato ilio púbico. Em seu interior, sobre o músculo ilíaco, podem ser encontrados os nervos femoral, cutâneo femoral lateral e ramo femoral do genitofemoral. Em suma, essa é uma região de risco para lesão do nervo cutâneo femoral lateral, seja por um dano direto durante a dissecação cirúrgica do espaço retroinguinal ou por um aprisionamento por grampos ou por uma fibrose induzida pela fixação de malha em tal região durante a laparoscopia totalmente extra-peritoneal (TEP) ou transabdominal pré-peritoneal (TAPP). Assim, tal procedimento, pela possibilidade de lesão nervosa, constitui-se como uma das etiologias de meralgia parestésica.

Conclusões: o conhecimento da anatomia do nervo cutâneo femoral lateral e do triângulo da dor é importante para evitar traumas cirúrgicos e aprisionamento do nervo cutâneo femoral lateral em reparos laparoscópicos de hérnias inguinais e, conseqüentemente, para prevenção de meralgia parestésica.

PO 3605

**LESÕES VASCULARES RETROPÚBICAS E RETROINGUINAIS NOS REPAROS DAS HÉRNIAS INGUINAIS: REVISÃO DA LITERATURA E ACHADOS LABORATORIAIS**

Zeferino Campos Dell'Orto; Marco Thúlio Saviatto Duarte; Maria Vithória Ferreira Costa; Yzamara Dutra Guerrieri; Kennedy Martinez de Oliveira.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL*

**Objetivo:** A hernioplastia inguinal laparoscópica, totalmente extraperitoneal (TEP) ou transabdominal pré-peritoneal (TAPP), exige conhecimentos pormenorizados da anatomia dos espaços retropúbico e retroinguinal. Primordialmente, por ser uma área com importantes entidades anatômicas, como o "trígono da desgraça" (Triangle of Doom). Assim como pelo complexo repertório vascular parietal da região, que inclui os vasos ilíacos externos, os epigástricos inferiores, os ilíacos circunflexos profundos, os obturadores e a corona mortis, uma conexão vascular arterial e/ou venosa entre os sistemas ilíaco interno e ilíaco externo. Assim, devido às importantes anastomoses encontradas nesse sítio, faz-se necessário descrever a anatomia da corona mortis e do "trígono da desgraça" para reduzir os riscos de lesão frente à hernioplastia inguinal por via laparoscópica.

**Método:** Pesquisa nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Pubmed com os descritores: corona mortis, inguinal hernioplasty e Triangle of Doom, delimitados entre 2015 e 2020. Os resultados foram comparados com três cadáveres do acervo do Laboratório de Anatomia da Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares.

**Resultado:** Corona mortis é definida como um arco vascular formado por ramos anastomóticos arteriais e/ou venosos entre os vasos obturatórios e os vasos ilíacos externos e/ou epigástricos inferiores. Ou seja, uma circulação colateral conectando o sistema ilíaco interno direta ou indiretamente com o sistema ilíaco externo, o que ocorre em, aproximadamente, 50% da população em geral. Tais ramos encontram-se na face posterior do ramo superior do púbis, a uma distância de 20 a 90 mm da sínfise púbica, no espaço retroinguinal, e em proximidade, no orifício miopectíneo, com a abertura do anel femoral e da bainha femoral. Isso aumenta o risco de lesões pelas disseções cirúrgicas dos espaços retroinguinal e retropúbico, principalmente, na fixação da tela junto ao ligamento de Cooper durante hernioplastias laparoscópicas. Porém, sua injúria é grave: hemorragias copiosas e de difícil controle com hematomas retroperitoneais, isso por se tratar de uma conexão entre dois sistemas de grande volume sanguíneo e de difícil acesso. Já o "trígono da desgraça" é uma formação anatômica do espaço retroinguinal, delimitada medialmente pelo ducto deferente, lateralmente pelos vasos gonadais, e, em seu ápice, pelo anel inguinal profundo. Ademais, por ser uma área de passagem, retroperitoneal e superficial, para os vasos ilíacos externos, constitui-se uma região na qual são exigidos cuidados durante as disseções dos sacos herniários, além das fixações das telas acima do no trato iliopúbico, a fim de evitar os danos vasculares.

**Conclusões:** o conhecimento anatômico retroinguinal e retropúbico detalhado da corona mortis e o do "trígono" da desgraça, ou Triangle of Doom, é essencial na prevenção de lesões iatrogênicas vasculares durante as hernioplastias inguinais laparoscópicas.

PO 3606

**HERNIOPLASTIA INGUINAL E OS RISCOS CIRÚRGICOS RELACIONADOS AOS NERVOS ÍLIO-HIPOGÁSTRICO, ÍLIOINGUINAL E RAMO GENITAL DO NERVO GENITOFEMORAL: REVISÃO DA LITERATURA**

Zeferino Campos Dell'Orto; Marco Thúlio Saviatto Duarte; Maria Vithória Ferreira Costa; Yzamara Dutra Guerrieri; Kennedy Martinez de Oliveira.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL*

**Objetivo:** Descrever os trajetos dos nervos ílio-hipogástrico, ílioinguinal e genitofemoral na região inguinocrural e seus impactos nas hernioplastias inguinais. Isso se justifica pelo fato da hernioplastia inguinal ser um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns, tendo como principal complicação pós-cirúrgica a inguinodinia crônica. Tal patologia possui como uma importante causa as falhas na identificação topográfica per-operatória de um ou mais dos nervos da região inguinal (ílio-hipogástrico, ílioinguinal e genitofemoral). Dentre eles, os mais fáceis de identificar são o íleo-hipogástrico e o ileoinguinal, entretanto, devido ao trajeto destes e as condições biotipológicas, são lesados mais frequentemente.

**Método:** Realizou-se um levantamento bibliográfico nos bancos de dados Pubmed, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). A pesquisa incluiu artigos de 2015 a 2020, em Inglês e Português. Os descritores utilizados foram: hernioplastia inguinal, inguinodinia, hernioplasty surgery e postoperative complications. Dos resultados, foram selecionados os artigos que descrevessem o trajeto de tais nervos ou que correlacionassem a correção cirúrgica de hérnias inguinais com marcos anatômicos.

**Resultados:** Os nervos ílioinguinal e ílio-hipogástrico originam-se do segmento medular L1. Eles atravessam o músculo transverso do abdome próximos à espinha ilíaca ântero-superior, e seguem entre os músculos transverso e oblíquo interno do abdome, sendo que o n. ílioinguinal adentra, pelo anel inguinal profundo, no canal inguinal e se continua, junto ao funículo espermático, até a sua emergência pelo anel inguinal superficial, onde emite os ramos escrotais ou labiais anteriores. Já o n. ílio-hipogástrico não atravessa o canal inguinal, porém, perfura a aponeurose do músculo oblíquo externo do abdome para inervar a pele na região inguinal superior e hipogástrica. Esse conhecimento é fundamental na identificação de tais nervos nas incisões durante a técnica de Lichtenstein. Quanto ao nervo genitofemoral, a sua origem ocorre dos segmentos medulares L1 e L2 e, seguindo lateralmente às artérias ilíacas comum e externa, divide-se em um ramo femoral e um ramo genital - o qual adentra o canal inguinal pelo anel inguinal profundo e segue como um componente do funículo espermático (associado à inervação motora do músculo cremaster e sensitiva do escroto). Tais características devem ser consideradas na manipulação do cordão espermático – seja por via aberta ou laparoscópica – para que haja a preservação do ramo genital.

**Conclusões:** Diante das hernioplastias inguinais atuais, o conhecimento da anatomia topográfica e a identificação precoce dos nervos genitofemoral, ílio-hipogástrico e ílioinguinal são de extrema importância para reduzir os riscos de lesões iatrogênicas e dores crônicas pós-operatórias.

PO 3613

**IMPACTO DA TELA DE POLIPROPILENO EM REGIÃO INGUINAL PRÉ-PERITONEAL NA PERFUSÃO TESTICULAR DE RATOS**

Karine Santos de Freitas; Marvim Willie Silva Foster.

UFRJ, RIO DAS OSTRAS - RJ - BRASIL

A operação da hérnia inguinal é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo. Mais de 750.000 operações de hérnia são realizadas por ano nos EUA. As telas autofixantes progrid, cobertas unilateralmente por micro-ganchos, foram criadas com o propósito de se evitar fixações adicionais, como o uso de suturas, clips ou grampos, utilizados na correção cirúrgica com a tela de Marlex. Vários estudos mostraram que a fibrose local, a localização de fixação e a própria tela podem afetar o fluxo sanguíneo testicular. O objetivo do nosso estudo é comparar os efeitos da tela de marlex e da progrid na região inguinal pré-peritoneal de modelos experimentais, testando a vulnerabilidade dos vasos testiculares aos materiais mencionados. Em face do tratamento cirúrgico da hérnia inguinal ser um dos mais frequentes, faz-se necessários estudos que permitam a realização da operação com mínimo risco de complicações e manutenção da qualidade de vida dos pacientes. Vinte ratos Wistar serão divididos em quatro grupos. O grupo CT como o grupo controle, o grupo SM, simulando uma laparotomia com dissecação da região inguinal pré-peritoneal, o grupo PP com posicionamento a tela de polipropileno pela técnica transabdominal pré-peritoneal na região inguinal e o grupo PG posicionando a tela autoaderente progrid na mesma região. Após 40 dias serão avaliados o volume, perfusão e histologia testiculares. O projeto foi iniciado com 6 ratos operados até o momento, com colocação da tela de polipropileno tradicional na região pré-peritoneal inguinal. Após o período de 40 dias, testes foram realizados e tanto a volumetria quanto o fluxo arterial testicular foram identificados e quantificados por ultrassom Doppler do Centro Nacional de Biologia Estrutural e Bioimagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CENABIO – UFRJ). Os dados obtidos com o número de ratos operados até o momento, desmontaram um singelo aumento nos índices de resistência e pulsatilidade nos fluxos arteriais testiculares do grupo da tela de Marlex, em comparação com o da Progrid. Faz-se necessário uma amostra maior de testes para conclusões mais apuradas. Com a utilização de diferentes tipos de telas, espera-se variações no fluxo sanguíneo e volume testiculares, por conta dos efeitos compressivos inflamatórios sobre o funículo espermatóico. Houve diferença no fluxo sanguíneo nos grupos operados, diferentemente das medidas do tamanho testicular. O estudo segue com aumento do número amostral.

PO 3615

**APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE DUAL PLANE NA MAMOPLASTIA COM PRÓTESE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Priscila Cristian do Amaral<sup>1</sup>; João Vitor Liboni Guimarães Rios<sup>1</sup>; Thiago Henrique Diniz Gonçalves<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL

2. HOSPITAL SÃO JUDAS TADEU, DIVINOPOLIS - MG - BRASIL

Objetivo: Realizar uma revisão atualizada da literatura científica no que se refere a técnica dual plane (DP). Método: Trata-se de uma revisão da literatura científica na base de dados Pubmed. Utilizou-se os descritores “dual plane” e “breast” para publicações do ano de 2020. A busca foi realizada entre os dias 10 e 17 de agosto do referido ano. Os artigos foram selecionados por dois revisores, de forma independente. Quando houve discordância na seleção do estudo foi necessária a avaliação por um terceiro revisor. Resultados: Retornaram 19 trabalhos que passaram pelo seguinte fluxo: 3 foram removidos após a leitura do resumo por não terem afinidade com a presente revisão. Dessa forma, 16 publicações foram lidas na íntegra para a construção do presente trabalho. Dentre os trabalhos publicados no ano de 2020 que se referem ao uso de DP: 5 eram sobre variações morfológicas da paciente e o uso da DP, 2 abordaram a técnica em pacientes com índice de massa corporal elevada, 2 trabalhos envolviam as complicações da técnica, 7 eram sobre técnica cirúrgica e a realização de DP.

Para Lin e colaboradores (2020), as medidas das mamas mudaram significativamente até 6 meses de pós-operatório e permaneceram estáveis depois disso. O sulco inframamário caiu 0,8 cm em 1 mês de pós-operatório e 0,5 cm nos 11 meses seguintes. Tal fato vai ao encontro dos achados de Lancien et. al (2020) que verificou resultados significativos de satisfação e bem-estar nas pacientes da mesma amostra. Vale também ressaltar os achados de Nam et. al (2020) ao investigar as variações na origem do músculo peitoral maior (MPM) entre os hemitórax direito e esquerdo verificou-se que não houveram diferenças estatisticamente significativas. Dessa forma os achados anatômicos deste estudo podem ser usados como uma referência para a dissecação precisa das origens do PMM para a preparação da bolsa subpeitoral para a colocação do implante subpeitoral. Em pacientes com índice de massa corporal (IMC) elevado, Gabriel et al (2020) identificou que o uso da DP aumentou as chances de qualquer complicação em 3 vezes em comparação com técnica pré peitoral, destaca-se que a população em análise tinha fatores como diabetes, radioterapia neoadjuvante e quimioterapia adjuvante. Para Borenstein & Abrahami, a posição alta do implante ou o tecido mamário muito frouxo podem levar a um formato de mama notório conhecido como “deformidade em cascata” o que pode ser evitado com o uso corte mediano. Por fim, no que se refere as complicações, Urquia e seus colaboradores (2020) ao comparar os resultados cirúrgicos da reconstrução mamária pré-peitoral usando DP e direto para colocação do implante verificou resultados semelhantes, sendo infecção a principal causa de falha.

Conclusões: Uma revisão atualizada da literatura, como esta, pode auxiliar na compreensão dos resultados, complicações e técnicas que envolvem a mamoplastia; orientando dessa forma a melhor prática médica.

PO 3616

**USO DA TELECIURURGIA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Priscila Cristian do Amaral<sup>1</sup>; João Vítor Liboni Guimarães Rios<sup>1</sup>; Leticia Thais de Oliveira Alves<sup>1</sup>; Luiza Gabriela Noronha Santiago<sup>1</sup>; Bruna Oliveira Andrade<sup>1</sup>; Amanda Paula Flores de Pereira<sup>1</sup>; Vanessa Costa Menezes<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL
2. UNIVERSITE DE MONTREAL, QUEBEC - CANADA

**Introdução:** A atual pandemia de coronavírus afetou drasticamente as organizações de saúde em todo o mundo. Neste contexto surge uma maior demanda pelo uso da telemedicina como possível meio de interação entre médicos e pacientes. Diante a inserção dessa ferramenta de tecnologia no suporte aos serviços multidisciplinares, bem como de atividades de treinamento e educação em saúde, abre-se a discussão para o crescimento da telecirurgia. **Objetivo:** Revisar a literatura científica no que se refere a utilização da telecirurgia como ferramenta durante a pandemia da COVID-19. **Resultados:** Trata-se de um scoping review em que foram analisados 5 artigos originais. A busca de artigos foi feita por dois pesquisadores, selecionou-se o ano de 2020 e o descritor "Telesurgery" nos bancos de dados PUBMED e Scielo no período de 10 até 14 de julho de 2020. Os artigos foram selecionados por dois revisores, de forma independente. Quando houve discordância na seleção do estudo foi necessário a avaliação por um terceiro revisor. Retornaram 19 trabalhos que passaram pelo seguinte fluxo: 6 foram removidos após a leitura do título e 4 foram desprezados por se tratar de revisão da literatura; 4 foram removidos após a leitura do resumo; resultando em 5 artigos para a análise. **Discussão:** O uso de teleconsultas pode ser uma estratégia para reduzir o trânsito de pacientes dentro dos serviços de saúde. Observa-se que o paciente no período pós-operatório é uma população que muito beneficia-se do teleatendimento, principalmente no que se refere às dúvidas quanto ao processo cicatricial que poderiam gerar idas presenciais ao serviço de saúde. No entanto, de acordo com a literatura, para o seguimento do uso da telecirurgia após a pandemia será preciso maior respaldo das organizações para seu uso, pois durante o atual período houve um relaxamento das leis nos Estados Unidos, assim como no Brasil, quanto ao uso da telemedicina. Ressalta-se que alguns procedimentos cirúrgicos, possivelmente, tenham ocorrido de forma remota apenas nesse contexto, por se tratar-se da auto remoção de um dreno e o objetivo foi evitar o contato com ambiente hospitalar e equipe médica. **Conclusão:** Mesmo durante uma pandemia, a assistência à saúde é uma prioridade. Visando o cuidado aos pacientes de especialidades cirúrgicas a telecirurgia foi uma forma de transpor as barreiras impostas nesse momento em que se estimula o distanciamento social.

PO 3619

**COMPARAÇÃO ENTRE A TÉCNICA CONVENCIONAL DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO E A TÉCNICA NO-TOUCH**

Bruna Vieira Machado; Gustavo Santos Silva; Fátima Beatriz Gerpe Garin Borges; Paulo Machado Pontes; Ana Beatriz Fernandez Klajn; Palloma de Queirós Cunha; Manoel Matheus Miranda Felipe.

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**OBJETIVO:** Comparação entre a técnica convencional (CONV) de revascularização miocárdica com a nova técnica no-touch (NT). **METODOLOGIA:** Análise crítica e comparativa de 35 artigos selecionados de 2003-2020 em inglês e português com os descritores "Cardiovascular Surgery", "no-touch", "Saphenous Vein" e "Revascularização miocárdica" nas ferramentas de busca SCIELO e PubMed em uma pesquisa de 02/03/2020 até 30/07/2020. **RESULTADOS:** Em estudo prospectivo e multicêntrico em 250 pacientes para avaliar a patência dos enxertos NT em comparação aos enxertos feitos com a técnica CONV após 1 ano de cirurgia, os resultados do grupo NT foram superiores ao grupo CONV. No grupo NT, 5,5% (7/127) dos participantes sofreram oclusão total da veia ou morte cardiovascular após um ano e no grupo convencional esse número foi de 10,6% (13/123). No grupo CONV houve 2 mortes por motivos cardiovasculares e 0 no grupo NT. Além disso, a proporção de estenose significativa (50%-99%) foi maior no grupo CONV em relação ao NT. Houve somente 1(1%) caso no grupo NT e 5(4,7%) no grupo convencional. Quando feito um estudo de maior duração cronológica, os resultados não se alteraram, pelo contrário, foram potencializados. Ele mostrou uma maior patência dos enxertos NT em todos os exames feitos em relação a técnica CONV, muitas vezes chegando a dez pontos percentuais de diferença em número de pacientes que sofreram revascularização. Ademais, outro trabalho concluiu que as veias do grupo NT possuíam uma melhor integridade endotelial, com a camada adventícia intacta contendo microvasos e tiveram sua disponibilidade de óxido nítrico mantida, algo essencial para a melhor longevidade e patência do enxerto. Porém, restam críticas acerca de alguns dos artigos analisados. A longa duração de um estudo pode possuir pontos positivos e negativos. Um estudo que demore 16 anos pode não ser totalmente confiável para comparações atuais e um dos motivos para isso seria o fato das técnicas cirúrgicas poderem ter sido aperfeiçoadas ou por ser algo novo, os cirurgiões ainda não possuíam um domínio de excelência das mesmas. **CONCLUSÃO:** É possível afirmar que há uma superioridade dos enxertos feitos de veia safena preparados a partir da técnica NT quando comparados à técnica convencional. Há inúmeros mecanismos por trás desse sucesso, como a diminuição de espasmos, diminuição da perda endotelial, limitação de danos a longo prazo, e preservação da vaso vasorum dentre outros. Dessa maneira, provém melhor proteção estrutural, funcional e mecânica também à parede da veia, trazendo melhores resultados em relação à patência do enxerto, menor incidência de patologias e complicações pós-cirúrgicas.

## **Poster Relato de Caso**

PO 3139

**FERIMENTO POR ARMA BRANCA EM TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL DIREITA ASSOCIADO A TRAUMA HEPÁTICO GRAU III: RELATO DE CASO**

Yasmin Podlasinski da Silva<sup>1</sup>; Carolina Stefanello<sup>1</sup>; Luciane Marina Lea Zini Peres<sup>1</sup>; Thais Marques Rosa Pinheiro Machado<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL
2. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO CANOAS - HPSC, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Introdução:** em relação ao trauma penetrante, o fígado é considerado o 3º órgão intra-abdominal mais lesado, estando associado a 10% de mortalidade aos pacientes do trauma. As lesões hepáticas leves, classificadas até grau III, são caracterizadas por hematoma (subcapsular; intraparenquimatoso, ambos com ou sem extensão) ou laceração (maior que 3 cm de profundidade). Essas lesões são mais prevalentes e apresentam como sinais a instabilidade hemodinâmica, peritonite, lesão penetrante auxiliam no diagnóstico. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 26 anos, vítima de agressão por arma branca em transição toracoabdominal à direita, em junho de 2020. Primeiramente, atendido na UPA, constatado hipotensão, queda na saturação de oxigênio e enfisema subcutâneo em hemitórax direito, com hipótese diagnóstica inicial pneumotórax. Se procedeu com toracocentese de alívio em hemitórax direito. Paciente do relato foi transferido para o hospital de referência em trauma, onde, na avaliação inicial da sala vermelha, foi constatado pneumotórax à direita. Realizada drenagem torácica à direita em selo 'água. No exame abdominal apresentava dor à palpação abdominal superficial e profunda, sem irritação peritoneal. Paciente se mantinha com quadro hemodinâmico estável. A tomografia de abdome contrastada evidenciou laceração hepática de 4 cm, na transição dos segmentos VII/VIII, blush, hemoperitônio perihepático. Achados compatíveis com trauma hepático grau III. Optado, inicialmente, por tratamento não operatório (TNO), devido a estabilidade hemodinâmica do paciente e o mesmo não apresentar sinais de peritonismo. No segundo dia de internação, paciente evoluiu com peritonismo, distensão abdominal, taquicardia. Optado por realizar laparotomia exploradora: identificado pequena perfuração na parte posterior do infundíbulo da vesícula, infiltração de retroperitônio à direita, pequena lesão hepática não sangrante nos segmentos V/VIII e grande quantidade de hemoperitônio na cavidade. Realizada colecistectomia, drenagem de cerca de 2 litros de conteúdo hemático antigo na cavidade, colocação, em local retro-hepático de dreno tubular, nº 28, no mesmo tempo. Paciente apresentou boa evolução clínica e hemodinâmica após o procedimento cirúrgico. **Discussão:** Dados na literatura apontam que o tratamento de escolha para trauma penetrante abdominal, continua sendo o cirúrgico. Contudo, estudos demonstram que é possível realizar tratamento não operatório (TNO) em pacientes com lesão hepática penetrante, mas são necessários cuidados intensivos nas primeiras 24-48 horas e reconhecimento das complicações. O caso retrata lesão penetrante, grau III, que demonstra o TNO como tratamento inicial, mas pela evolução clínica necessitou de abordagem cirúrgica, tanto pela lesão hepática quanto pela lesão em outro órgão (vesícula biliar) a qual não foi vista em exame de imagem.

PO 3140

**RELATO DE CASO: TRAUMA TORÁCICO ASSOCIADO À LACERAÇÃO DE BRÔNQUIO PRINCIPAL ESQUERDO EM TRATAMENTO CONSERVADOR**

Yasmin Podlasinski da Silva<sup>1</sup>; Luciane Marina Lea Zini Peres<sup>1</sup>; Carolina Stefanello<sup>1</sup>; Roberto Kramer<sup>2</sup>; Thais Marques Rosa Pinheiro Machado<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL
2. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO CANOAS €

**Introdução:** As lesões traqueobrônquicas são raras e, quando, associadas ao trauma possui mais risco de mortalidade. Os achados de lesão grave são: enfisema subcutâneo, dispneia, hemoptise; pneumotórax, pneumomediastino e fraturas associadas à radiologia. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 15 anos, vítima de acidente moto vs poste, em abril de 2020. Recebeu atendimento na cidade de origem, onde foi constatado trauma torácico fechado, com diagnóstico de hemopneumotórax bilateral, sendo realizado drenagem em selo d'água de forma precoce. Paciente foi prontamente transferido para um centro de trauma. Na sala vermelha, o paciente estava intubado, em ventilação mecânica, saturando 98%, com sinais de pneumomediastino ao exame de imagem. Realizada laparotomia exploratória (devido aos achados radiológicos de pneumoperitônio em retroperitônio) em que não foi constatado lesões. A tomografia de tórax constatou volumoso enfisema subcutâneo bilateral, com extensão para a região posterior de hemitórax direito; volumoso pneumotórax e derrame pleural à esquerda; leve desvio de mediastino à direita; pulmões hipoexpandidos. Na UTI, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, enfisema subcutâneo extenso, com troponinas alteradas e achados radiográficos de pneumotórax à direita e pneumomediastino, com pulmões normoexpandidos. No 5º dia, foi realizada fibrobroncoscopia, que constatou uma pequena lesão lacerante em brônquio principal esquerdo. A equipe de cirurgia optou em realizar o tratamento conservador da lesão, com intervalos de posição prona e supina. Medidas que auxiliaram na melhora do padrão ventilatório e na diminuição gradativa das câmaras de pneumotórax. Realizado o manejo para síndrome respiratória aguda e tromboembolismo pulmonar subsequente. Adjunto com a fisioterapia respiratória, manejo com tratamento intensivo e antibioticoterapia, o paciente estabilizou e foi transferido ao hospital de referência para seguimento de desmame de ventilação mecânica e tratamento de pneumonia associada. **Discussão:** o trauma torácico fechado apresenta o barotrauma como mecanismo, geralmente está associado com lesões abdominais e nervosas. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico estão associados a melhor prognóstico. O tratamento de escolha, abordado na literatura, para correção de laceração de brônquio principal é a correção cirúrgica. O caso descrito, traz o sucesso do tratamento conservador como alternativa, enaltecendo a utilização da posição prona e o impacto da terapia intensiva.

PO 3141

**EVOLUÇÃO DE 5 HORAS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO COM PERFURAÇÃO DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO**

Yasmin Podlasinski da Silva<sup>1</sup>; Carolina Stefanello<sup>1</sup>; Luciane Marina Lea Zini Peres<sup>1</sup>; Thais Marques Rosa Pinheiro Machado<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL
2. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO CANOAS €

**Introdução:** o abdome é a terceira região mais acometida no trauma contuso. O manejo dessas lesões é complexo, algumas não se apresentam nos exames complementares, e as indicações de laparotomia não são claras em comparação ao trauma penetrante. É responsável por mortes consideradas evitáveis, sendo necessária uma abordagem organizada para a identificação das lesões potencialmente graves. **Relato de Caso:** caso com base no prontuário, juntamente com observação clínica dos autores, ocorrido no mês de junho de 2020. Paciente masculino, 37 anos, natural e procedente de Taquari, é admitido na sala vermelha, com 5 horas do atendimento pré-hospitalar (APH), por queda de moto e trauma abdominal contuso em abdome em pedra do asfalto. Na avaliação primária, foi constatado que o paciente não estava em mobilização padrão, sem alterações significativas em via aérea, pulmonar ou cardíaca. No exame abdominal paciente apresentava sinais de peritonite e abdome em tábua. Paciente sem outras lesões ou fraturas e estava com neurologico preservado, classificado em Glasgow 15. Como estava estável hemodinamicamente optou-se por realizar uma tomografia de abdome total contrastada que evidenciou pneumoperitônio, adensamento dos tecidos adiposos adjacentes a alças intestinais em flanco esquerdo, pequena laceração anterior em rim esquerdo, sem sinais de hemoperitônio ou alterações em demais estruturas. A equipe de cirurgiões do trauma indicou laparotomia exploratória. Na intervenção, foi constatada uma lesão perfurativa de intestino delgado, a cerca de 80 cm do ângulo de Treitz; sendo optada enterorrafia em dois planos da lesão perfurativa. Paciente apresentou boa evolução clínica e hemodinâmica após o procedimento cirúrgico, com progressão gradual da dieta e boa motilidade intestinal. **Discussão:** a avaliação abdominal no trauma deve ser detalhada e sistematizada, para tratar precocemente as lesões e aumentar a sobrevida. Esse tipo de trauma é mais prevalente em homens e tem como mecanismo o acidente automobilístico. A instabilidade hemodinâmica, alterações tomográficas (sinais de pneumoperitônio, líquido livre, lesão de víscera maciça), dor e sinais de peritonite são indicações à laparotomia exploratória. O caso descrito demonstra a indicação de tratamento cirúrgico para trauma abdominal fechado baseada em sinais clínicos e tomográficos, resultando em medidas que aumentam a sobrevida dos pacientes nesse tipo de trauma e tendência a bom prognóstico, de acordo com dados na literatura.

PO 3143

**RELATO DE CASO: TRAUMA DE FACE POR TENTATIVA DE SUICÍDIO COM FRATURA LE FORT III**

Yasmin Podlasinski da Silva<sup>1</sup>; Carolina Stefanello<sup>1</sup>; Luciane Marina Lea Zini Peres<sup>1</sup>; Thais Marques Rosa Pinheiro Machado<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL
2. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO CANOAS €

**Introdução:** No trauma de face, em geral, há necessidade de via aérea definitiva na urgência. É utilizado um sistema de classificação de fraturas em Le Fort I, II e III (há a separação do complexo naso-orbitomaxilar, os zigomas e a maxila do crânio). **Relato de Caso:** caso com base no prontuário, paciente feminina, 21 anos, politrauma por tentativa de suicídio, com queda de 20 metros de altura. Glasgow 3 na cena, com intubação orotraqueal de difícil realização. Na sala vermelha, apresentou instabilidade hemodinâmica, foi manejada com 1,5 L de ringer lactato, vasopressor, 2 unidades de CHAD e ácido tranexâmico. Ao exame físico, apresentava edema de face e equimose orbital bilateral com aparente otorragia; fratura exposta bilateral de fêmur e pneumotórax bilateral, sendo procedido com drenagem em selo d'água. Assim que a paciente ficou estável, foi encaminhada a radiologia onde realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio, evidenciando alterações morfoestruturais no globo ocular esquerdo, com áreas de hemorragia interna relacionados a trauma; evidenciou-se também múltiplas fraturas de paredes póstero-lateral de ambas as órbitas, em todas as paredes de ambos os seios maxilares, fraturas dos ossos próprios do nariz, das lâminas papiráceas bilateralmente, do septo nasal, dos arcos zigomáticos e de mandíbula. Sem lesões intracranianas. Devido a múltiplas lesões de face, a paciente foi classificada como lesão facial Le Fort tipo III e, dessa forma, no mesmo dia, foi realizado cirurgia de urgência, com o intuito de cessar o sangramento de face (nasal), pois o tamponamento nasal, naquele momento, estava contra-indicado. Também foi realizado traqueostomia para assegurar via aérea e, com isso, possibilitar melhor acesso para as próximas intervenções cirúrgicas para reparo das lesões nas regiões nasal, maxilar e intrabucal. Paciente foi transferida para a UTI, onde se manteve sedada, com manejo neurocrítico. **Discussão:** Frequentemente os traumas faciais estão associados a complicações envolvendo base de crânio e emergências neurocirúrgicas e, em sua maioria, requerem introdução de via aérea definitiva devido à obstrução da mesma. O atendimento imediato, o conhecimento do tipo de lesão e seu respectivo tratamento de forma correta são essenciais para um manejo bem sucedido desse tipo de lesão complexa, o que demonstrou que conduta multidisciplinar e integral são essenciais para melhorar o desfecho desses pacientes graves.

PO 3144

**OBSTRUÇÃO EM ALÇA FECHADA COM IMINÊNCIA DE RUPTURA CECAL: RELATO DE CASO**

Leandro Jaime Barreto Costa; Ana Paula Nogueira Machado.

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A obstrução intestinal pode ser em alça fechada, quando há oclusão de um segmento proximal e distal ou na presença dessa última com válvula ileocecal competente. Apresenta maior risco de isquemia e necrose, pois ocorre aumento mais rápido da pressão intraluminal, vencendo a pressão capilar e venosa intestinal, o que acarretará menor perfusão intestinal. Apresentaremos um caso adenocarcinoma de reto alto com componente estenótico e válvula ileocecal competente.

**RELATO DE CASO:** C.A.F.G, sexo masculino, 73 anos de idade, compareceu ao pronto atendimento do Hospital Universitário Clemente de Faria, com relato de dor abdominal difusa, associada a parada de eliminação de fezes e flatos há 5 dias, sem náuseas e vômitos. Nega febre e queixas urinárias. História de constipação de longa data, chegando a ficar até 20 dias sem evacuar. Hipertenso em tratamento. Nega cirurgias abdominais prévias. Ao exame físico, ressalva-se a distensão abdominal, dor à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal, toque retal sem fezes na ampola. A radiografia de abdome agudo revelou distensão de alças de intestino grosso, ausência de ar no reto e elevação de hemicúpula diafragmática esquerda, mas não mostrou todo o campo abdominal. Optado por complementar o estudo com tomografia computadorizada de abdome - distensão de alças cólicas, gases atípicos em parede cecal, redução abrupta do calibre por provável espessamento parietal ao nível da junção retossigmoidiana. Foi submetido à laparotomia exploradora, sendo identificada distensão importante de todo o cólon, sofrimento isquêmico do ceco em iminência de ruptura e explosão, tumoração com estenose em transição do sigmoide com reto alto. Realizada proctocolectomia total com ileostomia terminal. Houve boa evolução, recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado (pT3pN1a).

**DISCUSSÃO:** Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer colorretal será o segundo mais incidente em ambos os sexos, perdendo apenas para o câncer de próstata e de mama em homens e mulheres, respectivamente. Apresenta maior taxa de complicações na presença de válvula ileocecal competente, devido isquemia, perfuração e peritonite fecal. O diagnóstico precoce e intervenção imediata são fundamentais para diminuição da morbimortalidade.

PO 3145

**TUMOR DE EWING: RELATO DE CASO**

Leandro Jaime Barreto Costa; Ana Paula Nogueira Machado.

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Os tumores de Ewing consistem em neoplasias de comportamento agressivo, originados de células embrionárias da crista neural que acometem osso e tecido mole inicialmente (foco primário). De acordo com o grau de diferenciação, podem ser denominados Sarcoma de Ewing ou Tumor Neuroectodérmico Primitivo Periférico (PPNET). Esse último quando acomete o tórax recebe o nome de Tumor de Askin, por ter sido descrito por esse autor em 1979, porém não difere biologicamente dos tumores de outras localizações. Apresentamos um caso sobre a abordagem e tratamento do Tumor de Askin.

**RELATO DE CASO:** MNRM, feminino, 59 anos, procurou o pronto atendimento com queixa de dor torácica e dispnéia leve, de surgimento há 2 meses. Realizado radiografia de tórax que evidenciou massa em hemitórax esquerdo. No ambulatório de Cirurgia do Tórax foi solicitado tomografia computadorizada de tórax com presença de volumoso processo expansivo de 18x15cm. Realizada biópsia, com imunohistoquímico comprovando presença de CD99 (Mic 2, Dako) positivo difusamente em padrão de membrana nas células neoplásicas, compatível com tumor de Askin, cintilografia e mielograma negativos para neoplasia. Encaminhada para quimioterapia (QT) neoadjuvante com adriamicina, ifosfamida, vincristina e ciclofosfamida em 6 ciclos, com importante regressão tumoral. Optado por toracectomia alargada com ressecção em bloco de 4º, 5º e 6º arcos costais para controle da doença local. Anátomo patológico com presença de margens cirúrgicas livres – cirurgia R0. Paciente teve boa evolução pós-operatória, sendo encaminhada para complementação do tratamento com QT adjuvante com mais 6 ciclos. No momento encontra-se sem sinais de recidiva local, mantendo follow-up há 20 meses.

**DISCUSSÃO:** O PPNET é um tumor extremamente agressivo, cuja sobrevida livre da doença em 2 a 3 anos varia de 25 a 60%. Mesmo nos casos em que não há evidência de doença metastática, essa neoplasia deve ser considerada como doença sistêmica. A terapêutica desses pacientes visa a QT neoadjuvante e adjuvante devido à alta incidência de micrometástases ao diagnóstico, além de controle local com cirurgia alargada e em certos casos radioterapia.

PO 3149

**ILEO BILIAR COM FÍSTULA COLECISTODUODENAL: UM RELATO DE CASO.**

Gabriel Paiva Duarte<sup>1</sup>; Jan-Peter Correia Sousa Périssé<sup>1</sup>; Gustavo Henrique Rovari<sup>1</sup>; Jéssica Cunha<sup>1</sup>; José Marques da Silva Filho<sup>1</sup>; Kerolin Andrade da Silva<sup>1</sup>; Felipe Ávila Furtado<sup>2</sup>; Marcos Alvim Abbade<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL
2. HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES, SÃO GONÇALO - RJ - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** O Íleo Biliar (IB) é uma complicação rara da colelitíase, e uma importante causa de obstrução intestinal, especialmente nos idosos. Ocorre devido à migração de cálculos biliares para o trato gastrointestinal (TGI). Frequentemente, seu diagnóstico é perioperatório. Seu tratamento é cirúrgico, podendo ser feito em um ou dois tempos. **RELATO DO CASO:** Paciente feminina, 77 anos, procurou serviço de emergência relatando dor abdominal difusa seguida de 5 dias de episódios de vômitos e evacuações diminuídas. Apresentava-se desidratada e com abdome distendido. O laboratório evidenciou 16.000 leucócitos, ureia de 234 mg/dL e creatinina de 4,16mg/dL. A tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou gás nas vias biliares intra e extra-hepáticas, parede da vesícula biliar (VB) com espessura de 0,7 mm formando fístula na 2ª porção duodenal e dois fragmentos hiperdensos em alças de intestino delgado, um com 37 x 29 mm e outro com 8 x 26 mm. Permaneceu na terapia intensiva por 5 dias para tratamento da insuficiência renal aguda (IRA). No 6º dia de internação foi submetida à laparotomia mediana com enterolitotomia de 2 fragmentos do que parecia ser um único cálculo biliar. A correção da fístula e a colecistectomia foram planejadas para um segundo momento. Evoluiu bem clinicamente, recebendo alta após 6 dias. **DISCUSSÃO:** O IB incide em 0,3% a 0,5% dos pacientes com colelitíase. Representa 4% das obstruções intestinais do intestino delgado na população geral e 25% em pacientes com mais de 65 anos. É mais comum em mulheres que homens, na proporção de 3,5:1. A colecistite provoca a adesão da VB à parede do TGI, formando uma fístula. A colecistoduodenal é a mais comum (70%), seguida da colecistocólica (14%), colecistogástrica (6%) e coledocoduodenal (4%). Por meio da fístula, o cálculo biliar migra para o TGI e impacta em locais de estreitamento, como no ângulo de Treitz ou na válvula ileocecal. A clínica apresentada é de febre e dor abdominal, seguida de distensão abdominal e vômitos. O diagnóstico é feito por exame de imagem, sendo a TC o padrão ouro com 93% de sensibilidade. O achado clássico é a Tríade de Rigler. A existência de 2 dos 3 componentes confirmam o diagnóstico. São eles: aerobilia, distensão de alças intestinais e presença de cálculos no seu interior. O paciente pode desenvolver IRA como provável resultado da hipovolemia causada pela deficiente absorção intestinal de fluidos e eletrólitos. O tratamento é cirúrgico. Quando realizado em um tempo faz-se a enterolitotomia junto com a colecistectomia e correção da fístula, enquanto que em dois tempos a remoção da VB e a correção da fístula são planejadas futuramente. Há a preferência por realizar o tratamento em dois tempos por apresentar uma menor mortalidade, morbidade e menor tempo de internação hospitalar. As principais complicações pós-operatórias são a IRA (30,5%), infecção do trato urinário (13,8%) e pseudo-obstrução intestinal (12,4%). A mortalidade do IB varia de 12% a 17%.

PO 3150

**INTUSSUSCEPÇÃO SECUNDÁRIA À TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: APRESENTAÇÃO RARA EM PACIENTE EPIDEMIOLOGICAMENTE ATÍPICO**

Matheus Naves Rosa; Marco Aurélio Kenichi Yamaji; Carolina Folini; Stephanie Callegari Zaghini; Beatriz de Giacomo; Pedro Gatto Raveli; Miguel Josué Pitta Rodrigues Ferreira de Moraes; Leonardo Akira Pineze.

UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL

**Introdução:** A intussuscepção intestinal em crianças é uma condição comum e muitas vezes benigna. Já nos adultos é uma patologia rara, com incidência de 2-3 a cada 1.000.000 por ano. É a causa de apenas 1% das obstruções intestinais em adultos. Ao contrário do que ocorre nas crianças, nos adultos diversas condições podem atuar como ponto inicial, tais como pólipos, neoplasias benignas (p.ex. lipomas), divertículos colônicos, divertículo de Meckel, estenoses e neoplasias malignas. Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são patologias raras, representando menos de 0,2% de todos os tumores gastrointestinais e apenas 0,04% das neoplasias malignas do intestino delgado. Ocorrem predominantemente em pacientes do sexo masculino, principalmente entre 50 e 70 anos. O estômago (40-60%) e o intestino delgado (20%) são os locais mais comuns. Eles são tipicamente assintomáticos, mas podem se manifestar com sintomas gastrointestinais inespecíficos, sangramento e obstrução intestinal. Intussuscepção e obstrução raramente são causadas por GISTs devido à sua tendência a crescer de maneira extraluminal.

**Relato:** Os autores relatam o caso de uma paciente de 40 anos de idade, sexo feminino, com um quadro inespecífico de náuseas e vômitos intermitentes durante 6 meses, com parada súbita da eliminação de flatos e fezes, sem queixas de sangramento gastrointestinal. O exame físico apresentava discreta distensão abdominal, sem massas palpáveis e sem alterações ao toque retal. Mesmo tendo realizado uma Tomografia Computadorizada (TC) com laudo normal há 3 meses, optou-se por repetir o exame, que evidenciou uma imagem "em alvo" em topografia jejunal, sugestiva de intussuscepção. Optado pela realização de laparotomia exploradora, na qual se identificou uma lesão tumoral como "cabeça de invaginação", já metastática para outro segmento entérico. Após a redução da extensa invaginação, foi realizada a ressecção dos segmentos acometidos. O exame histológico confirmou o GIST e a paciente foi encaminhada para seguimento com o serviço de Oncologia Clínica. Durante análise retrospectiva do caso, observou-se que a TC inicial, embora em menor proporção, já evidenciava a intussuscepção.

**Discussão:** A raridade do GIST, combinada com a apresentação inespecífica, frequentemente gera diagnósticos tardios. Neste relato de caso os autores enfatizam uma forma rara de apresentação do GIST do intestino delgado, com intussuscepção transitória, que culminou em obstrução intestinal total. Mesmo a paciente sendo jovem e do sexo feminino, fora do padrão epidemiológico da doença, apresentou-se com lesão já metastática no momento do diagnóstico. Os médicos devem considerar esse diagnóstico sempre que lidarem com intussuscepção, visando fornecer diagnóstico precoce e tratamento adequado.

PO 3161

**TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMÁRIO (PNET) - RELATO DE CASO NA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Mauricio Lima da Fontoura; Fabio Lima dos Santos; Ingrid dos Santos Ferreira; Rodrigo Rogger Correa Silva.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA, URUGUAIANA - RS - BRASIL

Introdução: O PNET é um tumor embrionário composto de células neuroepiteliais indiferenciadas ou pouco diferenciadas, podendo acometer tanto Sistema Nervoso Central, quanto periférico (LOUIS et al., 2016). Junto ao sarcoma de Ewing ósseo e extraósseo, pertencem aos Tumores da Família de Ewing (TFE), pela similaridades clínico-patológica, genéticas e imuno-histoquímicas (CHOI et al., 2014). O caso relata a historia de um paciente de 15 anos com crescimento tumoral rápido em glúteo esquerdo que veio a se confirmar PNET. Relato de caso: Masculino, 15 anos, notou abaulamento em região glútea esquerda com crescimento progressivo há aproximadamente 30 dias. Indolor ao toque e movimento e sem alteração da sensibilidade e força. Paciente foi encaminhado ao serviço de cirurgia geral após avaliação do clínico da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com suspeita de abscesso, inclusive com uso de antibioticoterapia e posterior drenagem, sem sucesso. Realizado avaliação com exames de imagem (ultrassonografia e tomografia) para elucidação diagnóstica e planejamento cirúrgico. Foi optado por ressecção ampla da lesão e reconstrução com retalho V-Y. O paciente permaneceu dois dias internado com boa evolução pós-operatória. A ferida operatória apresentou uma pequena deiscência na porção média, que foi tratada de maneira conservadora. O resultado do anatomopatológico foi compatível com neoplasia mesenquimal maligna de células redondas indiferenciadas e o estudo imuno-histoquímico favoreceu a possibilidade de um PNET. Após avaliação com oncologista, foi optado por encaminhamento para seguimento em serviço terciário especializado. Discussão: PNET é um tipo de neoplasia rara, sendo a localização primária e majoritária óssea, acometimento em jovens adultos, com predomínio do sexo masculino e etnia branca. A localização de acometimento mais comum é respectivamente: toracopulmonar; abdominopélvica; membros; cabeça e pescoço e outros (COSTA; RONDINELLI; CAMARGO, 2000; TEIXEIRA; SACRAMENTO; OLIVEIRA, 2007). Esse grupo de tumores possui caráter agressivo, cerca de 30% dos pacientes apresentam metástase no momento do diagnóstico, o tempo de sobrevida livre de doença em dois anos para doença localizada é 65% e para doença metastatizada é de 38% (KUCZYNSKI; GUGELMIN; NETTO, 2001; MARIA et al., 2011). O tratamento com intenção curativa é ressecção cirúrgica com margens R0 (PEREIRA, 2010), mas a associação com quimioterapia neoadjuvante/adjuvante e/ou radioterapia, têm aumentado sobrevida dos pacientes com doenças localizadas (FERREIRA et al., 2017). O caso aqui relatado se enquadra nas principais características do PNET: por se tratar de paciente jovem, com lesão de crescimento rápido e com aspecto histológico de agressividade, apesar de apresentar doença localizada no momento do diagnóstico. Portanto, o relato do caso tem o intuito de contribuir com a experiência e conduta frente a esta patologia rara e com pouca discussão científica.

PO 3163

**APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE APENDICITE AGUDA: RELATO**

Anderson José Vieira da Silva<sup>1</sup>; Natalia Abreu Silva Vieira<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, FORTALEZA - CE - BRASIL
2. UNINTA, SOBRAL - CE - BRASIL

Introdução: Apendicite é uma das causas mais comuns de abdome agudo em pacientes que procuram o pronto-socorro. Aproximadamente 7% da população mundial terão apendicite no transcorrer de sua vida, com pico de incidência ocorrendo entre 10 e 30 anos de idade e com pequena preferência para o sexo masculino. O apêndice é um longo divertículo que mede em torno de 10cm de extensão e se estende da parede pósteromedial do ceco, aproximadamente 3cm abaixo da valva ileocecal. A obstrução intraluminal é o evento inicial na grande maioria dos quadros de apendicite e pode ser causada por fecalito, hiperplasia linfóide, corpos estranhos, parasitas, doença de Crohn, tumores primários ou metastáticos. Relato de Caso: Homem, 50 anos, motorista de caminhão. Costume habitual, após a almoço, palitar os dentes com palito e permanecer com o mesmo na boca. Em momento de distração ao deglutir água, ocorreu a ingestão do objeto. Após 48 horas do evento, evoluiu com dor abdominal no quadrante inferior direito, contração muscular involuntária devido a espasmo da musculatura da parede abdominal da área descrita. Ao dar entrada na emergência, foi realizado exame físico, com sinal de Bloomberg positivo; US (ultrassonografia abdominal) com imagem sugestiva de corpo estranho localizado longitudinalmente em topografia de apêndice cecal. Discussão: Adultos acima de 50 anos podem apresentar algumas alterações importantes quando comparado com pacientes adultos jovens com apendicite aguda. Nesta faixa etária acima de 50 anos, os pacientes referem dor mais severa e, às vezes, alteração do hábito intestinal (constipação). O exame físico mostra mais distensão abdominal e alteração dos ruídos hidroaéreos abdominais quando comparado com os pacientes adultos jovens. Conclusão: A solução mais acessível para ao tratamento de apendicite aguda é a remoção do apêndice (apendicectomia). Tão logo diagnosticada requer início de antibioticoterapia. O esquema terapêutico do antibiótico dependerá do estágio da doença.

PO 3164

**VOLVO DE INTESTINO DELGADO SECUNDÁRIO A HEMANGIOMA: UM RELATO DE CASO**

Francisco Costa Beber Lemanski<sup>1</sup>; Agnes Gabrielle Wagner<sup>1</sup>; Ana Claudia Kurmann<sup>1</sup>; Gabriel Tarasconi Zanin<sup>1</sup>; Felipe Antônio Dal'Agnol<sup>1</sup>; Nathalia Beck Corrêa<sup>1</sup>; Guilherme Loronha Bertoncelo<sup>1</sup>; Daniel Navarini<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL
2. HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Volvo de intestino delgado é definido como uma torção do intestino sobre si mesmo ao longo do eixo longitudinal dos vasos mesentéricos. Dentre suas etiologias, hemangioma é uma causa rara de volvo e apresenta-se como uma urgência cirúrgica. Apresentamos um caso de volvo de intestino delgado secundário a um hemangioma em paciente pediátrico, a conduta do caso e revisão da literatura. **RELATO DE CASO:** Sexo masculino, 10 anos, refere cólica abdominal difusa há 2 dias, de início súbito e contínua, sem resposta ao uso de Acetaminofeno. Acompanha vômitos alimentares (há um dia evoluíram para conteúdo bilioso), anorexia e constipação há um dia. Ao exame físico: regular estado geral, mucosas desidratadas, abdome distendido, timpanismo difuso à percussão e ruídos hidroaéreos ausentes. Histórico de apendicectomia há 1 ano, sem demais comorbidades. Em conduta inicial, estabilizou-se o paciente com hidratação e sonda nasogástrica, além da realização de exames laboratoriais que não apresentaram alterações. Posteriormente, realizou-se radiografia de abdome agudo e Tomografia Computadorizada, as quais evidenciaram distensão difusa de alças intestinais e diferentes níveis hidroaéreos. Frente ao diagnóstico de obstrução intestinal, optou-se por laparotomia exploradora de urgência. A porção distal do jejunum apresentava-se em rotação completa, com intensa distensão a montante e identificou-se a presença de lesão com aspecto cístico, com cerca de 10cm, identificada pela análise anatomopatológica como um hemangioma. Paciente foi submetido à ressecção e permaneceu estável após o procedimento. **DISCUSSÃO:** O volvo de intestino delgado pode decorrer principalmente de aderências pós-operatórias ou tumores, os quais representam 19,5% dos casos. As neoplasias de intestino delgado podem ser malignas ou benignas e sabe-se que são patologias incomuns, representando 3% de todos tumores gastrointestinais nos Estados Unidos. Hemangiomas são tumores benignos causados por um crescimento anormal dos vasos sanguíneos e têm apresentação principalmente cutânea, mas podendo ocorrer em qualquer órgão do corpo. Quando relacionados ao intestino delgado, representa 7-10% de todos tumores benignos que acometem órgão e geralmente se apresenta com quadro clínico de sangramento, anemia e, infrequentemente, torção intestinal. Dessa maneira, o presente relato justifica-se pela baixa incidência da patologia e maneira incomum de apresentação sintomática. Torna-se, assim, de suma importância o desenvolvimento do raciocínio clínico e a associação de patologias (volvo intestinal e hemangioma), a fim de ampliar diagnósticos, garantir tratamento adequado e melhor prognóstico aos pacientes.

PO 3165

**TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES COM COLOCAÇÃO DE TELA PRÉ-APONEURÓTICA NO TRATAMENTO DE HÉRNIA INCISIONAL COMPLEXA: RELATO DE CASO**

Victor Rivera Duran Barretto; Carlos André Balthazar da Silveira; Leonardo Araújo Carneiro da Cunha.

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Introdução:** A incidência de hérnias incisionais após laparotomia varia de 9 a 20% e a recidiva correção de grandes defeitos chegam a 50% dos casos. A técnica de separação de componentes (TSC) é usada para hérnias grandes, gigantes ou na recidivas por outros métodos. Ela promove a reconstrução da parede abdominal, através de avanços de retalhos músculo-aponeuróticos, mantendo a tensão e função fisiológica preservadas. O uso de telas associado à TSC promoveu melhoria nos resultados e redução nas recidivas. **Relato de Caso:** E.S.B., 58 anos, feminino, IMC 32, desenvolveu hérnia incisional linha média, infra-umbilical, após cirurgia de histerectomia há 15 anos. Tomografia computadorizada (TC) mostra diâmetro do anel herniário de 7 cm (T) x 15 cm (L) e relação de volumes entre o saco herniário (VSH) e cavidade abdominal (VCA) de 5%. Submetida à hernioplastia ventral com identificação de defeito transverso de 11 cm e uso de TSC anterior com fixação onlay de tela polipropileno e drenos suctores na área de descolamento. Evolução sem intercorrências, alta no 1º DPO e retirada de drenos no 7º DPO. Apresentou seroma no 15º DPO, sendo esvaziado com punções e resolução completa após 1 mês. **Discussão:** A TSC descrita inicialmente por Ramirez et al em 1990, foi modificada ao longo do tempo. Pode-se realizar a técnica de separação anterior (TSA), com prótese onlay, ou posterior (TSP) associando a tela retromuscular ou pré-peritoneal. As recidivas variam de 10-22%, sendo de 5 a 7% na TSP e 10% na TSA. As próteses, cada vez mais utilizadas, estão diretamente relacionadas às taxas de complicações, sendo o seroma a mais frequente. Um dos principais fatores predisponentes é obesidade que resulta em sistema linfático hipertrófico e aumenta chance de inflamação do tecido adiposo. Pacientes obesos submetidos à abdominoplastia têm maior incidência de seroma (38%) em relação àqueles com peso normal (19%). O deslocamento do retalho abdominal propicia o surgimento dessas coleções líquidas e seu acúmulo pode gerar aumento da pressão, causando deiscências e necrose. Este estudo reforça a importância da TSC anterior no tratamento das hérnias ventrais complexas. Apesar do maior índice de complicações locais, apresenta resultados satisfatórios à longo prazo, conforme evidências na literatura.

PO 3167

**HENRIQUE I. THOMÉ**

Miguel Angel Dias dos Santos.

*HOSPITAL DE CARIDADE DE CRISSIUMAL, CRISSIUMAL - RS - BRASIL*

A.J.H, 38 anos, portando paraplegia de membros inferiores por lesão traumática raquimedular, apresentando nos últimos 3 anos escara em pé esquerdo, evoluindo com edema de perna 3 + em 4 e hiperemia. Tratado pela clínica médica com antibioticoterapia conforme antibiograma com cefalosporinas, aminoglicosídeos e carbapênems, e associações entre eles; escarectomia e antibiotocoterapia tópica associada (neomicina com bacitracina). Evolui desfavoravelmente com anemia, nos últimos 2 anos, com indicação de transfusão de glóbulos vermelhos pelo Hemograma, como descreve a literatura<sup>4</sup> (Média de eritrócitos : 2,4 milhões/mm<sup>3</sup>, hematócrito : 20%, hemoglobina: 6,2 g/dl), realizando 15 vezes concentrado de glóbulos vermelhos em 2 anos. No final de 2019 é pedida interconsulta com o serviço de cirurgia, com os últimos resultados laboratoriais cuja cultura confirma Ko. Conseqüentemente após discussão do caso entre o cirurgião e o bioquímico, se opta pela amputação transfemoral do membro inferior esquerdo como terapia pretendidamente curativa, já que episódios de diarreia sanguinolenta começavam a agravar o quadro. Tratamento aceito pelo paciente e pela família.

PO 3168

**AMPUTAÇÃO TRANSFEMORAL PARA TRATAMENTO DE ANEMIA E EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL DE INFECÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FERIDA INFECTADA POR KLEBSIELLA OXYTOCA (KO).**

Miguel Angel Dias dos Santos.

*HOSPITAL DE CARIDADE DE CRISSIUMAL, CRISSIUMAL - RS - BRASIL*

A.J.H, 38 anos, portando paraplegia de membros inferiores por lesão traumática raquimedular, apresentando nos últimos 3 anos escara em pé esquerdo, evoluindo com edema de perna 3 + em 4 e hiperemia. Tratado pela clínica médica com antibioticoterapia conforme antibiograma com cefalosporinas, aminoglicosídeos e carbapênems, e associações entre eles; escarectomia e antibiotocoterapia tópica associada (neomicina com bacitracina). Evolui desfavoravelmente com anemia, nos últimos 2 anos, com indicação de transfusão de glóbulos vermelhos pelo Hemograma, como descreve a literatura<sup>4</sup> (Média de eritrócitos : 2,4 milhões/mm<sup>3</sup>, hematócrito : 20%, hemoglobina: 6,2 g/dl), realizando 15 vezes concentrado de glóbulos vermelhos em 2 anos. No final de 2019 é pedida interconsulta com o serviço de cirurgia, com os últimos resultados laboratoriais cuja cultura confirma Ko. Conseqüentemente após discussão do caso entre o cirurgião e o bioquímico, se opta pela amputação transfemoral do membro inferior esquerdo como terapia pretendidamente curativa, já que episódios de diarreia sanguinolenta começavam a agravar o quadro. Tratamento aceito pelo paciente e pela família.

**PO 3170**

**SCHAWANNOMA RETROPERITONIAL**

Sandy Cândido; Pablo Giovanni Cruz.

*UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL*

Objetivo: Relatar o caso de um paciente portador de um schwannoma retroperitoneal em que o paciente apresentava uma lesão tumoral na região retroperitoneal expansiva a esquerda, relatando fortes dores lombares e de membros inferiores. E verificar quais os métodos de diagnóstico para esse tumor. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Conclusão: Viu-se que, trata-se de um tumor assintomático e que geralmente apresenta manifestações clínicas no sistema nervoso central e que, sendo em outra região corporal como o abdômen só é descoberto incidentalmente ou associado a sintomas não característicos vistos de forma geral por meios clínicos. E para isso, faz-se necessária a realização de exames complementares e de diagnósticos diferencial através de fragmentos do tumor para dar de forma precisa o diagnóstico concreto da massa tumoral, para ser realizado o procedimento de retirada do schwannoma. Sendo assim, necessária a intervenção cirúrgica para a remoção do schwannoma, para melhor qualidade de vida do paciente.

**PO 3172**

**ABCESSO DE PSOAS: UM RELATO DE CASO**

Adrielle Artilha Lepre; Maria Paula Atui Modesto; Trícia Aline Ribeiro Pattini de Souza.

*UNIVERSIDADE BRASIL, FERNANDÓPOLIS - SP - BRASIL*

Introdução: Os autores abordaram um caso de abscesso de psoas, com base em sinais e sintomas do paciente e auxílio de exames de imagem. Relato de caso: J.O.R., sexo masculino, 72 anos. Procurou atendimento em Unidade Básica de Saúde com queixa principal de dor em hipocôndrio e flanco direito há 20 dias, associado a episódios de vômitos e colúria. Foi tratado ambulatorialmente sob suspeita de infecção do trato urinário. Sem melhora do quadro, procurou Unidade de Pronto Atendimento, com resultados de exames solicitados em UBS, sendo um hemograma infeccioso e laudo ultrassonográfico de colelitíase e nefrolitíase. Optou-se por internação hospitalar e foi evidenciado antecedente de abscesso em região lombar há 30 anos. Deu início a antibioticoterapia empírica e realizada tomografia computadorizada de abdome, que diagnosticou abscesso de psoas em região paravertebral à direita. Foi indicada a drenagem percutânea da coleção. Discussão: A Psoíte corresponde a uma infecção retroperitoneal que envolve a aponeurose dos músculos psoas maior e menor. Atualmente, os principais agentes etiológicos incluem o *S. aureus* e *E. coli*, através de disseminação hematogênica ou por contiguidade de tecidos infectados. O quadro clínico clássico apresenta febre, dor inguinocrural e limitação do movimento devido à inervação por L2, L3 e L4 serem afetadas pela inflamação. Sintomas não específicos podem surgir, como prostração, náusea e vômito. O hemograma se mostrará infeccioso e com o auxílio de exames de imagem o diagnóstico poderá ser concluído. O tratamento inicial se dá pela antibioticoterapia empírica e posteriormente conduzido pela cultura e antibiograma de material coletado. Nesse caso, optou-se pela drenagem de abscesso por via percutânea, podendo ser guiada por USG ou TC de abdome. Conclusão: Foi verificada a importância da investigação de antecedentes do paciente, visualização do abscesso através de TC de abdome e tratamento pouco invasivo, que demonstrou sua eficácia e baixo custo.

PO 3173

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL ÍLEO-CÓLICA IDIOPÁTICA NO ADULTO – RELATO DE CASO**

Larissa Cristina de Castro Xavier<sup>1</sup>; Maria Karoline Souza Chagas<sup>2</sup>; Renan Guimaraes Assunção Campos<sup>2</sup>; Júlio César Santos da Silva<sup>2</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO ANTENAS, PARACATU - MG - BRASIL
2. HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL

A intussuscepção intestinal é a invaginação de um segmento do intestino, a outro adjacente<sup>1</sup>. Representa 5% das obstruções intestinais nos adultos<sup>1</sup> e possui três formas: entero-entérica; colo-cólica e íleo-cólica<sup>2</sup>. Sintomas de dor abdominal, massa palpável e fezes sanguinolentas estão presentes na minoria dos pacientes adultos, dificultando o diagnóstico<sup>3</sup>. Nesta faixa etária a patologia é quase sempre secundária, sendo os casos idiopáticos de extrema raridade<sup>2-3</sup>.

I. C. C., sexo feminino, 37 anos, hígida, apresentou quadro de dor abdominal tipo cólica há 7 dias, hiporexia, diarreia seguida de constipação, náuseas e vômitos. Ao exame evidenciado bom estado geral, abdome doloroso à palpação profunda difusamente, com massa palpável de cerca de 6 cm em epigástrio, sem sinais de peritonite. Sem alterações laboratoriais. A tomografia de abdome com contraste endovenoso evidenciou massa heterogênea com sinais de invaginação intestinal, levantando a hipótese diagnóstica de intussuscepção ileocólica complicada com hemorragia, conforme representado na Figura 1.

A paciente foi submetida a laparotomia exploradora que evidenciou intussuscepção de alças de íleo, ceco e cólon ascendente em cólon transversal, com perfuração no interior da invaginação e aspecto de isquemia / necrose – Figura 2. Realizada ileocoliectomia direita, até o terço distal do cólon transversal, com anastomose primária íleo-cólica. A análise anatomopatológica da peça evidenciou ileocolite ulcerativa segmentar isquêmica e apêndice cecal com hiperplasia linfóide reacional, sem sinais de malignidade na peça. A paciente apresentou boa evolução, recebendo alta no 4º dia pós-operatório.

A intussuscepção intestinal no adulto pode gerar sintomas como dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia e normalmente associa-se a melanomas e pólipos<sup>4</sup>. No caso relatado, a paciente apresentava todos os sintomas prevalentes, porém com causa primária idiopática.

O diagnóstico em sua maioria é realizado intra-operatório, e se for tardio pode apresentar complicações como perfuração, peritonite, e até mesmo óbito<sup>5</sup>. Neste relato, a paciente teve seu diagnóstico pré-operatório firmado pela tomografia de abdome com contraste.

No tratamento das intussuscepções de cólon, é indicada a cirurgia de laparotomia com ressecção da alça acometida, pois a maior causa de obstrução é a lesão maligna<sup>2-6</sup>. Com o diagnóstico precoce, pode-se realizar anastomose primária entre os tecidos saudáveis, como o caso da paciente estudada, conforme tratamento preconizado<sup>2</sup>. Se o diagnóstico for tardio, com maiores complicações pode ser necessária a realização de maiores ressecções, bem como colostomia<sup>2</sup>.

Percebe-se que a condição se trata de evento raro, que deve ser conhecido pela classe médica, desde profissionais da atenção primária, até especialistas da área cirúrgica e radiológica a fim de que o diagnóstico e tratamento sejam realizados de forma precoce e eficaz.

PO 3174

**ABORDAGEM DO POLITRAUMATIZADO DO PRÉ-HOSPITALAR AO CENTRO CIRÚRGICO: UM RELATO DE CASO**

Thaís Lima Barreto; Brenda Luiza de Sousa Sanches; Caio Lopes Pereira Santos; Gabriela Malaquias Barreto Gomes; Tauá Vieira Bahia.

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Introdução:** O politraumatizado possui lesões que atingem mais de um sistema corporal. Nesse contexto, o presente relato aborda um trauma complexo fruto de um atropelamento e tem como principal objetivo demonstrar o manejo de uma vítima politraumatizada desde a cena até o ambiente intra-hospitalar. O paciente em questão apresentou uma lesão laringotraqueal e vascular, além de um pneumotórax hipertensivo.

**Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 39 anos, vítima de atropelamento em estacionamento próximo da BR-324, em Salvador. Foram deslocadas duas unidades do SAMU até o local: uma de suporte avançado de vida (SAV) e outra de suporte básico. Inicialmente, o paciente estava sentado no chão, agitado, com desconforto respiratório evidente associado a estridor laringeo e era percebida movimentação do ar em região cervical anterior pelo tecido subcutâneo à respiração. Prontamente a equipe de atendimento pré-hospitalar fez a estabilização manual da cabeça, providenciou o transporte do mesmo até a maca da ambulância (com a cabeceira elevada) e preparou o material para intubação orotraqueal.

Na avaliação primária, percebeu-se enfisema subcutâneo cervical, fratura laringea palpável, e indícios de obstrução iminente de vias aéreas. No exame do tórax, havia diminuição do murmúrio vesicular e equimose em parede torácica anterossuperior, ambos à direita. À inspeção circulatória, notou-se pulsos periféricos acelerados e cheios, palidez, sudorese e cianose de extremidades. Foram obtidos acesso periférico, monitorização cardíaca e oximetria. A avaliação do Glasgow foi imprecisa por agitação do paciente. Por fim, percebeu-se um hematoma no couro cabeludo, com suspeita de traumatismo cranioencefálico associado.

Durante a preparação da intubação, houve rápida deterioração clínica, com queda da saturação e piora da cianose. Assim, foi optada pela via aérea cirúrgica, com dificuldade pela distorção anatômica e sangramento atípico, pela lesão vascular. Após o procedimento bem sucedido, o paciente foi sedado para acomodação à ventilação assistida. No hospital, ao ser encaminhado para o centro cirúrgico, houve resistência nessa ventilação, associada à nova queda de saturação, ausculta abolida no hemitórax direito, a percussão tornou-se timpânica e os sinais de choque tornaram-se aparentes, suspeitando de pneumotórax hipertensivo. Realizou-se descompressão torácica, com melhora no quadro, seguido do encaminhamento para o centro cirúrgico, onde o paciente recebeu cuidados especializados.

**Discussão:** O trauma cervical tem baixa prevalência, mas pode ter evolução catastrófica devido às possíveis lesões associadas. Por fim, esse atendimento possui aspectos essenciais para o desfecho positivo: domínio na condução do caso e dos cuidados de SAV, além do atendimento e transporte rápido. Assim, é notável a importância de conhecer o atendimento inicial ao politrauma, dominar técnicas cirúrgicas na abordagem das vias aéreas na emergência e das reavaliações constantes.

PO 3175

**RECONSTRUÇÃO DE CALCÂNEO COM UTILIZAÇÃO DE RETALHO DO TIPO CROSS-LEG: RELATO DE CASO**

Jefferson Andre Pires; Rubens Navarro de Sousa; Raphael Fernando Fonseca Genevcius; Erick Frank Bragato; Marcos Momolli; Leonel Manea Neves; Meire Augusto de Oliveira Bruscajin.

*CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** As reconstruções mais complexas dos membros inferiores, principalmente do terço distal ainda são um desafio para os cirurgiões plásticos. As principais alternativas utilizadas são retalhos pediculados do mesmo membro, do membro contralateral (cross-leg) e os retalhos microcirúrgicos. O retalho cross-leg (do inglês “perna cruzada”), foi descrito pela primeira vez em 1854 e, depois disso, vem sendo utilizado para cobertura de defeitos nas pernas e pés. O objetivo desse artigo é realizar o relato de caso de um paciente que apresentou lesão traumática de calcâneo com evolução de dois anos, que teve contra-indicação de reconstrução do mesmo por vários especialistas e após discussão com a equipe e o paciente optou-se pela realização de um retalho do tipo cross-leg.

**REALATO DE CASO:** W. R. N., sexo masculino, 28 anos de idade, sofreu trauma do membro inferior esquerdo por queda de motocicleta em 2017. Neste mesmo ano no serviço onde foi atendido pelo trauma realizaram enxertia de pele em calcâneo ipsilateral, onde havia perda importante de tecido, contudo sem sucesso. Desde então procurou outros serviços onde foi contra-indicado grandes reconstruções e orientado a fazer apenas reabilitação. Cerca de dois anos após o trauma, chegou ao Ambulatório de Cirurgia Plástica do Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CHM) – SP, com seqüela de trauma no calcâneo esquerdo, com ferida em parte cruenta e seguimentos cobertos por pele fina e friável e também perda de partes moles, relatando importante dor ao repouso e principalmente ao deambular. Após discussão com a equipe juntamente com o paciente e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, optou-se pela realização do retalho do tipo cross-leg. Em agosto de 2019 foi então realizado o primeiro tempo do processo cirúrgico, com o desbridamento da área receptora, a transposição do retalho fasciocutâneo tipo B (classificação de Mathes e Nahai) e a fixação dos membros inferiores pela equipe da ortopedia com fixadores externos. O paciente permaneceu internado na enfermaria cirúrgica, em uso de medicações analgésicas, profilaxia de trombose, antibioticoterapia profilática e curativos diários das feridas. Após a autonomização do retalho (21 dias do primeiro procedimento), foi realizado o segundo tempo cirúrgico para secção do pedículo, liberação dos fixadores externos e enxertia de pele na área doadora.

**DISCUSSÃO:** O retalho cross-leg tem se mostrado como uma boa e útil opção alternativa de reconstrução, especialmente nos casos onde existem defeitos complexos dos membros inferiores, e quando os retalhos livres não podem ser realizados devido à existência de danos nos vasos. O retalho do tipo cross-leg, em nosso caso, demonstrou-se uma opção impactante e confiável para a reconstrução de lesões no membro inferior. O paciente relatou satisfação com o resultado tanto funcional como estético e apresentando melhora significativa da dor.

PO 3177

**LESÃO ANAL POR CHIFRADA DE TOURO: RELATO DE CASO.**

Anderson José Vieira da Silva<sup>1</sup>; Natalia Abreu Silva Vieira<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, FORTALEZA - CE - BRASIL
2. UNICHRITUS, FORTALEZA - CE - BRASIL

**Introdução:** O canal anal pode ser o sítio de lesões incomuns, mórbidas e com risco de infecção grave, potencialmente fatal. Estas lesões podem interferir negativamente na qualidade de vida dos pacientes, sobretudo quando há perda da função esfinteriana e necessidade de colostomia definitiva. O traumatismo por chifrada de boi é incomum, com predominância em áreas rurais na América Latina, Índia e Espanha, acometendo o abdome e o perineo na maioria dos casos. **Relato de Caso:** J.R.F., masculino, 26 anos, solteiro, natural e procedente de Sobral- Ce, vaqueiro, deu entrada no Departamento de Emergência no dia 26/04/2018 com lesão perfuro-contusa extensa em região anal em decorrência de “chifrada de animal”. Apresentando dor local intensa, com perda da anatomia anal (extensa laceração anal e perianal), com esgarçamento de aproximadamente 45% esfíncter anal póstero-lateral esquerdo e da musculatura do assoalho pélvico até o cóccix, com tecido desvitalizado e sangramento moderado. Manteve estabilidade hemodinâmica durante atendimento inicial, encaminhado ao centro cirúrgico para realização de colostomia em alça e esfinteroplastia anal. **Discussão:** Acidentes perforantes provocados por animais são incomuns no mundo, sendo de maior prevalência em países onde é comum o espetáculo com touros, como no México e Espanha ou onde tais animais, como por exemplo a vaca, são considerados sagrados, com é o caso da Índia. **Conclusão:** As lesões anais podem apresentar uma ampla variedade de padrões que exigem uma avaliação diagnóstica e tratamentos precisos. O conhecimento do cirurgião para a correta avaliação da anatomia local e classificação da extensão é necessário para a tomada da melhor conduta caso a caso.

PO 3182

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL IDIOPÁTICA NO ADULTO: UM RELATO DE CASO**

Igor Rocha Del Bizzone; Pablo Patrick Pereira; Paula Braga Nunes; Elkin Charris Ebret Silva; Luciana Oliveira; Paulo de Tarso Vaz de Oliveira.

*HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO, SANTO ANTÔNIO DO AMPARO - MG - BRASIL*

A intussuscepção intestinal, urgência médica raro no adulto, ocorre devido a invaginação do lúmen intestinal em outro seguimento adjacente. A clínica é inespecífica podendo manifestar inapetência, hiporexia, vômitos e síndrome crônica obstrutiva. Alguns casos de sub-oclusão intestinal com escapes fecais impedem o diagnóstico precoce. As etiologias são: idiopática, primária ou secundária. Caso clínico A.E, 58 anos, homem, hígido, com dor abdominal difusa e inespecífica há 2 semanas com piora há 24h. Náuseas, vômitos, inapetência e constipação. O abdome era normotenso, distendido, ruídos hidroaéreos presentes, e dor a palpação profunda na região de fossa ilíaca direita. Laboratório: LG: 10.400; PCR: 47,2; Cr: 1,2; EAS negativo. Radiografia de abdome total com distensão difusa de alças de intestino delgado (ID); Tomografia Computadorizada de Abdome demonstra acentuada distensão gástrica e de ID, com orientação em caracol de suas alças a nível pélvico, líquido na cavidade abdominal, sugerindo hérnia interna ou intussuscepção intestinal. Laparotomia exploradora evidenciou intussuscepção cerca de 90cm do Ângulo de Treitz com comprometimento vascular local. Ressecado o segmento com margem ampla e enteroanastomose primária latero-lateral dos seguimentos adjacentes. Reintrodução precoce da dieta via oral com alta hospitalar no terceiro dia pós operatório. Anatomopatológico: necrose hemorrágica de segmento entérico devido intussuscepção intestinal, congestão linfonodal, sem malignidade. Discussão: A etiologia primária é mais comum na criança; a secundária geralmente associada a malignidade; idiopática, rara no adulto. A Radiografia é o exame mais pedido na abordagem inicial, e raramente apresenta sinais claros sugestivos. O ultrassom abdominal demonstra o sinal do alvo no corte transversal e pseudo rim no longitudinal, com padrão multilamelar ou "em casca de cebola" com as várias camadas das paredes intestinais envolvidas. Tomografia Computadorizada apresenta a maior sensibilidade, avaliando a extensão e o comprometimento de estruturas adjacentes, nos casos malignos. Entretanto, na maioria dos casos o diagnóstico definitivo é feito durante a abordagem cirúrgica terapêutica. Conclusão O manejo inicial e diagnóstico pré-operatório é retardado devido a variabilidade e inespecificidade da apresentação clínica no adulto. Devido à grande incidência de condições malignas, a ressecção cirúrgica seguida de avaliação complementar é fundamental para um diagnóstico definitivo.

PO 3184

**HÉRNIA DE AMYAND: UM RELATO DE CASO**

Igor Rocha Del Bizzone; Paula Braga Nunes; Pablo Patrick Pereira; Aline Garcia; Leticia Vaz; Paulo de Tarso Vaz de Oliveira.

*HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO, SANTO ANTÔNIO DO AMPARO - MG - BRASIL*

Introdução: A hérnia de Amyand define-se como a presença do apêndice ileocecal dentro do saco herniário inguinal, associada ou não a apendicite aguda. Sua incidência varia de 0,5% a 1%, sendo mais rara quando há inflamação, perfuração ou abscesso. É mais frequente em indivíduos do sexo masculino e na infância, mas existem relatos em todas as idades. Relato do Caso: JCS, 66 anos, sexo masculino, hígido, procura atendimento com quadro de hérnia inguinal encarcerada de longa data à direita, evidenciada ao exame físico. Trouxe ultrassonografia de região inguinal com herniação de conteúdo omental e intestinal através do canal inguinal direito até a bolsa escrotal, com pouca mobilidade as manobras de compressão. Optado por hernioplastia, com visualização de hérnia indireta, com apêndice reto-cecal no interior do saco herniário, sem inflamação local, evidenciando Hérnia de Amyand tipo I. Realizada apendicectomia e hernioplastia inguinal com colocação de tela de marlex. Material cirúrgico foi enviado ao anatomopatológico, confirmando ausência de inflamação do apêndice ileocecal. Discussão: A hérnia de Amyand é uma condição rara, sendo apresentado mais comumente como hérnia indireta e assintomática na maioria dos casos. A inflamação do apêndice, nesse caso, ocorre por compressão extraluminal, e pode reproduzir um quadro de apendicite aguda ou hérnia inguinal complicada. O diagnóstico pré-operatório depende de exames de imagem, ultrassonografia ou tomografia computadorizada, geralmente não realizados, já que o diagnóstico é clínico tanto na apendicite quanto na hérnia inguinal. Desta forma, é um achado do ato cirúrgico. O determinante mais importante no tratamento é a presença de apendicite, abscesso periapendicular, peritonite ou sepse abdominal, pois é contraindicado o uso de tela de marlex nesses casos, realizando apenas apendicectomia e reparo primário da hérnia. No caso de um apêndice não inflamado, é realizado a hernioplastia sem apendicectomia. Conclusão: Apesar da baixa incidência e do difícil diagnóstico pré-operatório, quadros clínicos de dor em região da fosse ilíaca, inchaço inguinal, associados a sinais de infecção, devem ter a hérnia de amyand como diagnóstico diferencial. Já que, é o achado intraoperatório que irá influenciar na correta conduta terapêutica desta emergência cirúrgica.

PO 3189

**TRATAMENTO NÃO CONVENCIONAL DA APENDICITE EM PACIENTE COM CORONAVÍRUS**

Gabriel Tadeu Ghanem Habib; Eduardo Costa Beltrame; Bruno Gomes Duarte; Luisa Rezende Cecilio; Jordana Santos Antunes de Oliveira.

HCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Sabe-se que as urgências cirúrgicas abdominais não traumáticas são muito frequentes e continuaram a aparecer nos serviços de emergência durante a pandemia COVID-19. Nesse período, o tratamento destes doentes merece uma discussão mais ampla, pois há pontos ainda não bem estabelecidos quando há concomitância da infecção pelo coronavírus, com um caso de apendicite, como aborda o trabalho em questão. **CASO CLÍNICO:** Paciente S.F.G.R. sexo masculino, com 14 anos, pesando 121,5 kg (IMC 34,8), sem outras comorbidades, chega a emergência com início dos sintomas há um dia e quadro de dor abdominal à descompressão dolorosa em FID, diarreia aguda estável hemodinamicamente, subfebril (37,5 °C), mas sem sintomas respiratórios. Ao exame físico se mostrava em bom estado geral e eupneico em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome pouco distendido, peristáltico, timpânico, com dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, descompressão dolorosa. Solicitou-se exame laboratorial, teste rápido para coronavírus, tomografia de tórax e abdome. Foi evidenciado discreta leucocitose, IgM e IgG positivos para coronavírus, tomografia de tórax e abdome mostrando apêndice de diâmetro aumentado (16 mm), sem apendicolito, associado a discreto realce parietal, com obliteração dos planos adiposos e pequena quantidade de líquido na goteira parietocólica. Dessa forma, optou-se pelo tratamento conservador da apendicite aguda com Amoxicilina + Clavulanato, hidratação venosa e AINES. O paciente evoluiu com melhora da dor abdominal e do leucograma, porém, se manteve subfebril e com diarreia. No sétimo dia de internação mantendo a antibioticoterapia e programada nova tomografia de abdome para reavaliação. A tomografia mostrou piora do padrão com apêndice espessado (cerca de 13 mm), com realce parietal, observando-se densificação da gordura. Duas coleções medindo respectivamente 3,5 x 2,3 x 3,3 cm (T x AP x L), com volume estimado em 13 ml, localizada na fossa ilíaca direita, adjacente ao apêndice vermiforme, e medindo 9,8 x 9,3 x 6,8 mm (T x AP x L), com volume estimado em 320 ml na pelve., optando-se por apendicectomia com drenagem de abscesso pélvico por videolaparoscopia e colocação de dreno de Blake no décimo dia de internação. A evolução ocorreu de forma satisfatória, obtendo alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório, com antibioticoterapia via oral até completar 21 dias, com dreno retirado ambulatorialmente. **DISCUSSÃO:** A abordagem não cirúrgica da apendicite aguda já se mostrava satisfatória em cerca de 75% dos casos baseado em estudos prospectivos, justificada em tempos de pandemia pelos Guidelines do American College of Surgeons e do Journal of Pediatric Surgery. Os mesmos também mostraram altas taxas de falha no tratamento conservador (30-50%) quando complicada com abscesso ou presença de apendicolito. Decisão também apoiada pela menor exposição da equipe ao vírus, defendido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

PO 3192

**TÉCNICA DE MICROPERFURAÇÃO DE CALOTA CRANIANA, PARA RECOBRIMENTO TECIDUAL, APÓS PROCESSO INFECCIOSO DE ESCALPO PÓS TRAUMA - RELATO DE CASO.**

Gabriel de Melo Ferreira<sup>1</sup>; Arytanna Borges da Silva Castro<sup>1</sup>; João Liberato de Oliveira Neto<sup>2</sup>; Bruno Emmanuelli de Oliveira Silva<sup>3</sup>; Talita Sposito de Oliveira<sup>1</sup>; Luiz Haruo Miyazaki<sup>1</sup>.

1. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, SAO SEBASTIAO DO PARAISO - MG - BRASIL
2. HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE APARECIDA DE GOIÂNIA- HUAPA, APARECIDA DE GOIÂNIA - GO - BRASIL
3. HOSPITAL GERAL ERNESTO SIM

**Introdução:** As lesões traumáticas por contusão direta podem comprometer a espessura total do couro cabeludo, com eventual exposição da calota craniana, possibilitando processos infecciosos e até necrose óssea craniana. Nesse sentido valida-se a preocupação da cobertura da estrutura óssea por tecidos bem vascularizados, como também a cicatrização com fechamento da área lesada.

**Relato:** Paciente de 45 anos idade deu entrada na SCMSSP/MG, em Julho de 2019, vítima de espancamento com TCE grave e com múltiplas lesões contundentes pela face e crânio.

As lesões contundentes de couro cabeludo em região occipital D, evoluíram com bordas irregulares, inicialmente de 3cm x 2cm, abordado pelo departamento de Cirurgia Geral com debridamento cirúrgico. Contudo, a lesão manteve em fase de expansão da necrose, envolvendo toda a espessura da cobertura cranial, evoluindo com ressecção inclusive do periosteio em reabordagens sucessivas, até controle da infecção, de modo que houve grande perda de tecido, parietal D/E e occipital (25cm x 15cm).

A manutenção dos contornos da lesão com tecido de granulação possibilitou, como último procedimento cirúrgico, a realização de microperfurações da tábua externa do crânio, na tentativa de promover maior vascularização, para a granulação dessa área central da ferida de exposição da tábua óssea, para então ter condições de implante de retalho.

Paciente recebeu alta, com seguimento ambulatorial e em 6 meses de seguimento, notou-se a granulação completa da área exposta, seguido de epitelização em expansão, com o fechamento de 80% da área exposta, optado por manutenção e seguimento ambulatorial até o completo fechamento, sem a necessidade de enxertia.

**Discussão:** Em lesões extensas do couro cabeludo, com perda do periosteio, mal vascularizadas e associadas à infecção ou em pacientes debilitados, a técnica de múltiplas perfurações da tábua externa do crânio surge como alternativa.

Não foi optado pela enxertia no caso, pelo crescimento irregular do substrato vascularizado sobre a tábua óssea, seguido já pela cobertura de neo-epitelização também de maneira irregular, preservando assim conduta expectante para o fechamento completo da ferida, mostrando como uma opção de cobertura estável e de boa qualidade, assim satisfazendo as necessidades do paciente.

**Referência:** Cleyton Dias Souza. Reconstruction of large scalp and forehead defects following tumor resection: personal strategy and experience – analysis of 25 cases. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(2):227-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n2/11.pdf>  
Dadi Bucusso Netemo, Paulo Henrique Facchina Nunes, Paulo K. Lesão de Couro cabeludo de espessura total de origem infecciosa. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(2):307-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n2/v28n2a24.pdf>

PO 3198

**PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA – RELATO DE CASO**

Jan-Peter Correia Sousa Périssé; Evandro César Cianflone Filho; Lucas Natá Lessa e Silva; Pedro Henrique de Moraes Luvizotto; Tainara Torres da Costa; Cassio Destefani Lopes; Paulo Eduardo Ocke Reis.

*UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A Fratura de Colo de Fêmur (FCF) apresenta alta prevalência nas lesões ortopédicas, principalmente em pacientes idosos, e a lesão vascular é uma complicação rara, sendo a fístula arteriovenosa e o pseudoaneurisma dois exemplos bem documentados. Este caso relata um tratamento ortopédico de FCF associado à apresentação tardia de um pseudoaneurisma de Artéria Femoral Profunda (AFP), inicialmente confundido com um hematoma. O pseudoaneurisma iatrogênico foi tratado com êxito via endovascular com a inserção de dois stents cobertos.

**Relato de caso:** Paciente, 66 anos, sexo masculino, apresentou FCF esquerdo após queda de própria altura tratada cirurgicamente com formação de possível hematoma. Após 4 meses, o paciente foi internado em um hospital geral para drenagem do hematoma, evoluindo com sangramento e queda de hematócrito. Realizou-se exames de Doppler arterial colorido e angiotomografia, que constataram presença de um pseudoaneurisma de AFP com maiores diâmetros de 6,37 cm x 6,12 cm. Assim, realizou-se a cateterização da AFP esquerda, constatando-se o pseudoaneurisma iatrogênico, que foi tratado com sucesso pela introdução de dois stents cobertos (5 x 22 mm e 6 x 22 mm) com exclusão total do pseudoaneurisma e manutenção da patência do vaso e fluxo para a extremidade inferior. A patência da AFP sem recorrência do pseudoaneurisma foi confirmada em avaliação pós-operatória por Duplex scan e angiotomografia.

**Discussão:** As lesões de AFP correspondem a aproximadamente 2% das lesões arteriais periféricas, sendo a formação de pseudoaneurisma um exemplo raro, mas evidente. A FCF é uma lesão ortopédica de alta prevalência que pode apresentar a complicação descrita. A maioria dessas lesões vasculares são subclínicas, utilizando-se do exame complementar como meio diagnóstico, sendo a angiografia a mais preconizada. Dependendo da anatomia e hemodinâmica do paciente, essas lesões podem ser abordadas via aberta ou endovascular. O tratamento de pseudoaneurismas mostrou-se bem-sucedido via embolização ou uso de endoprótese, enquanto o ligamento cirúrgico é o mais recomendado para casos de ruptura, isquemia de membros e embolização distal. O tratamento via embolização é indicado para pseudoaneurismas de pequenos ramos. O uso da endoprótese pode ser de maior valor significativo em pacientes idosos, complicações diabéticas, disfunção pulmonar ou cardíaca.

O caso evidencia a necessidade do cuidado para complicações vasculares em correções de fraturas ortopédicas, podendo essas complicações levar o paciente a uma grande piora clínica. Dados recentes evidenciam o baixo índice de complicações e segurança do procedimento descrito. Contudo, cada caso deve ser avaliado individualmente, sendo o procedimento convencional aberto também uma opção adequada e necessária para algumas situações.

PO 3199

**TRAUMA CERVICAL PENETRANTE POR INSTRUMENTO DE PESCA (ARPÃO)**

Austry Ferreira de Lima<sup>1</sup>; Larissa Nogueira Deima<sup>2</sup>.

*1. UFAL, MACEIO - AL - BRASIL*

*2. ACADEMICA DE MEDICINA DA UNINASSAU- PE, MACEIO - AL - BRASIL*

**Introdução** - Julgamos esse caso de extrema necessidade e interesse para comunidade médico-cirúrgica, por se tratar de evento de grande raridade nos traumas penetrantes do pescoço, e de difícil relato e discussão na literatura

**Relato do Caso** - Trata-se de ELS, sexo masculino de 15 anos, natural do município de Piassabuçu, interior de Alagoas, que deu entrada na unidade de trauma Dr. Daniel Houly, no município de Arapiraca, interior do mesmo estado, em 25 de dezembro de 2015, com um instrumento de pesca (arpão) cravado em região cervical anterior do pescoço, causado acidentalmente por um colega durante uma pescaria. Na eventualidade o mesmo encontrava-se estável, ansioso, discreta dispnéia, e sem resposta verbal. Foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi submetido a cervicotomia exploradora para retirado do instrumento e correção das lesões existentes: traquéia e esôfago.

**Discussão** - Os traumas cervicais penetrantes, são conhecidos por apresentarem alta complexidade com elevada morbi-mortalidade, o que confere sua grande importância quando abordados nos serviços referendados para trauma. Indiscutivelmente a literatura é extremamente vasta, relatando como maiores causadores desse tipo de lesão, o projétil de arma de fogo e a arma branca, e outros com menor frequência, como: estiletas, espetos, arpões, etc. A abordagem dos traumas cervicais penetrantes, nos dias atuais, ainda é considerada controversa por muitos autores na literatura. Seu passo inicial deve incluir a identificação da lesão, inspeção da via aérea e situação hemodinâmica da vítima, além de se ressaltar a necessidade de um bom conhecimento da anatomia, assim como o mecanismo do trauma. Portanto relatamos esse caso, comparando-o com os pobres dados da literatura e pela importância dos achados cirúrgicos, e a evolução pós operatória em 5 anos.

PO 3203

**PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO PRÉ-OPERATÓRIO E SEPARAÇÃO DE COMPONENTES – DUAS TÉCNICAS ASSOCIADAS NO TRATAMENTO DE HÉRNIA VENTRAL COMPLEXA COM PERDA DE DOMICÍLIO: RELATO DE CASO**

Victor Rivera Duran Barretto; Carlos André Balthazar da Silveira; Leonardo Araujo Carneiro da Cunha.

*ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL*

**Introdução:** A incidência de hérnias complexas com perda de domicílio (HCPD) tem aumentado e o tratamento desses casos pode exigir técnicas auxiliares além da cirurgia. A técnica de pneumoperitônio pré-operatório progressivo (PPP) foi descrita por Goni Moreno, em 1947, e passou a ser utilizada como técnica auxiliar no tratamento de HCPD, na tentativa de melhorar o alto índice de complicações. O princípio fisiológico consiste em um aumento progressivo do volume da cavidade abdominal devido à insuflação intermitente de ar na cavidade peritoneal, permitindo a redução do conteúdo da hérnia e facilitando o tratamento cirúrgico e a correção do defeito. Este estudo tem como objetivo relatar os resultados do PPP nesse caso e o impacto nas dimensões da parede e nas relações entre os volumes, além da aplicação da técnica de separação de componentes posterior (TAR- TSCP). **Relato do caso:** MMS, 56 anos, feminino, IMC: 34,7, DM II, HAS e asmática, admitida no serviço de parede abdominal com hérnia incisional recidivada com perda de domicílio (PD) há 3 anos. Tomografia de Abdome (TC) evidenciava defeito de 6,5cm, volume do saco herniário (VHS) 2276,7cm<sup>3</sup>, volume da cavidade abdominal (VCA) de 5.202 cm<sup>3</sup> e relação dos volumes (RV) 43,7%, calculados pelo método de Tanaka, et al. Seguindo o protocolo do serviço, foi indicado o PPP pois havia PD e RV > 25%. Foi programado 2000 ml/dia de ar ambiente em duas doses, por até 14 dias, de acordo com tolerância do paciente. Neste caso, foi feito por 13 dias e média diária de 1666,66 ml. Realizou TC de controle que mostrou aumento em 133,8% do VCA e redução de todo conteúdo intestinal herniado. No dia seguinte, foi submetida a reconstrução da parede com TAR (TSCP) e abdominoplastia sem intercorrências. A paciente obteve alta no 3 PO, tempo de permanência hospitalar de 18 dias. Apresentou seroma com resolução em 1 mês. **Discussão:** A PD é uma condição na qual é criado um “segundo abdome” dentro do saco herniário. Este conteúdo não retorna à cavidade, e cursa com redução do retorno venoso e diminuição da pressão intra-abdominal. A sua redução cirúrgica abrupta pode ocasionar complicações, como a síndrome compartimental abdominal e insuficiência respiratória. Estudos mostram que PD com RV > 20% estão mais associados a estes desfechos e o principal objetivo do PPP se configura aumento progressivo do VCA com melhor adaptação pulmonar. Tanto o PPP como a TSCP são métodos que aumentam o VCA, e têm sido utilizados com resultados satisfatórios e baixos índices de recorrência. Estudos recentes mostram aumento médio do VCA de 2.021 cm<sup>3</sup> / (X%) com morbidade pós-operatória de 37%, sendo as principais complicações o enfisema subcutâneo e a dispnéia, porém com baixa mortalidade complicações graves. A necessidade de reoperação atinge uma média de 12 -15,8% dos pacientes. O tratamento da hérnia complexa com PD exige uso técnicas mais agressivas e maior morbimortalidade, porém não há consenso sobre a sua melhor utilização.

PO 3204

**USO DO PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO PRÉ-OPERATÓRIO E TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES NO TRATAMENTO DE HÉRNIA VENTRAL COM PERDA DE DOMICÍLIO - RELATO DE CASO**

Carlos André Balthazar da Silveira; Victor Rivera Duran Barretto; Leonardo Araujo Carneiro da Cunha.

*ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A técnica do Pneumoperitônio Progressivo Pré-operatório (PPP) consiste na insuflação do peritônio com CO<sub>2</sub> visando o relaxamento da musculatura e em associação com a técnica de separação de componentes anterior (TSCA) promove aumento do volume da cavidade abdominal (VCA) e consegue tratar defeitos complexos de parede como aqueles com perda de domicílio (PD), porém ainda não há consenso na literatura sobre sua melhor forma de aplicação, carecendo, portanto, de novos estudos com maior nível de evidência. **RELATO DE CASO:** ACS, 64 anos, IMC 34,7 e HAS, foi admitido com hérnia incisional de linha média com PD, decorrente de complicação cirúrgica após cistostomia realizada há 12 anos. A Tomografia de abdome (TC) relatava defeito de 10,5 cm, volume do saco herniário (VSH) de 2.608,9 cm<sup>3</sup>, VCA de 7.446 cm<sup>3</sup> e relação de volumes (RV) de 35%. Seguindo protocolo do serviço, cuja aplicação do PPP é indicada quando RV > 25%, foram programados 14 dias de insuflação de ar ambiente, com até 2000 mL/dia. A média foi de 1738 mL/dia, por 11 dias efetivos. A TC após o término do PPP evidenciou aumento de 54,8% do VCA e redução completa do conteúdo herniado. No D15, o paciente foi submetido a reconstrução da parede pela TSCA com tela de polipropileno, além de abdominoplastia. Os procedimentos ocorreram sem intercorrências. O tempo de UTI foi de 1 dia e paciente recebeu alta hospitalar no 2º DPO. Não houve complicações pós-operatórias. **DISCUSSÃO:** Ainda não há consenso na literatura sobre o conceito de PD e nem padronização do tratamento. A principal dificuldade é restaurar o conteúdo herniado e corrigir o defeito evitando as complicações, como a síndrome compartimental abdominal (SCA). O PPP promove a adaptação progressiva do VCA à reintrodução do conteúdo e melhora da função diafragmática, porém não há consenso sobre o melhor método a ser utilizado. Renard et al., 2016, com uso do ar ambiente, mostrou aumento médio do VCA em 53%, através da injeção de 1227 mL/dia de ar ambiente em 45 casos, enquanto Valezi et al., 2018, mostrou redução de 21,9% na RV e aumento em 21% do VCA, ao insuflar 475mL/dia de CO<sub>2</sub>, com baixo índice de complicações. A TSCA é utilizada na correção de defeitos > 10 cm, pois promove grandes avanços, de até 16 cm, fechamento sem tensão e, com uso de telas, pode promover redução na recidiva. A metanálise de Hodgkinson et al., 2018, com 285 pacientes, mostrou recorrência de 9,5% e complicações de ferida operatória (CFO) em 21,6%, já a revisão de Cornette, B. et al., 2018, com 22 estudos e 665 pacientes, mostrou resultados com recidiva em 11,9% versus 5,3% nas técnicas de separação de componentes anterior (TSCA) e liberação de transversos abdominal (TAR), respectivamente, além de taxas semelhantes de CFO. Kumar et al., 2018, comparou 111 pacientes submetidos às TSCA e TSCP com recorrência de 14,3 % versus 3,6%, porém com p < 0,09.

**PO 3209**

**LESÃO DE TRONCOS BRAQUIOCEFÁLICOS E HEMOPNEUMOTÓRAX POR FERIMENTO POR ARMA DE FOGO EM TÓRAX ANTERIOR: RELATO DE CASO**

Yasmin Podlasinski da Silva; Thais Marques Rosa Pinheiro Machado; Ani Loize Arendt; Rodrigo Dallegrave Correa da Silva; Vitor Antonio Alves.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL €*

**Introdução:** O trauma vascular é comum em adultos jovens, com 12% dos casos em tórax. Dos casos por ferimentos por arma de fogo (FAF), 5,3% correspondem à lesão traumática da aorta, com necessidade de toracotomia em 78% dos casos. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 34 anos, transferido da cidade de origem ao hospital referência em trauma devido a ferimento por múltiplos FAF, sendo um localizado acima da fúrcula esternal, um em deltóide posterior à esquerda e um em região supraescapular à esquerda. Chega no hospital estável hemodinamicamente, sedado e intubado. Ao exame, na sala vermelha, foi constatado que o tubo orotraqueal se encontrava deslocado da traqueia, com presença significativa de sangue em vias aéreas, mas com ventilação simétrica. Por estar estável, optou-se por realizar uma tomografia de tórax e abdome total que evidenciou lesão de vasos da base com pouco de extravasamento de contraste, líquido compatível com hematoma no mediastino anterior (junto ao saco pericárdio), presença de projétil na parede torácica posterior à direita, hemopneumotórax à direita, fratura da escápula esquerda. Sequencialmente, procedeu-se a intervenção cirúrgica, realizado esternotomia exploradora, pela equipe de cirurgia do trauma e vascular. No transoperatório, foram constatadas lesões em tronco venoso braquiocefálico esquerdo (transfixante), tronco arterial braquiocefálico direito, arco aórtico próximo ao tronco arterial, com sangramento ativo; optou-se por clampamento temporário de carótida comum e rafia das lesões. Foi transferido para UTI, com drenagem em selo d'água à direita, ventilação mecânica, hemodinamicamente estável. **Discussão:** As lesões vasculares em tórax estão associadas ao aumento da mortalidade. O uso de endopróteses para lesões vasculares têm aumentado, contudo a maioria das lesões que são de origem traumática e que acometem várias estruturas, são, de forma geral, necessária a abordagem cirúrgica aberta. O diagnóstico adequado e a localização precisa da lesão arterial auxiliam na elaboração de uma estratégia cirúrgica dirigida. Para os casos instáveis, choque e exsanguinação, há necessidade de abordagem cirúrgica imediata.

**PO 3210**

**SALVAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA COM TROMBÓLISE E ANGIOPLASTIA – RELATO DE CASO**

Pedro Henrique de Moraes Luvizotto; Jan-Peter Correia Sousa Périssé; Tainara Torres da Costa; Cassio Destefani Lopes; Evandro César Cianflone Filho; Lucas Natã Lessa e Silva; Paulo Eduardo Ocke Reis.

*UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A fístula arteriovenosa é amplamente utilizada como sítio de punção em pacientes renais crônicos com necessidade de hemodiálise, pois é um acesso vascular eficiente que permite a conexão da circulação corpórea com o aparelho externo. Dentre as complicações desse procedimento encontra-se a não maturação, que pode ser causada devido à estenose, trombose, ausência de fluxo e pequeno calibre dos vasos. Atualmente, a angioplastia é o principal tratamento para correção de fístulas arteriovenosas imaturas e não funcionais. **Relato de caso:** Paciente feminina, 88 anos, residente do Rio de Janeiro, com histórico de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico três vezes por semana e cateter de diálise em veia femoral. Foi admitida para confecção de fístula arteriovenosa devido à necessidade de um acesso definitivo, apresentava edema em membros superiores e traqueostomia definitiva. Realizou-se Ecocolor Doppler venoso dos membros superiores, no qual se constatou ausência de calibre e fluxo satisfatório para a confecção de fístula arteriovenosa em todas as veias dos membros superiores. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica, na qual confeccionou-se fístula arteriovenosa braquio-axilar em membro superior esquerdo com enxerto de politetrafluoroetileno (PTFE). No pós-operatório, não houve intercorrências clínicas ou relatos de sangramentos, com bom fluxo na fístula realizada. Porém, após 20 dias em nova sessão dialítica, percebeu-se ausência de fluxo na fístula. Diante do caso optou-se primeiramente pela realização de trombólise com rTPase, monitorizada por fistulografia, infundindo-se 10mg em solução por 30 minutos (0,05mg/kg/h). Posteriormente, foi feita a angioplastia com punção do PTFE, insuflação de Balões Power Flex 4x40cm a 7x40cm, e aposição de Stent Smart Control 6x6cm. A paciente evoluiu bem após a cirurgia. **Discussão:** A fístula arteriovenosa é o principal acesso vascular para hemodiálise, e certas complicações decorrente de sua implantação não provocam a desistência deste sítio. Neste relato, o surgimento de um evento trombótico associado a uma estenose levou a imaturação da fístula arteriovenosa. A técnica de angioplastia junto a trombólise é um procedimento que apresenta bom prognóstico, sendo pouco invasivo e com baixos índices de complicações. Assim, percebe-se a relevância desta técnica para o salvamento de fístulas arteriovenosas imaturas ou não funcionais, evidenciando que a terapia endovascular é uma importante ferramenta na manutenção da patência das fístulas ao proporcionar um melhor fluxo sanguíneo e prevenir o aparecimento de trombozes. É também importante ressaltar que a intervenção precoce realizada no caso influenciou no bom resultado final de todo o processo.

**PO 3211**

**RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL DEVIDO A CORPO ESTRANHO INTRALUMINAL**

Leandro Vicente Zoehler; Vinícius Ferrari Henning; Marília Paz de Paiva; Antonio Colussi Diehl.

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

Paciente masculino, 60 anos, com sequelas importantes de AVC isquêmico prévio, chega ao Pronto Atendimento acompanhado de familiar referindo distensão abdominal e perda de sonda de gastrostomia. Familiar refere que há cerca de 5 dias o paciente teve parada na eliminação de gases e de fezes além de distensão abdominal progressiva, além do mais, percebeu que a sonda usada para gastrostomia não se encontrava mais em topografia usual.

No momento do exame o paciente mostrava-se pouco colaborativo e pouco comunicativo. Sua esposa referia que o paciente queixava-se de dor abdominal difusa tipo cólica, náusea e teve alguns episódios de vômito de aspecto bilioso no último dia.

Ao exame físico, tinha os sinais vitais estáveis, encontrava-se pouco desidratado, com mucosas coradas, anictéricas e acianóticas. Abdome globoso, simétrico, sem cicatrizes ou herniações, RHA abolidos, hipertimpânico, distendido, com dor à palpação profunda difusamente, sem defesa abdominal ou dor à descompressão. Desse modo, foi realizado diagnóstico sindrômico de abdome agudo obstrutivo, iniciadas medidas de hidratação, reposição hidroeletrólítica e suporte, passagem de SNG para descompressão gástrica e solicitada TC de abdome.

O exame tomográfico do abdome evidenciou sonda enteral localizada no interior de alças intestinais de delgado, inclusive com balonete inflado, localizada na projeção do flanco esquerdo e pelve à esquerda, possivelmente absorvida pelos movimentos peristálticos, com distensão de alças, principalmente de delgado e ausência de líquido livre em cavidade peritoneal. Realizada então laparotomia exploradora, com incisão mediana xifo-púbica, desfile de alças desde Ângulo de Treitz até válvula ileo-cecal, identificando duas sondas de Foley intraluminais à nível do íleo. Executada pequena incisão e retirada das duas sondas de Foley absorvidas e enterorrafia posterior com Vicryl® 3-0, além de passagem de nova sonda de Foley número 20 por pertuito prévio.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório, com melhora expressiva da distensão abdominal e retorno do trânsito intestinal normal após poucos dias. Manteve a sonda para gastrostomia bem posicionada e pérvia, sendo iniciada novamente dieta no primeiro dia de pós-operatório após procedimento.

**PO 3212**

**HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA COMPLICADA POR ESTRANGULAMENTO DE VÍSCERA OCA - APRESENTAÇÃO TARDIA.**

Leandro Vicente Zoehler; Leonardo Castilho; Kevin Verdin Phillips; Vinícius Ferrari Henning.

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Hérnia diafragmática traumática ocorre quando há passagem de vísceras da cavidade abdominal ou coração através de defeito diafragmático criado por trauma em região toracoabdominal. É um evento raro de difícil diagnóstico nos portadores de complicações tardias. O tratamento cirúrgico é difícil, visto que poucos cirurgiões já presenciaram esse tipo de cirurgia. Dessa forma, relatos de casos auxiliam para o maior conhecimento da patologia, colaborando para melhorar a assistência médica.

**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 54 anos, com queixas de plenitude pós-prandial há mais de 15 anos. Havia realizado diversas endoscopias e colonoscopia, com presença de pólipos hiperplásicos. Com histórico de trauma contuso de região toracoabdominal por acidente automobilístico com fraturas de arcos costais. Apresentou-se à emergência do hospital com dor abdominal e náuseas um dia após realização de colonoscopia de rastreio, que não evidenciou anormalidades. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, sinais vitais estáveis, com abdome distendido e timpânico. Submetida tomografia computadorizada, que evidenciou herniação de alças colônicas distendidas por ar para o interior do tórax envolvendo o cólon direito e parte do transversal, através de defeito de continuidade do diafragma direito, medindo aproximadamente 12 cm. As alças intestinais herniadas apresentam importante afilamento de calibre no local do defeito da parede diafragmática, compatível com hérnia encarcerada, associada a mínima quantidade de líquido livre entre as alças herniadas. As alças colônicas à jusante encontram-se colabadas, podendo representar aspecto obstrutivo.

À videolaparoscopia exploratória, evidenciou-se herniação visceral para hemitórax direito através de defeito diafragmático. O fígado, epíplon e cólon direito e transversal estavam herniados. Realizada redução do saco herniário, lise de bridas e corrigido defeito herniário com fio monofilamentar lentamente absorvível e realizado colocação de tela de polipropileno sobre a sutura. Sem intercorrências no trans-operatório e evolução satisfatória no pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** O diagnóstico de herniação diafragmática é desafiador, dependendo do alto grau de suspeição, conhecimento dos mecanismos do trauma e da avaliação de injúrias associadas. No caso descrito como não se obteve acesso aos exames de imagem torácico prévio, não pode afirmar que os sintomas crônicos descritos pela paciente eram de fato em decorrência da herniação prévia. Provavelmente, o fator desencadeador do encarceramento do cólon foi a realização da colonoscopia, que insuflou ar no interior do cólon, causando a herniação pelo defeito e o posterior encarceramento. O estudo demonstra que o tratamento pode ser realizado com sucesso pela via laparoscópica, mesmo em cenário de emergência, garantindo excelente visualização do campo cirúrgico, inspeção da cavidade intraperitoneal e propiciando menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida.

**PO 3214**

**SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RARO RELATO DE UMA DOENÇA DE MANEJO ESSENCIALMENTE CIRÚRGICO**

Lucas Natã Lessa e Silva; Miguel Augusto Martins Pereira; Lucas Caetano Silva; Igor Silva Marvila; Hye Chung Kang.

*UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A Síndrome de Rendu-Osler-Weber ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) é uma rara doença autossômica dominante. O diagnóstico é definido por pelo menos 3 dos critérios de Curação: epistaxe recorrente, telangiectasias mucocutâneas, malformações arteriovenosas e histórico familiar.

**Relato de Caso:** Paciente feminina, 49 anos, com diagnóstico de THH há mais de 10 anos e histórico de múltiplas internações e hemotransfusões por anemia crônica severa/de risco à vida. No Serviço de Emergência, queixa-se de lipotimia, fraqueza muscular, dispneia, palpitações, epistaxe e melena recorrentes há cerca de 1 mês. Paciente refere epistaxe que se intensificava aos esforços e/ou estresse desde os 9 anos. Ao exame físico constatou palidez acentuada, telangiectasias aparentes em pele e mucosa orais. Na investigação dos sangramentos e anemia da paciente, foi diagnosticada a THH e identificado ainda traço falcêmico. Foi tratada com cauterização do foco hemorrágico e a manutenção da umidificação da mucosa nasal. Após 4 anos, retorna apresentando uma hemorragia digestiva alta (HDA), sendo feita uma esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia, que indicou a presença de angiodisplasias gástricas e de cólon, tratadas com eletrofulguração com cateter bipolar. Um ano depois, foi necessária outra internação dada a dispneia, astenia, epistaxe, anemia grave e dor precordial. Nesse momento, identificou-se uma fístula/malformação arteriovenosa pulmonar (MAVP), tratada por abordagem endovascular. Após 11 anos do diagnóstico da doença, uma tomografia de tórax foi sugestiva de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), com sobrecarga venosa, ascite, derrame pleural e pericárdico, devido às malformações vasculares comuns da doença.

**Discussão:** A THH é uma doença sem cura e, portanto, de tratamento paliativo e, essencialmente cirúrgico, sendo priorizada a individualidade de cada caso. As MAVP são raras, sendo a THH a principal causa. Dessa forma, a abordagem endovascular é o tratamento padrão ouro para as MAVP com oclusão. As angiodisplasias gastrointestinais são lesões incomuns em pacientes com esta síndrome e são importantes causadores de perda crônica de sangue. O tratamento dessas lesões é feito através de terapias endoscópicas, sendo que no nosso caso, a eletrofulguração das lesões intestinais se mostrou fundamental.

**PO 3215**

**HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DIREITA MACIÇA ESPONTÂNEA DE APRESENTAÇÃO NO ADULTO**

Camilo Andres Cañas; Lorena Castillo; Flavio Antonio de Sa Ribeiro; Michaela Gauer.

*INSTITUTO CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

A hérnia diafragmática direita tem apresentações etiológicas congênitas, adquiridas, traumáticas ou espontâneas. Quando congênita, tem sintomatologia no período neonatal, podendo ser classificadas como hérnia de Bochdalek ou Morgagni. Devido ao caráter multifatorial, tem manifestações variadas e em muitos casos, o diagnóstico é incidental.

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino de 38 anos de idade, com restrição de mobilidade corpórea e alterações no crescimento e desenvolvimento físicos, devido à seqüela de infecção neonatal por sífilis. Inicia quadro de dor abdominal, hematêmese e anemia, associado a quadro digestivo inespecífico. Submetido a tomografia computadorizada contrastada, evidenciando quadro de hérnia diafragmática maciça direita. Foi submetido a duas abordagens cirúrgicas redutoras, sendo a primeira por reparo do segmento diafragmático acometido com grande omento e a segunda com implantação de tela de polipropileno.

**DISCUSSÃO:** se apresenta o seguinte caso hérnia diafragmática do lado direito com migração de conteúdo abdominal para o hemotórax, com acometimento gastrointestinal e respiratório, se tentou resolver inicialmente por via abdominal para maior visualização e pela apresentação da sintomatologia; porém, recidivou. É por isso que se pensa que é uma hérnia de origem congênita (Bochdalek), por sua apresentação e tamanho, e, portanto, precisou de uma segunda intervenção cirúrgica, pelo qual realizou-se toracotomia anterolateral direita e uso de tela, tendo uma evolução favorável

PO 3216

**HIPERPLASIA DE GLÂNDULAS DE BRUNNER: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA SUB-OCCLUSÃO/OCCLUSÃO INTESTINAL-RELATO DE CASO**

Karoline Aparecida Janones<sup>1</sup>; Gabriela Rampanelli<sup>2</sup>; Kauanny Fernandes Lima<sup>2</sup>; Sofia Dias Figueira<sup>3</sup>.

1. UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL
2. UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, CUIABÁ - MT - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MT - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A hiperplasia das glândulas de Brunner, que servem como proteção o epitélio duodenal do quimo ácido do estômago, consiste no aumento benigno do número de células, com fisiopatologia pouco esclarecida, sendo um padrão incomum compreendendo 10,6% das neoplasias benignas duodenais e acometendo mais pacientes de 50-60 anos. A maioria dos casos é assintomático e consiste em achado incidental ao realizar esofagogastroduodenoscopia (EDA) ou exames de imagem. Todavia, os sinais e sintomas, consistem geralmente em hemorragia gastrointestinal e obstrução duodenal ambas com prevalência de 37%.

**RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 52 anos, trabalhador rural, portador de neurofibromatose tipo 2, sem outras comorbidades, com quadro de dor epigástrica, sem irradiação, plenitude pós-prandial, vômitos, náuseas frequentes após alimentação e perda de peso de 6kg em 2 meses. Realizado endoscopia digestiva alta, que evidenciou subestenose em primeira porção duodenal impedindo a progressão do aparelho, sendo realizada biópsia local cujo resultado foi hiperplasia de glândulas de Brunner. Nega cirurgias prévias, etilismo e tabagismo. Ao exame físico, paciente emagrecido, normocorado, com presença de números neurofibromas acometendo principalmente membros superiores e face. Laudo de EDA apresenta hérnia hiatal por deslizamento de pequeno porte ponto-final pangastrite endoscópica enantematosa erosiva moderada, cicatriz de úlcera duodenal-Sakita S1, subestenose duodenal impedindo a progressão do aparelho em primeira porção de duodeno, h. pylori positivo. A biópsia duodenal evidenciou hiperplasia de glândulas de Brunner. Tomografia de abdome sem alterações ao método. Devido condição nutricional na admissão, foi realizada suporte nutricional inicial. No intraoperatório, confirmada presença de estenose em região de bulbo duodenal sendo inspecionados alças de delgado com presença de múltiplos neuromas. Realizada a gastrectomia parcial com ressecção da primeira porção duodenal, anastomose término-lateral de estômago e jejuno a 15 cm do ângulo de Treitz e anastomose latero-lateral de jejuno-jejunal a 40cm do ângulo de Treitz.

**DISCUSSÃO:** Nesse relato de caso, paciente apresentou sintomas compatíveis com quadro de semi-occlusão, cujo diagnóstico vindo por EDA demonstrou lesão circunscrita gerando estenose de porção inicial de duodeno, compatível com hiperplasia de células de Brunner. A literatura demonstra a relação da patologia com infecção concomitante por H. pylori, associação com uma hiperatividade simpática e enfermidades ulcerosas, demonstrada pela verificação de esofagogastroduodenoscopia. Em 50% dos casos, as manifestações de oclusão ou semi-occlusão intestinal com náuseas, vômitos e plenitude pós-prandial também podem antecipar o diagnóstico. O método eletivo para diagnóstico é a EDA. A criação de um bypass duodenal pode ser necessária em caso de formas circunscritas que ocasionam obstrução. Em suma, trata-se de diagnóstico a ser considerado em casos de oclusão intestinal.

PO 3217

**PERITONECTOMIA PARA TRATAMENTO DE PSEUDOMYXOMA PERITONEAL**

Lorena Castillo<sup>1</sup>; Christine Marie Iglesias Garcia<sup>1</sup>; Alejandro Restrepo Botero<sup>1</sup>; Michaela Schreiner Gauer<sup>2</sup>; Ana Paula Blum Müller<sup>1</sup>; Camilo Andres Cañas<sup>1</sup>; Chabely Areche Lugo<sup>1</sup>; Flavio Antonio de Sa Ribeiro<sup>1</sup>.

1. INSTITUTO CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. INSTITUO CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Este relato de caso demonstra o uso de quimioterapia e citorredução cirúrgica como alternativa eficaz para o tratamento do PCI

**RELATO DE CASO:** RPN, feminino, 60 anos, diagnosticada com cistoadenocarcinoma mucinoso de apêndice, submetida a hemicolectomia direita, histerectomia parcial e tratamento neoadjuvante com XELOX. Identificada recidiva tumoral, TC evidenciando lesão expansiva mal definida, com densidade mista de origem aparente na região anaxial esquerda, medindo cerca de 7,5x5,0 cm. O PCI pré-operatório pontuou 12, e após o tratamento neoadjuvante 20. A cirurgia iniciou com uma incisão xifo-pubiana, colocação de afastadores, peritonectomia parietal bilateral, bem como peritonectomia diafragmática e pélvica, omentectomia maior, e ressecção parcial da parede abdominal devido à invasão do tumor. Foi feita exenteração pélvica posterior, colectomia esquerda, linfadenectomia, colecistectomia e colostomia à Hartmann. Em seguida administrou-se na cavidade aberta o quimioterápico Melphalan 60 mg/m<sup>2</sup> em 3L de solução salina 0,9% a 40°C por 1 hora. Por fim, a cavidade foi lavada com cristalóide e a parede reconstruída por meio da técnica de Ramirez, colocando uma tela de polipropileno por cima. No 4º dia, com sistema VAC em ferida operatória. No 8º, foi identificada laceração da musculatura da parede posterior na fossa ilíaca direita, evidenciando alça do íleo terminal em contato com a tela e consequente erosão tecidual. No pós-operatório imediato, a paciente permaneceu sem disfunção orgânica grave. No 20º, foi instalada sonda de Foley devido a fístula entérica, bem como, retirada da tela e reinstalação do VAC.

**DISCUSSÃO:** O surgimento do protocolo SUGARBAKER modificou o prognóstico de inúmeros pacientes com carcinomatose peritoneal. Aproximadamente 20% dos tumores mucinoides evoluem com metástases peritoneais, necessitando reintervenções cirúrgicas. Em casos de pseudomyxoma peritoneal considera-se satisfatória a ressecção a nível CC1. Neste caso foi obtida ressecção a nível de citorredução completa CC0. No exame anatopatológico, foram detectados adenocarcinoma mucinoso comprometendo mesocólon, parede colônica sem alcançar a mucosa, epiplon e tecido adiposo perivesical com linfonodos livres. O índice de carcinomatose peritoneal pós-operatório pontuou 20, representando importante fator na avaliação do procedimento cirúrgico realizado. Como complemento à extensa citorredução cirúrgica, a hipertermia do quimioterápico Melphalan possibilita a alquilação de células tumorais microscópicas residuais. É importante ressaltar a realização de anastomoses após a administração do quimioterápico, evitando a síndrome de encarceramento tumoral e deiscência de anastomoses.

**PO 3218**

**DERRAME PERICÁRDICO CAUSADO POR CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS METASTÁTICO: UMA CAUSA RARA DE TAMPONAMENTO CARDÍACO**

Erlon de Avila Carvalho<sup>1</sup>; Fabio Mitsuhiro Satake<sup>1</sup>; Rafael Reis<sup>1</sup>; Isabela Oliveira Campos<sup>2</sup>; Rafael Brito Fontella<sup>2</sup>; Ricardo José Pinheiro Reis Filho<sup>2</sup>; Julio Rezende de Andrade<sup>2</sup>; Marina Varela Braga de Oliveira<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
2. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL

O câncer renal perfaz 2% a 3% das neoplasias malignas do adulto, com incidência de 7 a 10 casos por 100.000 habitantes no Brasil. O carcinoma de células claras representa 81% dos cânceres renais, seguido pelo carcinoma papilar responsável por cerca de 14%. Estima-se que 16% dos pacientes sejam diagnosticados com doença metastática, sendo a metástase pericárdica rara. No período de 1935 até 1998 houve apenas 131 casos de tamponamento cardíaco como manifestação de malignidade subjacente.

**Relato do caso**

Paciente masculino, 49 anos, admitido com dispneia aos esforços, ortopneia e tosse há 6 meses, associado a perda ponderal de 5kg, sem febre, expectoração ou sintomas gripais. Identificado massa em hipocôndrio esquerdo e linfonodomegalia cervical esquerda. TC de tórax e abdome evidenciando massa em rim esquerdo, sugestiva de neoplasia primária e linfonodomegalias mediastinais, sugestivas de neoplasia secundária. Biópsia de linfonodo cervical compatível com carcinoma renal de células claras metastático.

Paciente evoluiu com piora respiratória, taquicardia, ingurgitamento jugular, pulso paradoxal, ortopneia, ausculta com sibilos expiratórios e crepitações leves. US com derrame pericárdico e sinais de tamponamento cardíaco. Encaminhado para abordagem cirúrgica, sendo realizada toracoscopia. Identificou-se derrame pericárdico com posterior abertura de pericárdio com cautério Hook e drenagem de líquido sanguinolento. Confeccionada janela pericárdica e pericardiectomia de 2cm, aspirado 500ml de líquido hemático, com melhora instantânea de parâmetros hemodinâmicos. Líquido e implante de pericárdio com anatomopatológico confirmando implante metastático em pericárdio.

**Discussão**

No período de 1935 até 1998 houve relato de 131 casos de tamponamento cardíaco como manifestação de malignidade subjacente. Apenas um caso de câncer de células renais foi relatado nesse período: um estudo realizado entre 1999 e 2003 avaliou 219 pacientes com derrame pericárdico, 96 pacientes possuíam neoplasias e apenas um caso de células renais.

A frequência do tamponamento cardíaco como manifestação de derrame maligno é variável, depende da função cardíaca e da taxa de acúmulo e volume de líquido. Os sinais e sintomas incluem dispneia, ortopneia, baixo débito cardíaco, ingurgitamento jugular, abafamento de bulhas, pulso paradoxal e pressão de pulso reduzida.

Narramos um caso de carcinoma de células renais de células claras, no qual os primeiros sintomas apresentados foram tosse e dispneia, presumivelmente, pelo derrame pericárdico. Videotoracoscopia e pericardiectomia foram indicados pela equipe cirúrgica.

O carcinoma renal de células claras que se apresenta com tamponamento cardíaco é raro na literatura. No entanto, o tamponamento cardíaco é uma condição clínica comum nos centros médicos. O caso enfatiza a importância de uma revisão completa da história, exame físico e complementar, além de expor a necessidade de realização de procedimento cirúrgico resolutivo e bem indicado.

**PO 3222**

**LESÃO DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA POR TRAUMA CONTUSO EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS - RELATO DE CASO**

Daniel Corradi Carregal; Paloma Maciel Araujo Rabelo.

*HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM OSVALDO REZENDE FRANCO (HRPB), BETIM - MG - BRASIL*

**Introdução:** Lesão da artéria subclávia secundária a trauma contuso é rara e poucos casos foram documentados na literatura. Estão associadas a alta morbidade e mortalidade. A maioria dos pacientes com trauma contuso que acomete as artérias subclávias vem a óbito antes de chegar ao hospital devido a cinemática do trauma. A mortalidade hospitalar permanece alta. As artérias subclávias são protegidas pelas clavículas, costelas e parede torácica. O manejo clínico e a abordagem cirúrgica variam dependendo da lesão específica. Será apresentado um relato de caso de um paciente atendido pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco. **Relato de Caso:** Paciente sexo masculino, 20 anos, trazido pelo SAMU vítima de colisão moto com carro, imobilizado, com curativo oclusivo em região torácica direita. Conduzido diretamente a tomografia por estabilidade hemodinâmica. Foram evidenciados situs inversus totalis, lesão parcial da veia subclávia direita e extravasamento de contraste em 2ª porção da artéria subclávia direita sem interrupção de fluxo, fraturas de clavícula direita, 1º e 2º arcos costas a direita, contusão pulmonar com pneumotórax a direita. Fratura com exposição articular do 5º dedo da mão direita e fratura do tornozelo direito. Paciente conduzido ao bloco cirúrgico, já com imobilização ortopédica do membro superior direito. Realizada drenagem de tórax direito em selo d'água, remoção do curativo em tórax direito evidenciando sangramento ativo. Paciente submetido a exploração cirúrgica da lesão com incisão supraclavicular, osteotomia do terço médio da clavícula, ligadura da veia subclávia, que apresentava lesão >90% e controle proximal e distal da artéria subclávia. Não foi evidenciado lesão do plexo braquial. Identificado lesão puntiforme em artéria subclávia direita devido a espícula óssea gerada pela fratura cominutiva da clavícula. Realizado debridamento da lesão puntiforme com rafa primária. Apresentou bom resultado pós-operatório, recebendo alta da cirurgia vascular no 2º dia de pós-operatório. Mantém-se assintomático, no 6º mês pós-operatório. **Discussão:** O trauma contuso, causando lesão das artérias subclávias, é raro e carrega uma alta mortalidade. A intervenção adequada requer identificação imediata e abordagem cirúrgica adequada para reparo. Em geral, o manejo apropriado da lesão subclávia depende do mecanismo e da extensão da lesão. O diagnóstico intra-operatório de lesão da artéria subclávia é mais comum devido à instabilidade hemodinâmica da maioria dos pacientes com essas lesões, entretanto, a angiografia convencional e a angiografia por tomografia computadorizada também são modalidades diagnósticas úteis. Como visto em nosso caso, houve necessidade de mínimo debridamento, sendo realizado o reparo primário da lesão sem necessidade de interposição de prótese. Em geral, o prognóstico é favorável para pacientes submetidos a reparo vascular com sucesso.

PO 3224

**ABORDAGEM DE UM PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO, COM LESÃO CERVICAL: RELATO DE CASO**

Nathália Nakase Mizoguti<sup>1</sup>; Fernanda Yuki Ito<sup>1</sup>; Alan Junior de Aguiar<sup>2</sup>; Rodrigo Krieger Martins<sup>2</sup>; Lucas Aurélio Fonseca Favero<sup>2</sup>; João Otávio Varaschin Zeni<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL
2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Lesões cervicais equivalem a 5 a 10% das lesões traumáticas em adultos. Esta região contém importantes estruturas, que podem ser facilmente atingidas em uma lesão traumática dessa região. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de múltiplos ferimentos por arma de fogo, com lesão esofágica concomitante.

**RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 27 anos, apresentando múltiplos ferimentos por arma de fogo (múltiplos orifícios em dorso, mastóide direito, abdome anterior, braços, mão esquerda, glúteos, coxa esquerda e pé esquerdo). Foi admitido com colar cervical, em tábua rígida, com intubação orotraqueal, com saturação de 80%, frequência cardíaca em 128 batimentos por minuto e pressão arterial 90/50 mmHg.

No hospital, foi iniciada reposição volêmica e, pelo diagnóstico clínico de hemopneumotórax, foi realizada drenagem torácica bilateralmente e o paciente logo foi encaminhado ao centro cirúrgico para laparotomia exploradora, que não demonstrou nenhuma lesão visceral.

Após estabilização do paciente em centro cirúrgico, optou-se pela realização de TC (tomografia computadorizada). A TC de crânio revelava fraturas em mandíbula. Na TC de cervical, notou-se presença de projéteis em partes moles posterior e anterior à região cervical baixa, um projétil anterior à vértebra C6 (com fratura incompleta de corpo vertebral, sem instabilidade), sugerindo trajeto na topografia do esôfago cervical. A TC de tórax não revelou alterações.

Devido à possibilidade de lesão em esôfago, foi feita endoscopia digestiva alta, onde foi confirmada lesão esofágica.

Para o manejo da lesão esofágica, foi realizada cervicotomia exploradora. Havia presença de hematoma em região posterior do esôfago, com lesão de 1 cm. Foi realizada hemostasia de pequenos vasos e limpeza com soro fisiológico. Foi alocado dreno de penrose, exteriorizando-o pela ferida operatória, para monitorização de uma possível fístula esofágica.

Após as condutas cirúrgicas, o paciente foi admitido em unidade de terapia intensiva, recebendo alta hospitalar no 36º dia de internação.

**DISCUSSÃO:** A lesão traumática de esôfago corresponde a menos de 15% de todas as lesões esofágicas. Os índices de mortalidade de uma perfuração podem chegar a 20% e o atraso no diagnóstico por mais de 24 horas pode elevar esse índice de mortalidade para até 40%.

Idealmente, o diagnóstico de lesão do esôfago deve ser feito em até 24 horas, mas a suspeita diagnóstica de uma perfuração esofágica é relativamente difícil e o exame físico não é confiável, pois os sintomas são inespecíficos (conforme as estruturas lesadas) e exames laboratoriais só mostram alterações referentes ao processo inflamatório.

Nas lesões esofágicas é fundamental o diagnóstico precoce, visto que a mortalidade é alta (aumentando conforme o atraso no diagnóstico). Logo, o manejo pré-hospitalar, abordagem diagnóstica e tratamento adequados são essenciais para a sobrevivência do paciente. No caso relatado, todas essas medidas foram prontamente realizadas e bem-sucedidas.

PO 3226

**TUMOR ANAPLÁSICO DE TIREOIDE, UM RELATO DE CASO RARO.**

Marcelo Wilot Hettwer<sup>1</sup>; Fernando Cogo Manduca<sup>2</sup>; Guilherme Augusto Hettwer<sup>3</sup>; Vhírginea Helena de Oliveira Staut Federle<sup>4</sup>; Pedro Afonso Ribeiro Champi<sup>1</sup>; Marcio Petenusso<sup>1</sup>; Jamille Rizzardi Lava<sup>3</sup>.

1. UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL, SÃO PAULO - SP - BRASIL
2. CITRADI - CENTRO DE TRATAMENTO DO APARELHO DIGESTIVO, SANTA ROSA - RS - BRASIL
3. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL
4. UNIVERSID

**INTRODUÇÃO:** Os cânceres anaplásicos da tireoide são tumores indiferenciados do epitélio folicular da tireoide. Esses são conhecidos por serem extremamente agressivos, implicando em uma taxa de mortalidade proximamente de assustadores 100% dos casos. A incidência anual ajustada por idade de câncer anaplásico é de um a dois por milhão de pessoas e é responsável por 0,9 a 9,8% de todos os cânceres de tireoide globalmente. É um carcinoma de apresentação mais comum após os 60 anos, em indivíduos do sexo feminino, em doentes com história de patologia tireoideia prévia e em zonas de bócio endêmico. Quase todos os pacientes com câncer anaplásico apresentam uma massa na tireoide. Os locais de envolvimento podem incluir gordura e músculo peritireoidiano, linfonodos, laringe, traquéia, esôfago, tonsila e grandes vasos do pescoço e mediastino. O principal sintoma do câncer anaplásico é uma massa cervical que aumenta rapidamente. O aumento do tumor da tireoide pode causar dor e sensibilidade no pescoço e compressão (ou invasão) do trato aerodigestivo superior, resultando em dispnéia, disfagia, rouquidão e tosse. O diagnóstico de câncer anaplásico é geralmente estabelecido pelo exame citológico de células obtidas por biópsia.

**RELATO DO CASO:** M.A.S.B, sexo feminino, 68 anos, compareceu a consulta com queixa de dispnéia e dor local em região cervical com progresso dos sintomas acentuadamente há 30 dias. Relatou um seguimento com endocrinologista que começou há mais de 03 anos, quando apresentou um nódulo de 2,8 cm hiperfuncionante, realizando dessa forma iodoterapia e uso da medicação Tapazol, evoluindo assim com aumento do nódulo e hipotireoidismo. Estava em uso de Fenoterol e Losartana e tinha como comorbidade HAS. Negou outros problemas de saúde. Ao exame físico, apresentou volumoso nódulo acometendo vários níveis cervicais, com dor à palpação. Verificou-se em uma TC de região cervical (figura 1), a presença de massa em região tireoidiana com infiltração em região traqueal e diversas metástases em anatomia pulmonar. Com isso, paciente foi encaminhada à cirurgia de ressecção, porém devido a invasão da massa em estruturas adjacentes como por exemplo traqueia e artéria carótida, constatou-se a impossibilidade de realizar-se a ressecção total. Foi realizado biópsia da massa tireoidiana, havendo achados histopatológicos (figuras 2 e 3) que corroborem com o diagnóstico de carcinoma anaplásico de tireoide, rico em células gigantes do tipo osteoclasto. Após isso, foi encaminhada então para tratamento de radioterapia e quimioterapia. No entanto, a paciente veio a falecer antes dos tratamentos seguintes.

Figura 1

**DISCUSSÃO:** Dado o curso muito rápido da progressão da doença e os maus resultados do tratamento, as questões do fim da vida e os planos para medidas de cuidados de conforto são uma parte integrante do planejamento inicial do manejo da doença. O reconhecimento precoce da doença é essencial para permitir o início imediato da terapia.

PO 3227

**USO DE PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO PRÉ-OPERATÓRIO (PPP) NA CORREÇÃO DE HÉRNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE COM PERDA DE DOMICÍLIO - RELATO DE CASO**

Victor Rivera Duran Barretto; Carlos André Balthazar da Silveira; Matheus Campos Ribeiro de Souza; Leonardo Araujo Carneiro da Cunha; Noel Charles Ribeiro Nunes dos Santos.

*ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL*

Introdução: Hérnias inguinais gigantes são aquelas que ultrapassam o ponto médio da coxa, representando um grande desafio para sua correção cirúrgica. A depender do volume e do conteúdo, o tratamento pode elevar a pressão intra-abdominal (PIA), causando complicações respiratórias e síndrome compartimental abdominal (SCA). O pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPP) pode ser indicado no manejo das hérnias com grande perda de domicílio (PD), aumentando o volume da cavidade abdominal (VCA), restabelecendo a PIA e a função diafragmática, diminuindo complicações perioperatórias. Relato do caso: J.D.O, masculino, 42 anos, IMC 38 kg/m<sup>2</sup>, admitido no serviço de parede abdominal do Hospital Geral Ernesto Simões com hérnia inguino-escrotal gigante a direita. Tomografia computadorizada (TC) evidenciou defeito de 6 cm, contendo cólon direito e todo o delgado. O volume de saco herniário (VSH) com 9.012 ml, o VCA de 7862,4 ml e relação de volumes de 114%. Conforme protocolo de serviço, foi submetido ao PPP com insuflação diária de 2000 ml de ar ambiente por 14 dias. TC controle, no D14, evidenciou aumento do VCA em 99,98% (15.722ml). Submetido a correção pela técnica de Lichtenstein, após redução de todo conteúdo herniado e omentectomia, sem intercorrências. Recebeu alta no 3º DPO, sem complicações imediatas. Discussão: Não existe um consenso sobre como e quanto de gás deve ser usado no PPP. Para os casos com perda de domicílio > 20%, existe um alto risco de SCA e necessidade de viscerorredução quando se submete ao tratamento direto. Além de ser um método seguro, com baixa morbi-mortalidade, pode-se obter um aumento média do VCA em 49%. Renard, et al, mostrou redução completa do conteúdo herniário e fechamento primário em 94% de 45 casos submetidos ao PPP com ar ambiente. A média de aumento da cavidade abdominal foi de 53%, com mortalidade de 2%, enquanto que Bueno-Lledó, et, al obteve até 15% de morbidade, sendo apenas 2% graves. Sabbagh, et al, mostraram aumento de 48% do VCA e melhora significativa dos parâmetros espirométricos pós PPP. Não existe consenso sobre a melhor técnica no tratamento das hérnias inguino-escrotais gigantes.

PO 3228

**NECROSE ESOFÁGICA AGUDA: UM RELATO DE CASO**

Vaniela de Oliveira<sup>1</sup>; Diego Romero Moreira Fernandes<sup>2</sup>; Marcelo Paulo Serafini Gonçalves<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, GUARULHOS - SP - BRASIL

2. HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIAS DE GUARULHOS, GUARULHOS - SP - BRASIL

Introdução: Necrose esofágica aguda (NEA) é uma causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA), descrita pela primeira vez em 1990, caracterizada por mucosa esofágica negra à endoscopia. Quadro raro, com prevalência de até 0,2% em autópsias e incidência de 0,01-0,28% em pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA), de mal prognóstico, com mortalidade de até 32%. Mais frequente no sexo masculino, com idade média de 68 anos. Será relatado um caso de NEA em um paciente jovem.

Relato do Caso: Homem, 31 anos, procedente de São Paulo, etilista crônico (1L vodka/dia), tabagista, usuário de cocaína e diabético, procurou o pronto socorro do Hospital Municipal de Guarulhos com intensa dor abdominal e vômitos em borra de café associado a fadiga e dispneia. Ao exame: consciente e orientado, icterico, hipocorado, normotenso e taquipneico. Abdome globoso e distendido, doloroso à palpação em epigástrico e mesogástrico, sem sinais de peritonismo. Exames de admissão com quadro de insuficiência renal aguda, hipercalemia e hiperbilirrubinemia direta. Iniciado manejo de caso de HDA e comorbidades. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica refratária a volume e rebaixamento de sensório, feita IOT, uso de drogas vasoativas e transferência para UTI. Na EDA: necrose esofágica aguda e ausência de sangramento ativo. Tratamento conservador com dieta zero, medidas de suporte, antibioticoterapia (Ceftriaxona e Metronidazol), extubação e retirada de drogas vasoativas após melhora clínica. Houve substituição de antibioticoterapia para Metronidazol e Piperacilina com Tazobactam por leucocitose progressiva. Teve deterioração clínica, disfagia, dispneia e instabilidade hemodinâmica. Realizou nova EDA no 11º dia de internação: esofagite distal e sinais de necrose esofágica aguda. Teste para SARS-COV2 negativo. Evoluiu com quadro de pneumonia aspirativa com deterioração clínica progressiva e óbito no 14º dia de internação.

Conclusão: NEA tem etiologia multifatorial, associado a comorbidades crônicas (fatores de risco) e eventos agudos que precipitam o quadro. Os principais desencadeantes são: comprometimento hemodinâmico, obstrução gástrica, cetoacidose diabética, abuso de álcool, insuficiência renal, infecção esofágica, entre outros. Entre os diversos fatores encontrados no caso relatado, destaca-se o abuso de álcool como principal fator associado ao quadro em pacientes jovens. NEA manifesta-se como HDA em pacientes com eventos cardiovasculares ou choque de qualquer etiologia. O diagnóstico é realizado via EDA, com mucosa esofágica de aspecto negro, mais comum em esôfago distal. A biópsia é feita se possível para análise de diagnósticos diferenciais, porém dispensável para o diagnóstico. Há tratamento cirúrgico em casos graves, associados a perfuração esofágica, nos demais, recomenda-se manejo das doenças subjacentes, medidas de suporte e bloqueio da secreção ácida gástrica. Assim, são necessários estudos para melhorar o desfecho, reduzindo a alta mortalidade desta condição.

PO 3231

**ADENOMA PLEOMÓRFICO SÍNCRONO BILATERAL DE GLÂNDULA PARÓTIDA: UM RELATO DE CASO**

Arthur Henrique Weiler Furlanetto; Felipe Diehl Krimberg; Laura Bittencourt Hinrichsen; Rodrigo Batista Warpechowski; Nédio Steffen.

*PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

**Introdução:** O adenoma pleomórfico (AP) bilateral de glândula parótida possui prevalência extremamente rara, representando cerca de 0,2% das neoplasias das parótidas, diferentemente do Tumor de Warthin (TW), que é a segunda neoplasia mais frequente na parótida e cuja forma bilateral é mais comum (cerca de 10% dos casos de TW). O AP de parótida apresenta-se clinicamente como um nódulo único, móvel, bem delimitado, com consistência endurecida e indolor à palpação. Microscopicamente, apresenta componentes celulares epiteliais e mioepiteliais que estão envoltos em uma cápsula fibrosa. Observa-se maior incidência em mulheres a partir da 5ª década de vida, sendo as lesões mais prevalentes no lobo superficial da parótida. O diagnóstico preferencial é realizado através de um exame clínico seguido de exames auxiliares, mas que não o confirmam. Este é confirmado pelo exame histopatológico. O tratamento de escolha é a parotidectomia superficial com preservação do nervo facial, em função do risco de malignização. O relato apresenta um caso raro de AP de parótida com manifestação síncrona bilateral em paciente feminina, possuindo, na literatura, poucos casos relatados. **Relato de caso:** Paciente feminina, 51 anos, branca e sem comorbidades. Relatou queixas de surgimento de nódulos síncronos na região das parótidas bilateralmente com 3 anos de evolução lenta e assintomática. O diagnóstico foi realizado através do exame clínico seguido por ultrassonografia, na qual observou-se uma lesão compatível com neoplasia benigna do tipo tumor misto. Foi realizada biópsia aspirativa com agulha fina (BAAF), na qual confirmou-se a natureza benigna do tumor. O tratamento foi realizado através de parotidectomia superficial bilateral com cuidadosa identificação e preservação do nervo facial. A confirmação do diagnóstico se deu pelo exame histopatológico das peças por congelação transoperatória e posterior exame em parafina. A paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, sem sinais de comprometimento dos ramos do nervo facial e seguiu em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Tumores de glândula parótida (TGPs) bilaterais são raros, representando 3% dos TGPs, sendo o TW, relacionado ao tabagismo e mais frequente em homens, o mais comum. O AP bilateral é extremamente raro, representando apenas 0,2% dos TGPs. A raridade do AP síncrono bilateral de parótida é confirmada por diversos estudos e é notável pela carência de relatos bem descritos na literatura até hoje. O tratamento do caso relatado foi uma parotidectomia superficial bilateral com identificação e preservação do nervo facial. O manejo do AP bilateral síncrono de parótida, contudo, não possui consonância na literatura, necessitando de avaliação individual. Devido a sua reduzida incidência, a prevalência, etiologia, patogênese e comportamento do AP bilateral de parótida ainda são pouco entendidos. Mais relatos e estudos são necessários para haver melhor compreensão sobre essa patologia e melhor manejo desses casos.

PO 3232

**VIDEOHISTEROSCOPIA NO TRATAMENTO DE ÚTERO SEPTADO COMPLETO: UM RELATO DE CASO**

Maurício Moretto Salvaro<sup>1</sup>; Mariana Dornelles Frassetto<sup>2</sup>; Mariani Laurentino Jesuino<sup>2</sup>; Luísa Rosler Grings<sup>2</sup>; Maria Eduarda de Almeida Coelho<sup>2</sup>; Lucas Piovesan Maciel<sup>2</sup>; Denise Helena Piovesan Maciel<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL (UNISC), SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL
2. UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC), CRICIÚMA - SC - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Útero septado é uma malformação congênita, causado por defeito na fusão lateral dos ductos Mullerianos durante o desenvolvimento embrionário e está associado a maior incidência de intercorrências obstétricas, como aborto nos dois primeiros trimestres e parto prematuro. Configura-se pela presença de septo desde a linha mediana do fundo, resultando em divisão incompleta ou completa do útero. Ademais, apenas 14% das pacientes com útero septado apresentam septo completo.

**RELATO DE CASO:** Paciente de 30 anos, consulta por um abortamento tardio com quatorze semanas. Realizou uma ultrassonografia diagnosticando útero septado completo com fundo convexo e histerossalpingografia que também indicou útero septado e sinal de Cotte positivo. No toque vaginal, útero em anteversoflexão, indolor a mobilidade. Paciente foi submetida a videohisteroscopia cirúrgica com septoplastia e utilizou estrogênio por 20 dias após cirurgia. No retorno, paciente assintomática, realizada histeroscopia de controle com cavidade uterina de volume normal. Engravidou três meses após cirurgia, teve gestação a termo com parto cesárea sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** Videohisteroscopia cirúrgica é uma técnica minimamente invasiva, eficaz e segura no tratamento de septo uterino. O procedimento é realizado sob orientação laparoscopia para acompanhar a fundura da ressecção, assim, reduzindo o risco de perfuração uterina e garantindo adequação do procedimento. Sendo realizado preferencialmente na fase folicular inicial do ciclo menstrual, época em que a espessura endometrial é mais delgada. A região da incisão é na porção caudal do septo, na linha média entre a parede anterior e posterior uterina. Ao ter a percepção que a cavidade uterina está se tornando ampla, o espaço dos óstios tubários deve ser identificado para perceber o momento de parar. Alguns métodos, como dispositivo intrauterino (DIU), tratamento hormonal com estrogênio ou terapia combinada com DIU e tratamento hormonal são utilizados no pós-operatório para prevenir adesões intrauterinas.

A cirurgia está indicada nos casos de abortos, infertilidade, trabalho de parto prematuro e outras intercorrências obstétricas atribuídas ao útero septado. Enquanto a realização da cirurgia profilática em pacientes com útero septado, sem perdas fetais ou complicações prévias é controversa. A correção cirúrgica resulta em prognóstico obstétrico favorável, com aumento da taxa de nascidos vivos e redução de até cinco vezes no número de abortos.

O caso relatado é um exemplo clássico de suspeita de mal formação uterina devido ao aborto espontâneo, que foi confirmado pelos exames de imagem. A indicação cirúrgica foi devido à perda fetal, com utilização apenas de estrogênio no pós-cirúrgico. Obteve-se um ótimo resultado cirúrgico e um bom prognóstico reprodutivo, uma vez que após cirurgia a paciente teve gestação a termo sem intercorrências.

PO 3236

**MELANOMA CUTÂNEO COM METÁSTASES VISCERAIS**

Anna Maria Garcia Cardoso; Leticia Manoel Debon; Luiz Henrique Capaverde; Rafael Costa e Campos; Marcelo Garcia Toneto.

*SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O melanoma é a 3ª malignidade mais comum entre as neoplasias, em ambos sexos. Ele incide como mutação sobre os melanócitos, através de uma interação complexa entre genética e fatores de risco extrínsecos. O tipo e o sítio primário do melanoma influenciarão o tipo de metástase, que normalmente é sinal de mau prognóstico, sendo linfonodos e região intra-abdominal os sítios secundários mais frequentes.

**RELATO DE CASO:** Homem, 48a, consultou por perda ponderal e anemia severa. Diagnóstico prévio, há 5anos, de melanoma maligno cutâneo em tronco T4bN0/EC IIC. Na época, tumor foi ressecado e fez cursos de IFN adjuvante, interrompido precocemente. Internado para complementar investigação: TC com lesão tumoral em jejuno proximal, cuja biópsia guiada foi compatível com metástase de melanoma. Foi realizada enterectomia com, exérese de extensa lesão tumoral em jejuno proximal com linfadenomegalias no mesentério, procedimento sem intercorrências. AP revelou melanoma metastático, limites livres, nove linfonodos sem metástases. Boa evolução e alta hospitalar. Após dois anos, retorna com hematoquezia e dor abdominal. TC com nova lesão em cólon descendente e sangramento ativo, compatível com recidiva intestinal, lesões em segmento VII e VIII do fígado, a 1ª sugestiva de metástase e a 2ª indeterminada. Pannel de imuno-histoquímica positivo para S100 e SOX10. Submetido a nova laparotomia exploradora: grande lesão neoplásica na raiz do mesentério envolvendo alças de jejuno proximal e ângulo esplênico do cólon. Ressecado em bloco, realizada anastomose jejuno-jejunal latero-lateral na altura do ângulo de Treitz com hemicolecotomia esquerda com transversostomia. Pós operatório: uso de NPT e IST. Em nova TC, com menos de um mês da anterior, aumento das lesões prévias e, pelo menos, cinco novas imagens hipodensas em ambos lobos hepáticos, cuja biópsia guiada por TC foi compatível com metástase por melanoma. Alta hospitalar. RNM de crânio e TC de tórax, ambas sem evidências de lesões neoplásicas. Entrou em protocolo de pesquisa internacional para tratamento de imunoterapia com ou sem lenvatinib.

**DISCUSSÃO:** O prognóstico do melanoma com metástases viscerais é reservado, com sobrevida de cerca 15% em 3 anos. Metástase do TGI são mais comuns no jejuno e íleo e ressecção cirúrgica é realizada em caso de complicação. Cerca de 20% dos pacientes com melanoma cutâneo terão metástase no fígado. Paciente em questão apresenta melanoma cutâneo diagnosticado em 2013, com metástase visceral em 2018 e nova lesão intestinal em 2020 com lesões hepáticas associadas, com sobrevida maior do que na literatura. O tema metástase visceral no melanoma cutâneo ainda é escasso, carecendo de mais estudos. O advento da imunoterapia tem tido resultados promissores nos casos em que existe possibilidade de tratamento.

PO 3237

**TUBERCULOSE PANCREÁTICA MIMETIZANDO LESÃO NEOPLÁSICA: RELATO DE DOIS CASOS**

Leticia Manoel Debon; Luiz Henrique Capaverde; Anna Maria Garcia Cardoso; Rafael Costa e Campos; Marcelo Garcia Toneto.

*SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

O acometimento do pâncreas pela tuberculose (TB) é raro, mesmo em áreas endêmicas. A apresentação clínica é variável e por vezes inespecífica, podendo simular um câncer pancreático e, portanto, poderiam levar a conduta inadequada, até mesmo uma intervenção cirúrgica desnecessária e passível de complicações e mortalidade. O objetivo deste estudo é relatar dois casos de tuberculose pancreática que entraram no diagnóstico diferencial de lesão neoplásica.

Paciente feminina, 54a, previamente hígida, procurou atendimento por achado incidental de lesão pancreática em exames de rotina. Ressonância magnética identificou lesão expansiva sólida e hipovascular no corpo pancreático, com impregnação periférica pelo meio de contraste e restrição à difusão, medindo 5,6x2,8x3,0cm, sugestiva de neoplasia, defeito de enchimento na porção proximal da veia porta, sugestiva de trombose/invasão. A lesão tinha contato com lobo esquerdo do fígado e com artéria hepática comum. Na laparoscopia diagnóstica, identificou-se massa em retroperitônio, junto ao tronco celíaco. Durante a manipulação e biópsia da lesão, houve extravasamento de líquido purulento, que foi drenado e enviado para análise, evidenciando inflamação crônica granulomatosa com necrose caseosa, compatível com TB, com pesquisa de BAAR e fungos negativa. Tratamento com tuberculostático ambulatorial e melhora clínico-radiológica.

Paciente feminina, 28a, HIV+ há 7 anos e tratamento irregular, apresentou dor em andar superior do abdome, com piora no período pós-prandial, com 10 dias de evolução, associada a febre e piora do estado geral. Apresentava alteração de provas pancreáticas e colelitíase, sendo diagnosticada com provável pancreatite biliar, além de CV 61.593 e CD4 41. TC com contraste e colângiorressonância que evidenciaram lesão arredondada, sólido-cística, septada, de 3,2x3,0 cm na porção cefálica do pâncreas de natureza indeterminada, denotando compressão extrínseca do ducto colédoco e da veia porta, gerando trombose parcial desta. Foi aspirado cerca de 20 ml de material purulento em punção percutânea da coleção guiada por TC, cuja análise evidenciou BAAR +. Iniciou esquema com RHZE, evoluindo com melhora da febre e demais sintomas, bem como involução da lesão.

O acometimento do pâncreas pela TB é incomum e sua verdadeira incidência é desconhecida. A apresentação mais comum é uma lesão solitária com múltiplos componentes císticos. Quase um quarto dos casos associam-se ao HIV, sendo rara em pacientes não imunocomprometidos. Na ausência de características clínicas, laboratoriais ou radiológicas específicas, incluindo invasão vascular para distinguir TB do câncer pancreático, a confirmação histopatológica ou citológica é necessária para estabelecer o diagnóstico e conduta. A maioria dos casos de tuberculose pancreática responde bem a terapia medicamentosa. Com a evolução dos exames de imagem e da radiointervenção, é possível realizar o diagnóstico de forma mais ágil e eficaz.

PO 3239

**METÁSTASE PAROTÍDEA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR CUTÂNEO DA CABEÇA: RELATO DE CASO**

Carolina Bueno Luzardo; Arthur Bueno Luzardo; Stefano Almeida Thofehrn; Ignacio Salonia Goldmann; Marclei Brites Luzardo.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL*

O carcinoma epidermoide cutâneo (CEC) é a segunda forma mais comum de câncer de pele e as regiões de cabeça e pescoço são afetadas em mais de 80% dos casos. A destruição local pode ser extensa e as metástases são vistas em estágios avançados, quando as células malignas têm grande potencial de se disseminar para as glândulas parótidas e/ou para linfonodos do pescoço. Neoplasias são a indicação mais comum para parotidectomia. O objetivo é relatar um caso de CEC de cabeça e pescoço com metástase para a glândula parótida esquerda.

Paciente do sexo masculino, 60 anos, caucasiano, nascido na Espanha, residente no Brasil, foi submetido à ressecção de um CEC na região temporal esquerda com limites cirúrgicos rigorosos em março de 2017. Em maio, apresentou nódulo na superfície polo esquerdo da glândula parótida, cujo exame de imagem era sugestivo de neoplasia benigna da glândula parótida. Ainda no mesmo mês, realizou nova cirurgia na qual consistiu na ampliação da margem próximo ao tumor primário na região temporal esquerda seguido de parotidectomia superficial parcial (PSP) do lobo esquerdo com preservação do nervo facial (NF) e ressecção cervical modificada dos níveis II, IIb, III e IV. Esse procedimento foi realizado com o auxílio de monitoração neurofisiológica do NF. No exame macroscópico, produto da parotidectomia à esquerda medindo 5,0x3,0x2,0cm, aos cortes com parênquima pardo e lobulado, adjacente são isolados 8 linfonodos, sendo o maior com 1,0cm. O anatomopatológico resultou em metástase de CEC não queratinizante na glândula parótida esquerda e em um linfonodo de 8 examinados, com ausência de extensão extracapsular pela neoplasia. A radioterapia foi realizada como terapia adjuvante. Em janeiro de 2020, PETct resultou livre de doenças.

A glândula parótida contém cerca de 20 linfonodos na porção lateral e mais 5 na porção profunda. Essa região linfonodal recebe a drenagem linfática da região temporal e maxilar, consequentemente há metástases de CEC para a região parotídea. Doenças regionais e distantes podem sofrer metástases para a parótida, exigindo ressecção para diagnóstico ou cura. Uma PSP envolve a remoção apenas de porção da glândula em torno de um tumor ou massa, sendo que apenas alguns ramos do NF são dissecados, enquanto na parotidectomia superficial total todas as divisões cervicofacial e temporofacial são dissecadas. Um ponto importante na cirurgia da parótida é a preservação do NF, pois a paralisia facial iatrogênica pode ser uma complicação. Logo, a monitorização intraoperatória do NF se tornou um complemento, pois, possibilita, por meio do estímulo eletrofisiológico, localizar com maior precisão os ramos do nervo, muitas vezes com variações não muito bem definidas e/ou até mesmo sinais de trauma, permitindo uma dissecação mais acurada e consequentemente com menor risco de lesão e paralisia do facial. Embora o CEC apresente bom prognóstico e baixo índice de mortalidade, esse caso é relevante, pois as metástases regionais do CEC cutâneo de cabeça e pescoço ocorrem em 5% dos casos.

PO 3240

**FÍSTULA COLECISTO GÁSTRICA DESCOBERTA APÓS SEMIOBSTRUÇÃO INTESTINAL**

Rafael da Silva Cunha<sup>1</sup>; Larissa Cavalcante Amora<sup>1</sup>; Italo da Silva Barbosa<sup>2</sup>; Luísa Lucas Alves<sup>1</sup>; Antônio de Pádua Freire Magalhães Junior<sup>1</sup>; Lucas Parente Alencar<sup>1</sup>.

1. HOPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR (HMJMA), FORTALEZA - CE - BRASIL
2. UNICHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL

**Introdução:** A Fístula Colecistogástrica (FCG) é uma patologia cirúrgica rara, com etiologia na colecistite crônica ou recorrente. Outras causas são neoplasia, trauma, infecção amebiana, úlcera péptica, equinococose e diverticulite. Alguns relatos de caso indicam como tratamento de escolha reparo da fístula, gastroplastia e colecistectomia em uma fase, podendo ser realizado por via laparoscópica.

**Relato de Caso:** Mulher, 66 anos, portadora de déficit cognitivo, acompanhada por familiar, atendida ambulatorialmente para programação de colecistectomia devido colelitíase sintomática. Foi relatado que, há 7 dias, apresentava dor, distensão abdominal difusa, redução de eliminação de fezes, flatos presentes, um episódio de êmese escurecida e perda de peso de 10kg em um ano. Ao exame, abdômen globoso, depressivo, doloroso a palpação, sem peritonite. Toque retal, presença de fezes endurecidas em ampola retal. Em admissão, realizado clister evacuativo, com início de melena. Em hemogramas seriados: queda de hemoglobina. Prescrito omeprazol em dose dobrada. Em Endoscopia Digestiva Alta (EDA): presença de úlcera em antro de 15 mm com bordas regulares e que permitia a entrada do aparelho por cerca de 3 cm, fundo bloqueado. Realizada TC de abdômen com contraste: aparente comunicação entre estrutura tubular e interior gástrico na região antropilórica; duas imagens ovaladas, heterogêneas, com densidade cálcica periférica no interior do estômago, medindo cerca de 2,8 cm e 3,0 cm. Nova EDA realizada: presença de cálculos em interior de câmara gástrica. Paciente sem instabilidade clínica, sem sintomas de colestase. Optou-se por retirar cálculos por via endoscópica. Realizada Colangiografia: vesícula biliar com pequena repleção, redução do calibre das vias biliares extra hepáticas proximal, sem cálculos, perda de definição do fundo da vesícula biliar com planos indistintos com a região do antro e primeira porção do duodeno, aparente comunicação entre os lúmens. Pela estabilidade clínica e não descrição de cálculos em colangiografia, conduta foi conservadora e seguimento ambulatorial.

**Discussão:** O Lúmen Cístico da FCG ocorre no Fundo Vesicular em 19% dos casos, 70%, no Corpo; 11%, na Bolsa de Hartmann. No Lúmen Gástrico, afirma-se a ocorrência próximo ao Píloro em todos os casos. Não há consenso acerca da terapêutica. A escolha depende das condições clínicas e comorbidades do paciente, expertise do cirurgião e estado anatômico do sítio cirúrgico. Na videolaparoscopia, realizar-se-á a colecistectomia e correção da fístula, com taxa de conversão para cirurgia aberta de 6,3%. Também é possível cirurgia aberta, com pontos positivos a maior facilidade para dissecação de potenciais aderências. Pode-se realizar em duas fases, com correção da fístula e posterior colecistectomia; ou em uma fase, não havendo consenso acerca da superioridade entre ambos. Em pacientes de alto risco, pode-se utilizar de abordagem endoscópica, com possível abordagem eletiva posterior.

PO 3241

**SÍNDROME DE VALENTINO: ÚLCERA PÉPTICA MIMETIZANDO APENDICITE AGUDA - RELATO DE CASO**

Tainah Mota Franco; Daniela Moreno Fagundes; Leonardo Mourão Lacerda; Fábio Amaral Ramos; Gustavo Ribeiro dos Santos; Antonio Henrique da Gama Martin; Vanessa Maria da Silva Queiroz; Artur Duarte e Duarte.

*HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ LUCAS FILHO, CONTAGEM - MG - BRASIL*

**Introdução:** Úlceras perforadas são causas pouco comuns de dor abdominal e possuem alta mortalidade se não corrigidas a tempo. Mesmo em pacientes submetidos à cirurgia, a mortalidade em longo prazo é alta, com 1/3 dos pacientes morrendo no período de acompanhamento. Uma forma atípica de manifestação do quadro é a Síndrome de Valentino, epônimo que homenageia o ator Rudolph Valentino, e se caracteriza por peritonite focal em quadrante inferior direito, que se confunde com um quadro de apendicite aguda.

**Relato de caso:** Paciente L. A. C., 36 anos, tabagista, etilista e usuário de cocaína, encaminhado da UPA devido a dor abdominal de 24 horas de evolução. À admissão, paciente relata dor, inicialmente difusa, que, posteriormente, se localizou em fossa ilíaca direita, associada a hiporexia, sem febre, náuseas, vômitos ou alterações de hábitos excretórios. Ao exame, estável hemodinamicamente, eucárdico e eupneico, com o abdome plano, normotimpânico, doloroso a palpação profunda, apresentando sinal de Blumberg positivo. Revisão laboratorial da UPA evidenciava leucocitose, com 21.380 leucócitos, sendo 4% bastonetes, e PCR de 153,6, sem outras alterações laboratoriais. Devido à forte suspeição clínica de se tratar de apendicite aguda, paciente foi submetido a abordagem cirúrgica no mesmo dia, com incisão específica (babcock), que evidenciou apêndice cecal pouco hiperemiado e líquido purulento em grande quantidade em fossa ilíaca direita e pelve, incompatível com avaliação macroscópica do apêndice. Realizada laparotomia mediana supra e infraumbilical e identificada úlcera gástrica perforada pré-pilórica em parede anterior do estômago, de cerca de 0,5 cm. Realizadas apendicectomia e ulcerorrafia com patch de omento. Paciente tratado em pós-operatório com omeprazol e antibioticoterapia.

**Discussão:** A apendicite aguda é uma das causas mais comuns de abdome agudo e uma das indicações mais frequentes para cirurgia de emergência no mundo. Os sintomas clássicos incluem dor no quadrante inferior direito, anorexia, febre, náuseas e vômitos. A dor tem característica migratória, como no caso de L.A.C. O diagnóstico pode ser incerto – estudos mostram que mais de 15% dos pacientes com suspeita de apendicite têm um apêndice normal na laparotomia.

A perfuração de úlcera gástrica, por sua vez, é mais rara. 2 a 10% dos pacientes com úlcera péptica evoluem com esta complicação. A perfuração deve ser suspeitada se dor abdominal repentina, intensa e difusa. Entretanto, nem todos os pacientes manifestam dessa forma. Os sintomas agudos dependem da natureza e localização do derrame gástrico, cujo pH é de 1 a 2. O exame abdominal pode ser relativamente normal inicialmente ou revelar apenas uma leve sensibilidade focal, principalmente nesses casos de perfurações contidas. No caso da síndrome de Valentino, o conteúdo se acumula na goteira parietocólica direita, causando irritação peritoneal local e simulando um típico quadro de abdome agudo causado por apendicite aguda.

PO 3242

**HÉRNIA DE LITTRÉ ENCARCEIRADA: UM RELATO DE CASO**

Flávia Medeiros Flávia Lima.

*UNIFAA, VALENÇA - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A hérnia de Littré é caracterizada pela presença de um divertículo de Meckel no interior do saco herniário e foi descrita em 1700 pelo cirurgião francês Alexis Littré. O divertículo de Meckel contém todas as camadas normais da parede intestinal e geralmente está localizado na borda antimesentérica do intestino. Cerca de noventa por cento dos divertículos estão localizados a 90 cm da válvula ileocecal, apesar de ter sido relatada a presença desses até 180 cm da mesma. Trata-se da anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, seu diagnóstico pré-operatório é muito raro e difícil, sendo na maioria dos casos realizado no intra-operatório. Geralmente é uma ocorrência assintomática, porém, quando há produção de quadros sintomáticos, pode apresentar-se como hemorragia, infecção ou obstrução intestinal, devido à aderência a um segmento do intestino ou por estar localizado em um saco herniário. A laparoscopia é útil no diagnóstico e tratamento dos divertículos de Meckel. **Relato de caso:** O presente estudo apresenta um caso de hérnia de Littré encarcerada em um paciente do sexo masculino de 77 anos atendido no Hospital Escola de Valença, com queixa de parada de eliminação de flatos e fezes há 4 dias, distensão e dor abdominal, associados a inapetência, náuseas e vômitos. Ao exame, abdome distendido, hipertimpânico, peristáltico, doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Além da presença de hérnia inguino-escrotal à direita, redutível. Ao toque retal, ausência de fecaloma e sangramento. Rotina radiológica de abdome agudo evidenciou presença de níveis hidro-aéreos e dilatação central de alças intestinais e tomografia de abdome total evidenciou hérnia inguinal à direita com sinais de encarceramento. Paciente foi submetido à cirurgia e durante o ato operatório foi diagnosticada a presença de hérnia inguinal encarcerada de intestino delgado com presença de divertículo de Meckel, sendo realizada hemicolecotomia direita com anastomose primária látero-lateral e tratamento da hérnia com colocação de tela. Paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências. **Discussão:** O achado de hérnia de Littré é pouco habitual, sendo os locais mais frequentes as regiões inguinal, umbilical e femoral. Geralmente os pacientes são assintomáticos e, quando apresentam sintomas de obstrução intestinal, sua apresentação é semelhante a qualquer outra hérnia e, portanto, sua abordagem é cirúrgica, principalmente ao se apresentar como hérnia encarcerada. Nesses casos, é importante que os pacientes sejam submetidos ao tratamento cirúrgico com a remoção do divertículo de Meckel e consequente reparo da hérnia, sendo o reparo dessa realizado com uma tela sempre que possível.

PO 3243

**RECONSTRUÇÃO DE MANDÍBULA COM RETALHO FIBULAR OSTEOMIOTÂNICO MICROCIRÚRGICO: RELATO DE CASO**

Carolina Bueno Luzardo<sup>1</sup>; Arthur Bueno Luzardo<sup>1</sup>; Stefano Almeida Thofehr<sup>1</sup>; Ignacio Salonia Goldmann<sup>1</sup>; Eduarda Rodrigues Bonamigo<sup>1</sup>; Giovanni Reveilleau Dallapicola<sup>1</sup>; Marclei Brites Luzardo<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL
2. CLÍNICA CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO B.LUZARDO S/S, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Introdução:** Os defeitos mandibulares são causados por trauma maxilofacial, osteomielite, osteonecrose, além de tumores benignos ou malignos. Para neoplasias, a reconstrução óssea, por meio de enxertos é uma alternativa viável para o tratamento desses defeitos. Os objetivos da reconstrução mandibular incluem restauração da deglutição, fonação, respiração, competência do esfíncter oral, manutenção da oclusão dentária e estética facial. Devido as suas inúmeras vantagens, o retalho da fíbula é o mais utilizado para o reparo de problemas mandibulares. O objetivo é relatar um caso de reconstrução mandibular com retalho de fíbula em um paciente com carcinoma epidermoide mandibular.

**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 68 anos, natural de Uruguai, procedente de Porto Alegre, ex- etilista e tabagista, foi encaminhada para cirurgia de cabeça e pescoço devido a lesão ulcerosa infiltrativa no assoalho bucal direito com evolução de 6 meses, presença de linfonodomegalia na região cervical direita nível III com estadiamento clínico de T4bN2M0. Biópsia evidenciou carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasivo. Submetida a traqueostomia, pelveglossomandibulectomia, esvaziamento cervical supraomohioideo bilateral e reconstrução com retalho osteomiocutâneo microvascularizado de fíbula com técnica microcirúrgica para anastomoses de vasos. Nova mandíbula foi confeccionada através de osteotomias e osteossíntese com placa de titânio e ilha de pele adjacente, utilizada para o fechamento do assoalho da boca.

**Discussão:** A ampla ressecção mandibular é geralmente o tratamento proposto para tumores avançados de cabeça e pescoço, muitas vezes malignos. Os retalhos microcirúrgicos têm importância na reconstrução de casos complexos e extensos como este, sendo uma boa opção de reparo para muitos casos. O retalho de fíbula é muito usado, pois permite múltiplas osteotomias, garantindo adaptação aos diferentes defeitos. Possui como vantagens o formato consistente, boa vascularização, comprimento longo e localização distante para propiciar uma abordagem em duas equipes cirúrgicas, além de baixa morbidade do sítio doador. As complicações da microcirurgia podem ser: trombose arterial e venosa, espasmo arterial, hematoma, infecção, tensão do retalho e síndrome do não-refluxo. Atualmente, a transferência de osso vascularizado por técnica microcirúrgica é o padrão-ouro para a reconstrução mandibular. Embora apresente vantagens, o domínio da técnica microcirúrgica demanda longa curva de aprendizado, sendo que o insucesso pode levar a consequências proporcionais à magnitude desse procedimento. No caso relatado, o retalho apresentou-se viável a observação imediata e resultado estético satisfatório.

PO 3244

**COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE PORTADORA DE SITUS INVERSUS TOTALIS APÓS REALIZAÇÃO DE GASTROPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

Camilla Kelly de Paulo Leal; Fernando Bráulio Ponce Leon P. de Castro; Mariana Hollos Fiorencio; Andre Ricardo Chaves dos Santos; Maria Antonia Ribeiro de Souza Sampaio; Bernardo Nogueira Lima de Figueiredo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Introdução:** Situs inversus totalis é o termo técnico utilizado quando ocorre uma transposição completa de todos os órgãos para o lado oposto, referindo-se à orientação embriogênica clássica. A colecistectomia laparoscópica é uma das cirurgias mais realizadas no mundo.

**Apresentação do caso:** Relatamos o caso de uma paciente de 61 anos de idade, portadora de situs inversus totalis, submetida a gastroplastia videolaparoscópica há 7 meses, que desenvolveu cólica biliar refratária e foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica.

**Discussão:** A técnica cirúrgica é desafiadora nestes casos, principalmente pelos achados em espelho em relação à técnica original. Um desafio adicional neste caso foi o fato de a paciente ter feito uma laparoscopia prévia devido à gastroplastia realizada. A presença de aderências relacionadas à cirurgia dificilmente interferiu na dissecação do triângulo de Calot, mas a forma como se apresentavam exigia a atenção de toda a equipe cirúrgica.

**Conclusão:** Embora incomum, a colecistectomia laparoscópica pode ser realizada em paciente situs inversus com facilidade, mesmo na presença de abordagem cirúrgica prévia.

PO 3245

**METASTASECTOMIA HEPÁTICA EM CÂNCER DE MAMA METASTÁTICO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DE LITERATURA**

Rafael Martins Steffen; Arthur Fernandes Pacheco; Gabriela Camilo Teixeira; Bruna Alejandra Orellana Santos; Marina Quaglio Oinegue Fulfaro; Diego Monteiro de Melo Lucena.

*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - FMABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** em torno de 50% das pacientes com câncer de mama apresentam implantes metastáticos em fígado. A metastasectomia hepática é uma alternativa de tratamento, a qual demonstra impacto na sobrevida global média de 82 meses em pacientes com função hepática preservada, baixo volume de doença metastática, até cinco lesões e que sejam passíveis de ressecção com margens livres. Serão relatados dois casos de metastasectomia hepática em câncer de mama metastático realizados no serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo, Brasil.

**RELATOS:** Paciente 1 do sexo feminino, com 46 anos, apresentou metástase hepática de sítio primário na mama esquerda, de carcinoma ductal invasivo triplo negativo, após um ano do término de tratamento. Como seguimento, realizou exame de ressonância magnética de abdome encontrou-se imagem de nódulo único, no segmento hepático II, sugestiva de neoplasia secundária, a qual foi confirmada com Pet Scan e biópsia. Na biópsia hepática, o imunohistoquímico apresentou um tumor HER2 positivo. Diante disso, a paciente foi submetida hepatectomia segmentar videolaparoscópica. E posteriormente foi submetida a quimioterapia adjuvante e bloqueio hormonal para doença HER2 metastática.

Paciente 2 do sexo feminino, com 52 anos, apresentou metástase hepática de sítio primária na mama esquerda, de carcinoma ductal invasivo positivo para receptores de estrogênio e progesterona. Como seguimento, realizou exame de ressonância magnética de abdome que evidenciou lesão hepática no segmento VIII. Diante disso, a paciente foi submetida a hepatectomia segmentar videolaparoscópica, no qual o produto cirúrgico tinha um perfil imunohistoquímico positivo para receptores de estrogênio e progesterona, compatível com o carcinoma de origem em mama.

**DISCUSSÃO:** Os relatos apresentados reproduzem cenários favoráveis para a metastasectomia hepática, uma vez que as pacientes preenchem os critérios de elegibilidade favoráveis para a realização da cirurgia.

Uma revisão na literatura demonstrou que pacientes submetidas à metastasectomia hepática apresentaram uma sobrevida livre de doença de 73 meses, em relação às pacientes submetidas apenas ao tratamento sistêmico que foi de 13 meses ( $p < 0.001$ ). Outro estudo, sobre mulheres com câncer de mama metastático submetidas à hepatectomia, com um único sítio de lesão, demonstrou taxas de sobrevida global aos 3 e 5 anos após tratamento de 50% e 34%.

Nos relatos apresentados as características da evolução da doença traduzem melhor prognóstico e configuram doença oligometastática. Sendo assim, apesar de ainda carecer de estudos randomizados que abordem um grande número de pacientes, a literatura apresentada, associada aos dados dos relatos, corrobora a tese de que há um impacto significativo na sobrevida global, impacto na melhora da qualidade de vida, diminuição da toxicidades e efeitos adversos da terapia farmacológica se optar-se pela ressecção cirúrgica da metástase.

PO 3246

**FISTULA ENTEROCUTÂNEA EM REGIAO INGUINAL EM PACIENTE PORTADOR DE DISPLASIA OSSEA METAFISARIA CURSANDO COM HÉRNIA DE BROESIKE NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO**

Camilla Kelly de Paulo Leal; Fernando Bráulio Ponce Leon P. de Castro; Bernardo Nogueira Lima de Figueiredo; Guilherme Muradas Pires; Mariana Hollos Fiorencio; Nathalia Barros de Oliveira Santos.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** Fístulas enterocutâneas são patologias de difícil tratamento, com diagnósticos diferenciais variados. Traumas abdominais são uma causa infrequente e de clínica insidiosa. Apresentamos caso de paciente com condição clínica rara submetido a drenagem de abscesso cutâneo, com evolução desfavorável, resolvido com cirurgia de grande porte.

**Relato:** MAT, 32 anos, portador de Displasia Óssea Metafísica, com história de há dois anos ter apresentado abscesso cutâneo em região de fossa ilíaca direita, sendo submetido a drenagem local em unidade de pronto-atendimento fora do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) e antibioticoterapia oral em regime domiciliar. 15 dias após, retornou ao mesmo serviço devido ao início de saída de secreção entérica pelo óstio da drenagem, com diagnóstico de fístula enterocutânea orientada aventada. Orientado a prosseguir investigação ambulatorial com colonoscopia. Devido à dificuldade obtenção do exame, passou a tratar episódios de reinfeção local apenas com antibióticos orais. Na semana que antecedeu esta hospitalização, observou novo abscesso em região inguinal à direita, associado a febre e drenagem espontânea de secreção purulenta, sem melhora após antibioticoterapia venosa. No HUCFF, foi realizada tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou fístulas de trajetos complexos com origem na parede posterior do cólon ascendente. Em parte desses trajetos, foi observado contraste oral e material fecal. O estudo colonoscópico descartou hipótese de doença inflamatória intestinal. Submetido a laparotomia exploradora evidenciado exuberante processo inflamatório crônico, concentrado em quadrante inferior direito, provável fístula de coto apendicular com trajeto até a pele e outros pontos de fistulização contidos. Decidido então pela realização de colectomia direita com reconstrução primária, desbridamento de parede abdominal, lavagem e drenagem da cavidade abdominal e região inguinal direita. Reabordado no 6º DPO, quando apresentou quadro obstrutivo alto com evisceração, com inventário demonstrando hérnia interna de intestino delgado em abertura entre o ângulo de Treiz e o retroperitônio. Realizada redução do conteúdo herniário, correção do defeito, lavagem de cavidade e ressecção de aponeurose. Apresentou satisfatória evolução no pós-operatório, recendo alta no 12º DPO. Resultado histopatológico demonstrando processo granulomatoso crônico inespecífico.

**Discussão:** Muitas vezes definidos como lesões simples, com abordagem limitada à drenagem local e, por vezes, antibioticoterapia empírica, os abscessos inguinais devem ser sempre investigados pelo médico e demandam acompanhamento em sua evolução. A comorbidade que o paciente apresenta também foi um fator decisivo na etiologia da fístula formada. Por fim, o correto manejo da complicação ocorrida associada ao inventário completo da cavidade são fatores decisivos para um desfecho favorável do paciente.

PO 3248

**RELATO DE CASO: RETALHO FASCIOCUTÂNEO PARA COBERTURA DE DEFEITO EM REGIÃO TORÁCICA POSTERIOR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE PROTEUS**

Leonel Manea Neves.

*CONJUNTO HOSPITALAR MANDAQUI, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de Proteus foi inicialmente descrita em dois pacientes por Cohen e Hayden em 1979, caracterizada por uma síndrome de crescimento anormal de diversos tecidos<sup>1,2</sup>, sendo nomeada por Wiedemann em 1983 para denotar sua variabilidade na apresentação clínica<sup>1,2</sup>. A incidência é estimada em menos de 1 para 1 milhão de nascimentos, com uma razão homem/mulher de 1,9/1. Tendo sido identificado o gene AKT1 como responsável em 2011, confirmando a natureza genética da síndrome<sup>4</sup>. O fenótipo facial é presente em apenas alguns dos casos, sendo estes associados com déficits cognitivos<sup>3</sup>. Os lipomas podem aumentar de tamanho e novos lipomas podem surgir. A exérese dos mesmos é difícil, uma vez que eles não são bem delimitados e não são encapsulados<sup>3</sup>. A motivação para a descrição do caso se relaciona com a raridade da doença e com a escassez de trabalhos disponíveis na literatura.

**RESULTADO - RELATO DE CASO:** W.S.S., masculino, 14 anos, com diagnóstico prévio de síndrome de Proteus, déficit cognitivo e mínima responsividade à estímulos externos, além disso é portador de estenose de traqueia. A equipe da Cirurgia Plástica do Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CHM) foi acionada para avaliação de paciente em pós-operatório recente de exérese de lipoma no dorso, pesando 2kg e medindo 25,9 x 24,5 x 16 cm, realizada pela equipe da Cirurgia Pediátrica, em que houve deiscência completa da sutura. Antes da abordagem cirúrgica, uma tentativa de aplicação de curativo de pressão negativa no local foi tentada, não sendo possível a realização devido a constante agitação psicomotora do paciente. Após discussão com a equipe optou-se pela realização de retalho fasciocutâneo do dorso. Procedeu-se então com a confecção de retalho fasciocutâneo de rotação randômico para o fechamento da lesão, no 2º pós operatório o mesmo apresentou sinais de congestão venosa. Neste momento foi indicada oxigenioterapia hiperbárica, não sendo possível a sua realização devido à agitação psicomotora do paciente. No 4º pós operatório haviam sinais de sofrimento cutâneo em sua porção cranial. Após delimitação da área de necrose e debridamento cirúrgico houve necessidade de enxertia de pele parcial com excelente resultado. Após 4 dias da enxertia o paciente obteve alta hospitalar e segue em acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** Optamos por um retalho de rotação fasciocutâneo da região dorsal por fornecer melhor vascularização. Atribuímos a ocorrência de necrose parcial do retalho devido a congestão venosa ocorrida no pós operatório, à espessura reduzida do tecido celular subcutâneo no dorso do paciente e à reduzida variabilidade de posições em que o paciente pode ser mantido devido a sua condição respiratória. Na literatura podem se encontrar referências com índices de necrose parcial e total de retalhos fasciocutâneos na ordem de 13%<sup>9</sup>. A relevância do trabalho se mostra pela raridade da síndrome e para demonstrar a estratégia utilizada pela equipe para a resolução do caso e suas complicações.

PO 3254

**METÁSTASE DE CARCINOMA RENAL EM AMPOLA DE VATER: RELATO DE CASO**

Pedro Miguel Goulart Longo<sup>1</sup>; Victor Antônio Brocco<sup>2</sup>; Fábio Hermann<sup>2</sup>; João Paulo Carlotto Bassotto<sup>2</sup>; Eduardo José Bravo Lopez<sup>2</sup>; Mayara Christ Machry<sup>2</sup>; Diego Marcelo Montesdeoca Rodriguez<sup>2</sup>; Mohamad Hassan Hamaoui<sup>2</sup>.

1. UNISUL, TUBARÃO - SC - BRASIL

2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Metástases a distância de tumores renais são algo comum na prática clínica. Porém, o surgimento dessas lesões em topografias não habituais e que mimetizam síndromes clínicas como a colestática não são tão frequentes. Relataremos a seguir um caso de Neoplasia Renal com metástase para Ampola de Vater (AV).

**RELATO DE CASO:** Masculino, 74 anos, histórico de nefrectomia por carcinoma de células renais (CCR) há 6 anos. Chega à emergência relatando quadro de vômitos há 20 dias, associado à acolia, colúria e icterícia. Solicitado ultrassonografia de abdome que revelou obstrução da via biliar na topografia de colédoco distal de etiologia indeterminada. Paciente foi submetido a CPRE com implante de prótese biliar, na qual foi evidenciada tumoração em papila pancreática, caracterizada posteriormente na tomografia como lesão expansiva hipervascular na cabeça do pâncreas, comprometendo o ducto pancreático principal, com extensão através do mesmo até papila duodenal, protruindo para a luz intestinal. Sendo assim, indicado procedimento de duodenopancreatectomia com linfadenectomia retroperitoneal. Anatomopatológico demonstrou metástase de carcinoma renal de células claras.

**DISCUSSÃO:** As metástases à distância acometem 60% dos pacientes com CCR. Os locais de disseminação metastática mais comuns são: pulmões, ossos e fígado. Embora o CCR dissemine-se para locais atípicos, metástases para AV é rara, com apenas 11 relatos na literatura. Quando isso ocorre, podem ser indistinguíveis dos adenocarcinomas pancreáticos (AP) primários durante a apresentação inicial. As manifestações clínicas mais comuns dos tumores da AV incluem icterícia, colúria, prurido, perda de peso e dor abdominal. O estudo de Cheong D, et al. analisou 11 relatos de CCR com metástases para AV. O intervalo médio de tempo desde a nefrectomia inicial até o surgimento da metástase foi de 82,5 ± 64,9 meses, número semelhante aos 6 anos (cerca de 72 meses) de intervalo entre o surgimento das lesões neste caso. Quanto ao manejo dessas lesões metastáticas, o estudo traz um dado interessante: a sobrevida de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico foi superior em relação aos pacientes que fizeram manejo paliativo (137 ± 40,1 meses vs. 59,5 ± 50,1 meses). Portanto, percebe-se que, apesar de incomum, a AV é mais um dos possíveis locais de disseminação metastática do CCR, e que o tratamento cirúrgico é considerado a abordagem padrão-ouro.

PO 3256

**USO DE PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO PRÉ-OPERATÓRIO E TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES NO TRATAMENTO DE HÉRNIA VENTRAL COM PERDA DE DOMICÍLIO: UM RELATO DE CASO.**

Rafaela Ferreira dos Santos<sup>1</sup>; Carolyne Sampaio Santiago Galindo Galvão de Moura<sup>1</sup>; Letícia Freitas Mathias<sup>1</sup>; Leonardo Araujo Carneiro da Cunha<sup>2</sup>.

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL
2. ESTÁCIO ALAGOINHAS, SALVADOR - BA - BRASIL

Introdução: Hérnias Ventrals(HV) volumosas, geralmente, estão associadas à perda de domicílio(PD) visceral, consequência da progressão de um defeito na parede abdominal, impedindo, assim, que essa seja capaz de conter as vísceras, gerando uma protrusão para o saco herniário e para fora da parede abdominal. Essa patologia é relevante, haja vista a dificuldade de sua correção, bem como sua prevalência, que, segundo Bikhchandani et al., 2013, corresponde a 20% das laparotomias, resultando em um risco de 5% de vida. Sua reparação sem planejamento, pode conduzir a um quadro de insuficiência respiratória, síndrome compartimental abdominal ou fechamento do defeito em ponte. O pneumoperitônio progressivo pré-operatório(PPP) associado à técnica de separação de componentes (TSC) promovem o retorno da pressão intra-abdominal, estabiliza a função respiratória e aumentam o volume da cavidade abdominal (VCA). Relato de caso: ACS, 64 anos, IMC 34,7 e HAS, admitido com hérnia incisional e PD, após complicações de laparotomia prévia. Tomografia de abdome (TC) relatava defeito de 10,5 cm, volume do saco herniário (VSH): 2.608,9 cm<sup>3</sup>, VCA de 7.446 cm<sup>3</sup> e relação de volumes (RV): 35%. Conforme protocolo do serviço, realizado PPP com média diária de 1738 mL, por 11 dias efetivos. TC d controle mostrava aumento de 54,8% do VCA e redução completa do conteúdo herniado. No D15, o paciente foi submetido a reconstrução da parede pela técnica de separação de componentes anterior (TSCA) com reforço de tela de polipropileno, além de abdominoplastia. Os procedimentos ocorreram sem intercorrências. Tempo de UTI foi 1 dia, com alta hospitalar no 2º DPO. Sem complicações pós-operatórias. Discussão: Não há consenso sobre o melhor uso do PPP nem qual o melhor método. Renard et al., com uso do ar ambiente, mostrou aumento médio do VCA em 53%, injeção média de 1227 mL/dia em 45 casos, enquanto Valezi et al. mostrou redução de 21,9% na RV e aumento em 21% do VCA, ao insuflar 475mL/dia de CO<sub>2</sub>, com baixo índice de complicações. A TSCA é indicada no defeito > 10 cm, promove avanços de até 16 cm, diminuindo as recidivas dos casos complexos. Metanálise com 285 pacientes mostrou recorrência de 9,5% e complicações de ferida operatória (CFO) em 21,6%, já Cornette et al., com 665 pacientes, mostrou resultados com recidiva em 11,9%, além de taxas semelhantes de CFO. Não há estudos com evidência suficiente em definir qual a melhor TSC a ser utilizada, porém a associação das duas técnicas pode ajudar o tratamento de defeitos complexos de parede com PD.

PO 3257

**ÍLEO BILIAR: COMPLICAÇÃO RARA DA COLELITÍASE**

Nícolas Matheus Ponte<sup>1</sup>; Guilherme Ibiapina Cunha Morais<sup>1</sup>; Lorena de Sousa Fontenele<sup>2</sup>; Petrônio Fonteles de Andrade<sup>2</sup>; Antônio Robson Gomes Ximenes<sup>2</sup>; Janiel Carvalho Ponte<sup>2</sup>.

1. INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, SOBRAL - CE - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL

Introdução: A colelitíase é uma das afecções mais frequentes de tratamento cirúrgico. Na maioria dos casos é assintomática, sendo diagnosticada acidentalmente durante exame de imagem. Em raros casos, no entanto, pode haver formação de uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, com passagem de cálculos para o trato digestivo. Dependendo do tamanho do cálculo poderá impactar em algum segmento intestinal, causando obstrução, condição essa denominada de íleo biliar.

Relato de caso: Paciente feminina, 51 anos, previamente hígida, com queixa de dor em hipocôndrio direito há aproximadamente 15 dias, que evoluiu com dor abdominal em cólica, vômitos biliosos e obstipação intestinal. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, taquicárdica e desidratada, com ruídos hidroaéreos aumentados, abdome distendido e difusamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal. Realizada ultrassonografia abdominal que revelou vesícula contraída, com leve espessamento parietal, abrigando múltiplos cálculos em seu interior. Na tomografia, observou-se aerobilia, formação de fístula para o duodeno, dilatação de alças intestinais e presença de cálculo radiopaco intraluminal medindo 2,6 cm. O conjunto de achados é compatível com íleo biliar. A paciente então foi conduzida ao centro cirúrgico e submetida à laparotomia exploradora, que evidenciou um cálculo biliar obstrutivo há 50 cm da válvula ileocecal, além de múltiplas aderências, com fístula entre a vesícula e a primeira porção duodenal. Realizado enterotomia com extração de cálculo, além de duodenorrafia e colecistectomia. No pós-operatório, a paciente evoluiu clinicamente bem, sem intercorrências.

Discussão: O íleo biliar é uma complicação rara da colelitíase, responsável por 1 a 4% dos casos de obstrução intestinal. Acomete tipicamente pacientes idosos e do sexo feminino. A doença se deve a passagem do cálculo para a luz intestinal através de uma fístula entre a vesícula biliar e um segmento do trato digestório, com posterior impactação. Em mais de 70% dos casos, a fístula se faz com o duodeno, e o local mais frequente de impactação do cálculo é o íleo terminal. A apresentação clássica é caracterizada por dor abdominal e vômitos, precedidos por sintomas de comprometimento biliar. A combinação de modalidades propedêuticas permite o diagnóstico pré-operatório em 77% dos casos. No entanto, muitas vezes é feito no intraoperatório, devido ao baixo índice de suspeição. Os principais achados radiográficos são sinais de obstrução intestinal, aerobilia e visualização do cálculo ectópico. A tomografia pode ser empregada em casos duvidosos. O tratamento do íleo biliar é eminentemente cirúrgico, através de uma enterolitotomia, após medidas de estabilização clínica. A resseção intestinal por vezes é necessária. A colecistectomia com correção da fístula pode ser realizada na mesma cirurgia ou em um segundo momento, a depender do risco cirúrgico e das condições clínicas do paciente.

PO 3264

**RELATO DE CASO: JOVEM COM DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

Júlia Ribeiro Borges<sup>1</sup>; Jacqueline Jéssica de Marchi<sup>1</sup>; Vitória Paglione Balestero de Lima<sup>1</sup>; Carolinne Beatriz Alves<sup>1</sup>; Maria Olivia da Silva<sup>2</sup>; Vivyan Vanessa de Lira Isidro<sup>3</sup>; Joanna Maria Alves Morais<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS SINOP, SINOP - MT - BRASIL
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE- UNIVAG BRASILEIRA, VÁRZEA GRANDE - MT - BRASIL
3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE BRASILEIRA, SANTO AMARO - PE - BRASIL

Introdução: Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) caracterizam-se por um processo inflamatório gastrointestinal, devido a resposta imunológica inapropriada a antígenos das bactérias da microbiota em indivíduos geneticamente suscetíveis. Podem ser: Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC), tendo uma terceira classificação: Colite indeterminada. Os quadros clínicos são semelhantes e a diferenciação ocorre pelos achados radiológicos, endoscópicos, histológicos e laboratoriais. Cerca de 10% dos pacientes diagnosticados inicialmente com RCU são “reclassificados” para DC. É essencial o paciente ser assistido por um médico que seja especialista em DII, compreenda a evolução da doença. Além do acompanhamento do paciente regularmente para evitar complicações. Relato de caso: Paciente masculino, 34 anos, branco, procedente de Cuiabá-MT, relatou que em 2015, iniciou diarreia sanguinolenta (BRISTOL 7), tenesmo, desconforto anal, náuseas e vômitos. Realizou colonoscopia que foi constatadas úlceras em reto. Sendo diagnosticado, com RCU (padrão retite). Iniciou tratamento com Mesalazina via retal (500 mg/dia). Devido a exacerbação do quadro em 2017, optou por iniciar Humira 40 mg SC (dose de ataque) + 3 meses de manutenção (14/14 dias), após 4 meses de tratamento paciente não adaptou a medicação. Prescrito então Mesalazina 1g/dia retal e 4g/dia via oral. Com artralgia no joelho esquerdo e dor sacral, associou-se metotrexato (6 cp/semana). Em Nov/19, apresentava-se em remissão sustentada da doença (calprotectina fecal (116 mg/kg). Em 21/06/20, teve diarreia sanguinolenta, frequência de 7 a 15 vezes/dia, dor perianal, sem febre. Ressonância magnética (RM) anuperineal (24/06/20): sinais de abscesso no canal anal de volume estimado em 10mL. Dia 24/06/20 realizou drenagem do abscesso e iniciou antibioticoterapia (Cipro e Metro). Para acompanhamento (27/06/20), dosou Calprotectina fecal, obtendo 1319mg/kg. Tendo a possibilidade de Síndrome de Fournier, administrou Ertapenem. Diante disso, definiu-se o diagnóstico de DC perianal e optou por tratamento com imunobiológico, Remicade (0,5 mg/kg/dia) - até presente momento, realizou as doses de indução. Em nova RM de pelve para acompanhamento, indicou evolução do abscesso para fístula em ferradura e intenso processo inflamatório. Assim, optou-se por realizar curetagem e colocação de sedenho na fístula perianal (24/07/20), associando sessões na câmara hiperbárica e papaína. Discussão: A administração de imunobiológicos no tratamento das DII, mostrou redução do risco de complicações e melhor qualidade de vida. Acredita-se que o Infliximabe, agente anti-TNF, seja benéfico para induzir remissão sustentada. Nesse relato, o paciente evoluiu com DC perianal, justificando a necessidade do uso precoce do agente anti-TNF, pois é a droga de primeira escolha, responsável por induzir a cicatrização da mucosa intestinal e evitar complicações. Se ele tivesse mantido o Humira, será que a doença teria evoluído para cirurgia?

PO 3266

**IMPACTO DA MASTECTOMIA RADICAL NO BEM-ESTAR EM UMA PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA INFLAMATÓRIO: RELATO DE CASO.**

Lara Pinheiro Arenas<sup>1</sup>; Ana Beatriz Cardoso Oliveira<sup>2</sup>; Ana Carolina Sarmiento Brim<sup>2</sup>; Júlia de Abreu Couto Vieira<sup>2</sup>; Mariana Maciel Portela<sup>2</sup>; Milene Pereira de Souza Santos<sup>1</sup>; André Luis Barbosa Romeo<sup>2</sup>; Ana Célia Diniz Cabral Barbosa Romeo<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL
2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL

Introdução: O carcinoma inflamatório da mama (CIM) ocorre devido a um bloqueio dos ductos linfáticos por células tumorais, impedindo o sistema linfático de combater inflamações e infecções. Comumente, os achados clínicos são edema (casca de laranja), eritema e dor. Esta afecção atinge cerca de 2,5% dos casos de câncer de mama, sendo um subtipo bastante agressivo e de rápida evolução. Por isso, as cirurgias tornam-se desafiadoras, como a mastectomia radical, em que há a retirada de mama, músculos e tecidos adjacentes abrangidos pelo tumor. Logo, é essencial analisar o impacto na qualidade de vida das pacientes submetidas a essa cirurgia. Relato: Paciente, do sexo feminino, de 33 anos, após sentir forte dor na mama esquerda e buscar atendimento, foi identificada com nódulo de 5 cm, através de USG, em dezembro de 2018. Em janeiro de 2019, após realização de biópsia CORE, foi diagnosticada com CIM, o qual já havia dobrado de tamanho. Em setembro de 2019, depois de 8 meses e meio de quimioterapia, foi realizada inicialmente uma mastectomia radical. Porém, devido à extensão da inflamação, foi necessária uma cirurgia de reconstrução parcial – de 11 horas de duração – com enxerto do músculo grande dorsal e parte da gordura abdominal, para o fechamento da lesão. Logo, à custa da rapidez da doença e da dimensão da cirurgia, a paciente relatou impactos negativos em seu bem-estar. Discursão: O câncer de mama afeta a autoestima e sexualidade das pacientes, principalmente, as submetidas à mastectomia radical. Assim, o tratamento impõe efeitos negativos sob o bem-estar, além de limitações pós-cirúrgicas, que impactam nas ações diárias, e o luto da perda da mama. Isto gera um sentimento de dano à integridade feminina, pois a mama é considerada um símbolo de feminilidade, logo a sua mutilação pode desestabilizar a imagem corporal da mulher e interferir no padrão de postura, gerando repercussões físicas e psíquicas (LORENZ et al., 2019). Além disso, a paciente do relato aponta repercussões na sexualidade, seja por bloqueios emocionais e/ou medo da rejeição. Mesmo com apoio do parceiro, ela refere insegurança e não aceitação do próprio corpo, agravadas por ainda não ter feito a cirurgia reparadora e estar sem a prótese mamária. Isso acontece, pois, a reconstrução é considerada uma perspectiva de recomeço e de resgate do corpo normal e sensualidade (KAPPAUN et al. 2008). Ademais, a solidão também é abordada pela paciente que, apesar do apoio da família no início da doença, sentiu-se desamparada física e emocionalmente no fim do tratamento. Considerando que, além de demandar suporte até para tarefas simples, também precisava de apoio psicológico, já que, desde o diagnóstico ao tratamento, a mulher experienciou diversos danos emocionais, físicos e sociais relacionadas a sua autoimagem e ao seu corpo (LORENZ et al., 2019). Então, é importante avaliar, sobretudo, os impactos na qualidade de vida de pacientes que enfrentaram um câncer agressivo e raro, como o CIM.

PO 3268

**INFARTO ESPLÊNICO COMO CONSEQUÊNCIA DE TROMBOSE DE VEIAS ABDOMINAIS.**

Rafaela Araujo Lojudice<sup>1</sup>; Trícia Aline Ribeiro Pattini de Souza<sup>2</sup>; Marcela Oliveira Rezende Barbosa<sup>3</sup>; Stefani Cristina de Andrade dos Santos<sup>1</sup>; Aline Ribeiro Cunha<sup>3</sup>; Aparecida Meira da Silva<sup>1</sup>; Sarah Nadim de Lazari<sup>4</sup>.

1. UNIVERSIDADE BRASIL, FERNANDÓPOLIS - SP - BRASIL
2. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FERNANDOPOLIS, FERNANDÓPOLIS - SP - BRASIL
3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FERNANDÓPOLIS, FERNANDÓPOLIS - SP - BRASIL
4. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VOTUPORANGA, V

Introdução: A trombose venosa mesentérica, portal e esplênica são entidades raras quando ocorridas isoladamente e ainda mais raras quando manifestadas concomitantemente. Em cerca de 75% dos casos identifica-se um ou mais fator(es) etiológico(s). Incluem-se os estados de hipercoagulabilidade hereditários ou adquiridos (neoplasias, SAAF, síndrome nefrótica), processos inflamatórios (pancreatite ou DII), hipertensão portal, cirrose ou, ainda, após traumatismo ou cirurgia abdominal. O diagnóstico dessa condição é um desafio devido à baixa especificidade dos sintomas, assim como à possibilidade de se apresentarem de forma assintomática. O diagnóstico é realizado através de exames de imagem como USG com Doppler, TC com contraste e angiografia. Complicações como isquemias intestinais e de órgãos adjacentes e hemorragia digestiva alta são frequentes e potencialmente fatais. O tratamento dependerá da condição clínica do paciente, podendo ser realizada terapia anticoagulante ou ainda tratamento cirúrgico. Relato de caso: R.F.C, masculino, 50 anos, branco, dor tipo cólica, de forte intensidade, em abdome superior esquerdo há 5 dias. Irradiada para dorso esquerdo, apresentava melhora com uso de antiespasmóticos e piora após alimentação. Apresentou dois episódios febris, nega náuseas e vômitos, e nega evacuações desde o início dos sintomas mesmo após o uso de laxativos orais. USG de abdome, realizada no mesmo dia, com suspeita de infarto esplênico. AP: tabagista 2 maços/dia há 25 anos. EF abdominal: RHA presentes, timpânico, dor intensa à palpação profunda, com ênfase em hipocôndrio esquerdo. Solicitados exames laboratoriais e de imagem. Resultados alterados: Leucograma 13.900 mm<sup>3</sup>, PCR: 114,5, TGP: 150, Lactato 3,39. TC abdome com contraste: trombose de veias esplênica, porta e mesentérica superior. Área hipodensa no parênquima esplênico correspondente a infarto, extensão de 37%. Sem evidências de sofrimento de alças intestinais. AngioTC abdome: descartado trombose arterial. Internado, iniciado HPN 5000UI EV 4/4h, antibioticoterapia e sintomáticos. Permaneceu internado por dez dias, com boa evolução clínica e laboratorial. TC de controle: área de infarto esplênico sem progressão. Alta com Marevan e orientações para investigação etiológica ambulatorial. Discussão: A trombose venosa portal, mesentérica e esplênica, no paciente em questão, se manifestou de forma aguda com rápida evolução dos sintomas. A principal etiologia suspeitada foi relacionada ao tabagismo de longa data, já que este está relacionado a promoção de um estado de hipercoagulabilidade, porém outros fatores causais não podem ser excluídos e deverão ser investigados posteriormente. Com poucos dias de evolução, algumas complicações como constipação intestinal e infarto esplênico causando dor abdominal, devido ingurgitamento vascular no órgão, motivaram o paciente a procurar atendimento. A boa evolução ocorreu devido ao diagnóstico precoce com a USG e pela instituição subsequente do tratamento.

PO 3270

**RUPTURA TARDIA DO BAÇO APÓS TRAUMA INICIAL: RELATO DE CASO**

Andrea Rizia de Souza Carmo Guimaraes; Danilo Di Lascio Sobrinho.

CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA, CARANGOLA - MG - BRASIL

INTRODUÇÃO: As lesões esplênicas são produzidas pela desaceleração rápida ou pela punção proveniente de uma fratura de uma costela adjacente (TOWNSEND et al., 2004). Na lesão esplênica, se o intervalo assintomático exceder 48 horas, a entidade é chamada de ruptura do baço em dois tempos (REDT) ou tardia. Essas lesões passam despercebidas com frequência, apresentando um risco considerável de óbito. O trauma do baço era tratado, até a década de 1950, por esplenectomia total, mas Diamond em 1969, introduziu o conceito de Infecção Fulminante Pós-Esplenectomia (IFPE), estimulando a realização de esplenorrafia e esplenectomia parcial (CAMPOS & DIDIO et al., 1997).

RELATO DE CASO: JBS, sexo masculino, 66 anos de idade, admitido no Pronto Socorro da Casa de Caridade de Carangola (CCC-Minas Gerais) no dia 15 de maio de 2020, após queda de escada, queixando de dor torácica. Ao Exame Físico, paciente apresentava-se estável hemodinamicamente, murmúrio vesicular diminuído à esquerda, abdômen flácido e indolor à palpação. Realizado Tomografia de Tórax revelando fraturas de arcos costais à esquerda e Tomografia de abdômen sem alterações. Instalado dreno de tórax à esquerda. Após dois dias da alta hospitalar, paciente retorna à CCC devido queixa de dor abdominal. Foi realizado hemograma, Tomografia de Tórax e Tomografia do abdômen que revelou lesão esplênica grau II. A princípio foi instituído tratamento não operatório com avaliação seriada de hematócrito, suporte clínico, soroterapia e analgesia. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo submetido a laparotomia com esplenorrafia.

DISCUSSÃO: A preservação do baço, tenta diminuir a ocorrência de sepse fulminante pós esplenectomia. Uma regra fundamental para considerar-se um tratamento não cirúrgico é a necessidade do paciente estar hemodinamicamente estável e a presença de recursos institucionais que permitam a monitorização e avaliação clínica continuada do paciente. A maioria das lesões graus I e II pode ser tratada não-cirurgicamente (TOWNSEND et al., 2004), mas no caso de hemorragia persistente em lesão de grau II e lesões variadas em grau III essas poderão ser tratadas por esplenorrafia (MATTOX et al., 2005). Em vista da elevada mortalidade devemos ficar atentos na abordagem da REDT e em caso de tratamento cirúrgico caso haja possibilidade de preservação do baço, essa é uma medida importante pois ajuda a diminuir ocorrência de infecções.

REFERÊNCIAS:

- CAMPOS, MB & DIDIO, LJA. Anatomic and surgical aspects of splenic segmentectomies Ann Anat. 1997; 179:461-74.  
DIAMOND, LK. Splenectomy in childhood and the hazard of overwhelming infection. Pediatrics. 1969; 43:886-9.  
MATTOX, KL et al. Trauma. 4a. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 1494 p.  
TOWNSEND, CM et al. Sabiston Textbook of Surgery. 17a. ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier, 2004. 2388 p.

PO 3272

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTO**

Fábio Herrmann; Rodrigo Mariano; João Paulo Carlotto Bassotto; Mayara Christ Machry; Eduardo José Bravo Lopez; Victor Antônio Brocco; Alexia Oro dos Santos; Diego Marcelo Montesdeoca Rodriguez.

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - RS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

**Introdução:** A intussuscepção intestinal ocorre quando uma porção do intestino penetra no lúmen de outra parte imediatamente adjacente. Em 2 a 8% dos casos, a invaginação pode ser decorrente de uma lesão identificável que serve como ponto de tração, como o divertículo de Meckel, os pólipos e os tumores carcinóides. Mais da metade dos casos surge no primeiro ano de vida, e somente 10 a 25% dos casos surgem após os 2 anos de idade, especialmente no sexo masculino.

**Relato de caso:** Feminina, 55 anos, hipertensa. Buscou atendimento na UBS, em setembro de 2019, com dores abdominais em abdome superior, com evolução progressiva de um mês, acompanhada por perda ponderal de 12 kg. Realizou ecografia e TC, em que foi descrito alça intestinal com parede espessada, espessura de alça medindo 8,4 cm no maior diâmetro, determinando invaginação íleo-ileal. A possibilidade de GIST foi inicialmente considerada. Buscou a emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia e Porto Alegre - RS, em outubro de 2019, por piora da dor, constipação há 7 dias e ausência de eliminação de flatus há 3 dias, acompanhada por náuseas e vômitos. Na internação realizou TC que evidenciou invaginação íleo-ileal com consequente distensão de alças a montante, sugerindo intussuscepção. Nos exames laboratoriais constava leucócitos 6940, hemoglobina 13,6, RNI 1,03, KTTTP 28,1, leucograma sem desvios. A conduta cirúrgica foi imediata, a intussuscepção foi encontrada aproximadamente 60cm do ligamento de Treitz. Realizado enterectomia parcial do segmento de 19,5cm, com confecção de anastomose íleo-ileal latero-lateral. A peça foi enviada para anatomopatológico, resultando em pólipo fibróide inflamatório. Nódulo distrófico com necrose de tecido adiposo. Linfonodo sem alterações. Paciente teve boa evolução pós-operatória, recebendo alta no 10 dia pós operatório.

**Discussão:** Estima-se que apenas 5% dos portadores de intussuscepção sejam adultos e que aproximadamente 5% dos casos de obstrução intestinal em adultos sejam causados por intussuscepção. Mesmo cirurgiões experientes têm oportunidade de acompanhar poucos casos em toda a sua carreira. O diagnóstico de certeza é baseado nos achados cirúrgicos. A taxa de confirmação diagnóstica pré-operatória descrita na literatura varia aproximadamente de 40 a 50%.

PO 3273

**CIRURGIA ENDOSCÓPICA INTRA-RENAL COMBINADA EM POSIÇÃO GALDAKAO-VALDÍVIA MODIFICADA: UM RELATO DE CASO**

Pedro Henrique Martins de Oliveira<sup>1</sup>; Theago Arruda do Espírito Santo<sup>1</sup>; Luiz Gustavo Teixeira Brandão<sup>1</sup>; Nilson Souza Junior<sup>1</sup>; Marcelo Lopes de Lima<sup>2</sup>.

1. CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL
2. CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS E UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

**Introdução:** A nefrolitíase é uma patologia de alta prevalência. Possui importante implicação em morbimortalidade por complicações agudas, relacionadas a obstrução de vias urinárias e quadros de insuficiência renal, bem como quadros infecciosos que podem evoluir à sepsis. Classicamente seu tratamento é cirúrgico e tem-se a Nefrolitotomia percutânea (NPC) como padrão ouro para cálculos renais maiores que 2 cm.

**Relato de Caso:** Paciente masculino, 48 anos, pardo, com repetidos quadros de infecção urinária. A investigação foi realizada com exames de laboratoriais e de imagem. Possui sobrepeso, sem demais comorbidades. Apresentando cálculo coraliforme, complexo à esquerda, foi submetido a abordagem endoscópica combinada, ureteroscópica e percutânea em posição Galdakao-valdívia modificada, com completa extirpação de cálculos, com alta no segundo dia de pós-operatório, retornando em 45 dias para retirada de duplo jato, com boa evolução.

**Discussão:** A nefrolitíase é uma doença de alta prevalência e morbimortalidade, estima-se que de 5 a 10% da população geral sofrerá com nefrolitíase ao longo da vida. Constitui um desafio propedêutico e terapêutico desde a antiguidade. A temida "doença da pedra" afligia a humanidade desde os tempos imemoriais e o seu tratamento passou por uma gigantesca evolução, desde a perigosa talha por litotomia perineal, que era um procedimento de alta morbimortalidade, que motivou Hipócrates a proibir este ato em seu juramento, até os dias atuais com procedimentos endoscópicos e minimamente invasivos, com altas taxas de sucesso e segurança ao paciente. A nefrolitotomia percutânea(NPC) é a modalidade padrão ouro para o tratamento de cálculos complexos maiores de 2cm. É a modalidade que alcança melhor resultado para um procedimento. Suas complicações estão relacionadas à punção, podendo lesão estruturas circunjacentes, como baço e pleura, bem como sangramento de parede. Para diminuir os riscos destes sangramentos, tem se utilizados instrumentais menores e mais delicados, denominando esta adaptação de "mini-NPC".

Recentemente tem sido proposta uma abordagem endoscópica combinada, anterógrada-retrógrada, através de ureteroscópio flexível e NPC par abordagem de cálculos complexos na posição Galdakao-valdívia modificada. Esta abordagem combinada trás alguns benefícios. Primeiramente, ao acessar por via ureteroscópica, já é possível visualizar possíveis alterações concomitantes na via urinária baixa, bem como estenoses, falsos trajetos e cálculos ureterais. Além disto, através da visualização endoscópica direta, é possível ter uma noção anatômica dinâmica, facilitando a punção renal percutânea, bem como acompanhamento durante o procedimento, diminuindo a necessidade de fluoroscopia, resultando em menor exposição a radiação. Também, ao final do procedimento, tem-se mais um recurso visual para verificação de cálculos residuais e também mais uma via para retirada de fragmentos.

PO 3276

**METÁSTASE PERITONEAL TARDIA DE MELANOMA DE CORÓIDE**

Luiz Gonzaga Torres Junior; Lucas Oliveira Foureaux; Mara Inês Stefanini Zamae; Maria Cavallieri Diniz; Henrique Nigri Caetano de Oliveira; Amanda Cristina Virgilio Alves.

*HOSPITAL VILA DA SERRA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** O melanoma uveal, apesar de bastante raro, é o câncer ocular primário mais comum em adultos, com incidência ajustada por idade de 5.1 casos por milhão, anualmente. Localizado na íris, corpo ciliar ou coróide em respectivamente 4%, 6% e 90% dos pacientes, esta lesão se desenvolve a partir dos melanócitos uveais. Os fatores de risco são intimamente relacionados ao fenótipo do paciente: cabelos, pele e íris claros, entre outros. Obtivemos avanços diagnósticos nos últimos anos, sendo que a suspeita clínica, detecção e abordagem precoces são essenciais para o aumento de sobrevida a longo prazo.

**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 55 anos, com história de turvação visual progressiva de início insidioso em 2014, foi submetida a avaliação oftalmológica com fundoscopia, sendo localizada uma lesão expansiva, enegrecida, em fundo de olho. Submetida a RM, identificada lesão de etiologia provavelmente maligna, restrita à coróide, sem sinais de metástase. Submetida a enucleação ocular direita, com confirmação histopatológica de melanoma de coróide, sem necessidade de tratamento adjuvante. Evoluiu, no início do ano de 2020, com lesão nodular em parede abdominal anterior, próxima à fossa ilíaca esquerda, indolor, de crescimento progressivo. Submetida a RM de abdome, sendo identificada lesão expansiva em região infraumbilical à esquerda de aproximadamente 10cm, localizada no subcutâneo, com invasão de planos profundos, sendo aventada a hipótese de um Sarcoma de partes moles. Submetida a ressecção cirúrgica, em monobloco, da lesão, com reconstrução de fásia adjacente e uso de tela de polipropileno. À macroscopia, observada lesão volumosa, com interior enegrecido e macio. Exame anatomopatológico confirmou melanoma metastático, com êmbolos neoplásicos em microvasculatura. Paciente encaminhada a Oncologista para seguimento do tratamento.

**Discussão:** Observamos avanços recentes no diagnóstico e tratamento dos melanomas uveais, com a expectativa de aumento global de sobrevida. Atualmente, as opções de primeira linha de tratamento mais utilizadas são a ressecção cirúrgica, a radioterapia e a enucleação. Cerca de metade dos pacientes irá desenvolver metástases a distância, especialmente no fígado, e a abordagem terapêutica passa a incluir quimioterapia sistêmica, imunoterapia ou terapia de alvo molecular. Como em vários outros tipos de cânceres, o diagnóstico e tratamento precoce do melanoma uveal são essenciais para um melhor controle a longo prazo e aumento da sobrevida global desses pacientes.

PO 3277

**TUMOR DE CABEÇA DO PÂNCREAS CONCOMITANTE A PANCREATITE DO SULCO. RELATO DE CASO RARO.**

Naja Nabut; Guilherme Marques Freitas; Emanuele Caroline da Silva; Monica A. Piazza Jacobs.

*HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL*

**Introdução:** A pancreatite do sulco pancreatoduodenal (PS) é uma doença rara. Sua localização entre a cabeça do pâncreas, o duodeno e o colédoco é um desafio no diagnóstico diferencial com o câncer de cabeça do pâncreas. A ocorrência de tumor de cabeça de pâncreas concomitante a um quadro de PS é ainda menos provável.

**Relato de caso:** R.C.E., 53 anos, masculino, foi encaminhado ao serviço de cirurgia por dor de intensidade leve no epigástrico, associada a plenitude pós-prandial, com evolução de cerca de 7 meses e mais recentemente com vômitos pós-prandiais persistentes. Submetido a EDA, mostrou importante dilatação da câmara gástrica com grande estase e estenose da segunda porção do duodeno impedindo a passagem do aparelho. O paciente era hipertenso e diabético com obesidade grau I, referia etilismo social e negou tabagismo. Ao exame de admissão encontrava-se em bom estado geral, com abdome globoso, flácido, depressível, doloroso à palpação profunda em epigástrico e mesogástrico. Exames realizados anteriormente: há 5 meses uma USG mostrou esteatose hepática e nefrolitíase à direita. Por ocasião da internação, a única alteração laboratorial importante era a elevação do marcador tumoral CA 19-9 (121). Foi submetido a TC de abdome total com contraste endovenoso que evidenciou alteração da atenuação do parênquima na região da cabeça pancreática, com área infiltrativa de hiporrealce, atingindo os planos adiposos do espaço pancreatoduodenal, com aparente envolvimento luminal do duodeno na segunda porção causando estenose local. Devido à dúvida em relação à elevação do marcador tumoral pancreático, prosseguimos na investigação sendo realizada uma nova ressonância de abdome superior que foi sugestiva de pancreatite crônica do sulco pancreatoduodenal, com estenose importante do duodeno, porém não podendo descartar completamente a possibilidade da presença de tumor de cabeça do pâncreas. Submetido a ecoendoscopia foi visualizada uma lesão na cabeça do pâncreas sendo biopsiada com diagnóstico de adenocarcinoma de padrão acinar. O paciente foi referenciado para um serviço de oncologia a pedido para continuidade do tratamento.

**Discussão:** Não há consenso em relação às causas da PS. O diagnóstico é firmado por radiologista experiente, com base nas alterações tomográficas, podendo ser confirmadas na ressonância nuclear magnética de abdome superior. Devido às alterações ecotexturais pode induzir a erro diagnóstico com tumor pequeno de cabeça de pâncreas. A sintomatologia e as alterações radiológicas associadas auxiliam no diagnóstico, além da biopsia dirigida. A presença de espessamento parietal focal e o hiperrealce anormal da segunda porção duodenal, as alterações císticas na região do ducto pancreático acessório e aparência normal dos vasos peripancreáticos são algumas das características radiológicas da PS. O tratamento da PS é clínico, porém pode haver necessidade de duodenopancreatectomia cefálica para resolução do quadro.

PO 3278

**CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EM MEMBRO INFERIOR**

Milhem Jameledien Morais Kansoon; Lucas Oliveira Foureaux; Mara Inês Stefanini Zamae; Maria Cavallieri Diniz; Henrique Nigri Caetano de Oliveira; Amanda Cristina Virgílio Alves.

*HOSPITAL VILA DA SERRA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** O carcinoma de células de Merkel (CCM) é uma neoplasia neuroendócrina agressiva e incomum da pele, que atinge especialmente homens idosos de pele clara, com incidência de 0,7/100000 habitantes, podendo alcançar 1/10000 na população acima de 85 anos. Acomete especialmente a cabeça e região cervical, sendo seus fatores de risco conhecidos: exposição à radiação UV, imunossupressão e, mais recentemente, infecção pelo poliomavírus (MCPyV). Em razão da baixa incidência desta neoplasia, não é frequentemente considerada como hipótese diagnóstica inicial de câncer de pele. Nosso relato envolve o caso de um paciente do sexo masculino, de 70 anos, que evoluiu com CCM em perna direita, com disseminação rápida e agressiva, a despeito do tratamento radioterápico.

**Relato de caso:** Paciente EGO, M, 70 anos, evoluindo com lesão em panturrilha direita em 10/2019, submetida a biópsia excisional, com achado histopatológico de neoplasia maligna pouco diferenciada, de células redondas infiltrantes da derme, compatível com carcinoma de células de Merkel, com margens acometidas. Submetido a ampliação de margens da lesão e biópsia de linfonodos-sentinela em região inguinal e poplíteia em 12/2019, sem sinais de acometimento linfonodal em análise posterior. TCs de tórax e abdome sem sinais de metástases à distância. Paciente foi, então, submetido a radioterapia adjuvante, com término em 03/2020. Evoluiu, em 06/2020, com lesão nodular, rosácea e indolor, de crescimento rápido e progressivo (1 mês), em face interna da coxa direita, sugestiva de metástase em trânsito, associada a linfonodomegalia inguinal ipsilateral. Nova TC de tórax e abdome sem sinais de doença a distância. Paciente foi submetido, então, a reabordagem cirúrgica, com exérese de tumor em monobloco com planos profundos e linfadenectomia inguinal/ ilíaca externa. Exame anatomopatológico confirmou carcinoma de células de Merkel, retirado com margens livres, além de 9 linfonodos positivos para metástase - dentre os 19 avaliados em região inguinal - e 3 de 3 linfonodos, sem acometimento metastático, em cadeia ilíaca externa.

**Discussão:** Clinicamente, o CCM apresenta-se como uma lesão em placa, nodular ou tumoral, normalmente única, de coloração avermelhada ou rósea, indolor e de crescimento rápido e progressivo, conforme descrito neste relato. Similarmente ao Melanoma, este tipo de câncer de pele possui alta probabilidade de recorrência local, disseminação linfonodal e metástase a distância. Entretanto, diferentemente das células melanocíticas, as células de Merkel - localizadas na camada basal da epiderme e com função neuroendócrina pouco compreendida - tem característica radiosensível. Tal fato possibilita uma melhor abordagem terapêutica, pela associação da abordagem cirúrgica e radioterápica adjuvante, culminando em redução de recorrência tumoral local.

PO 3279

**VÁLVULA DE URETRA ANTERIOR ASSOCIADA COM ESTENOSE DE JUNÇÃO URETERO VESICAL ESQUERDA: UMA ASSOCIAÇÃO RARA**

Nathália Nakase Mizoguti; Michely Mika Hirota; Fernanda Yuki Ito; Camila Girardi Fachin.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL*

**Introdução:** As válvulas uretrais anteriores (VUAs) são anomalias congênitas incomuns, de etiologia incerta, que causam obstrução uretral em meninos e são 25 a 30 vezes menos comuns que as válvulas uretrais posteriores, cuja incidência é entre 1,6-2,1 por 10000 nascimentos. Podem estar associadas com outras más formações do trato urinário e tem fluxo urinário deficiente, incontinência, disfunção vesical, refluxo vesicoureteral, hidronefrose e infecção do trato urinário, além disso, casos graves apresentam risco de insuficiência renal irreversível.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de VUA atendido pelo serviço de cirurgia pediátrica e realizar uma breve revisão da literatura de uma patologia rara.

**Resultados:** Paciente L.R.M, 8 meses, sexo masculino, nasceu por cesárea devido suspeita de hidronefrose. Três dias após o nascimento, realizou Ultrassonografia de Vias Urinárias que indicou dilatação moderada à severa do sistema pielocalicial bilateralmente. Na uretrocistografia miccional, discreta redução de calibre ao nível de uretra prostática e trabeculações em bexiga. Com 24 dias de vida, o paciente foi submetido a cistoscopia diagnóstica e se observou bexiga trabeculada e membranas de uretra bulbar/prostática, que foram retiradas. Devido à dilatação bilateral (maior à esquerda), optou-se por derivação uretero-cutânea esquerda em alça e postectomia.

Aos 8 meses, o sistema pielocalicial à esquerda permanecia com discreta dilatação, então foi realizada cirurgia de reversão da derivação urinária e observou-se dificuldade de progressão da sonda pelo ureter distal. Realizou-se uretrografia com injeção de contraste via ureter distal e houve passagem de pequena quantidade de contraste para a bexiga, mostrando uma estenose de junção ureterovesical. Então optou-se por replante ureteral a esquerda. Na localização e dissecação do ureter terminal junto a inserção vesical após ligadura do ligamento vesical lateral, não se observou progressão da sonda uretral após passagem pela derivação uretero-cutânea. Realizou-se ressecção do segmento estenótico e abertura da bexiga, replante ureteral com anastomose ureterovesical e concluindo com a síntese da derivação uretero-cutânea. O paciente evoluiu sem intercorrências com controles ecográficos satisfatório.

**Discussão:** O relato apresenta um caso de VUA associado à hidronefrose, cuja incidência corresponde a 20% dos casos. As VUAs são importantes diagnósticos diferenciais de válvulas uretrais posteriores, porém mais raras e, portanto, podem ter seu diagnóstico tardio, levando a quadros mais graves, como a insuficiência renal. Por esse motivo, deve-se sempre haver a suspeita diagnóstica em crianças com quadro de infecção urinária, jato miccional fraco ou outros sintomas de obstrução urinária. O caso apresentado reforça a importância do diagnóstico e do manejo cirúrgico desses pacientes.

PO 3282

**SINDROME DE RAPUNZEL: RELATO DE CASO.**

Naja Nabut; Andréa Graciano; Henrique Kazuo Lima Kubo.

*HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A tricofagia (ingestão de cabelo) é a manifestação de um distúrbio psíquico que ocorre mais comumente em crianças ou adolescentes. O tricobezoar é o resultado do acúmulo deste material no tubo digestivo. É uma apresentação pouco comum na prática diária. A manifestação mais habitual é na forma de dor abdominal recorrente com dificuldade para alimentar-se ou massa abdominal quando é de grande volume. A Síndrome de Rapunzel é uma forma especial do tricobezoar onde o material acumulado preenche a câmara gástrica e estende-se além da mesma para dentro do duodeno e menos comumente até o jejuno.

**RELATO DO CASO:** Relata-se o caso de uma menina de 12 anos, com distúrbio neuropsiquiátrico com antecedente de tricotilomania. Foi trazida pela mãe com queixas de náuseas, vômitos, dificuldade para alimentar-se e perda de peso. A progenitora relatou que a filha ingeria o seu próprio cabelo e por vezes foi vista deglutindo o das suas bonecas. A criança já havia passado por atendimento médico sendo pedido EDA, porém não foi possível realizar. O exame físico mostrava uma criança introvertida, com massa epigástrica endurecida, sem dor. Feita a suspeita de tricobezoar, foi solicitado radiografia simples de abdômen que mostrou uma imagem radiopaca na projeção do estômago, ocupando praticamente todo o órgão. Frente às condições da criança, à impossibilidade de realizar o exame endoscópico e ao tamanho da imagem radiológica optamos pela laparotomia que foi realizada no dia seguinte, após melhora das condições clínicas. Na cirurgia evidenciou-se um estômago extremamente distendido, ocupado por uma massa endurecida, muito pouco depressível, ocupando praticamente todo o órgão. Foi realizada uma gastrotomia, expondo uma massa de grandes dimensões, maciça, formada por cabelo e fios de fibras sintéticas, com o formato do órgão e ainda uma cauda longa indo através do duodeno por 40 cm de extensão. Na sua extremidade havia um novelo de fibras que coincidia com o início do jejuno onde houve compressão da parede com perfuração muito recente, com mínima quantidade de secreção entérica. Retirado o corpo estranho, foi feita lavagem da cavidade e sutura da gastrotomia e da perfuração jejunal. A criança teve uma evolução sem intercorrências, voltando a alimentar-se progressivamente no 2º P.O., obtendo alta hospitalar no quinto dia. Os retornos ambulatoriais no 10º pós-operatório, no 1º mês e posteriormente após um ano, mostraram uma recuperação dentro do esperado. Foi encaminhada novamente para acompanhamento neuropsiquiátrico e submetida a exame endoscópico após um ano sendo normal, sem evidências de material estranho.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de Rapunzel é uma forma menos frequente de tricobezoar. Este caso em especial tem algumas características ainda mais sui generis pois além do formato adquirido pelo acúmulo de cabelos, ocasionou obstrução do trato digestório alto e ainda apresentou-se com uma perfuração do jejuno.

PO 3283

**CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL LATERAL RECIDIVADA COM TÉCNICA TAR DOWN TO UP: RELATO DE CASO**

Leonardo Araujo Carneiro da Cunha<sup>1</sup>; Carlos Pereira Porto<sup>1</sup>; Anderson Ricardo dos Santos Cançado<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL MUNICIPAL DE SALVADOR, SALVADOR - BA - BRASIL
2. HOSPITAL GERAL ERNESTO SIM

**Introdução:** A liberação transversa do abdome (TAR) é uma das técnicas mais recentes para correção das hérnias de parede abdominal. Conta com as vantagens de preservar a inervação do músculo do reto e permite o desenvolvimento de overlap adequado, principalmente para as hérnias laterais (HL). Existe uma variação desta técnica, realizada de baixo para cima ou down to up, a partir de incisões transversais, e quando não há necessidade de disseções até andar superior da parede abdominal. Este trabalho relata a experiência do grupo de parede abdominal no tratamento de um caso após incisão de Pfannenstiel, a partir do mesmo acesso da cicatriz prévia. Relato de caso: IVS, feminina, 57 anos, IMC 27,5 kg/m<sup>2</sup>, história de hérnia incisional (HI); após cirurgia de histerectomia total aberta, foi tentado corrigir por técnica onlay, com recidiva no 80 mês. TC apresentava defeito de 5,5 cm, localizada em fossa ilíaca direita (L3). Durante a cirurgia, identificado defeito de 8 x 8 cm (64 cm<sup>2</sup>). Realizada técnica TAR unilateral direita down to up, fechamento do defeito, sem tensão e locado tela de polipropileno macroporosa de alta gramatura de 30 x 20 cm, no plano retromuscular/pre-peritoneal, envolvendo toda a incisão prévia. Obteve alta no 10 DPO, apresentou hematoma de parede, sem necessidade de abordagem (Clavien-Dindo I). **Discussão:** A incidência da HL varia de 1 - 4%, enquanto que a de linha média ocorre em 17-20%. Em uma recente revisão sistemática, com 646 pacientes, Wegdam et al. (2019), concluíram que o TAR, apesar de apresentar taxa de complicação na ferida, comparável com outras técnicas de separação (15% /20%), tem taxa de recorrência menor (4% contra 13%). Holihan et al. (2016) concluíram que a taxa de recorrência em HI geral é menor (7%) com técnicas retromusculares, comparado com reparos onlay e inlay. Katkhouda et al. (2020) revisaram 8 casos com fixação da malha em marcos ósseos, havendo recorrência de um único caso. Robin-Lersundi et al. (2018), realizaram TAR down to up em 27 casos com a liberação da bainha do reto posterior, sem cortes nas fibras do músculo transversal, comumente cortados durante o TAR convencional. **Conclusão:** A falta de estudos específicos para comparar técnicas de abordagem cirúrgica para HL leva à utilização de protocolos não padronizados, dificultando o estudo comparativo.

**PO 3284**

**RESSECÇÃO DE TUMOR EM AXILA ESQUERDA E EM REGIÃO DE DORSO À DIREITA EM DOIS TEMPOS POR SARCOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES**

Luan Aguiar Ferretti; Barbara Batista Oliveira; Isadora do Amaral Savino Tenorio Lisboa; Priscila da Paz Neves; Maria Carolina Sampaio Vidal de Andrade Coutinho; Bernardo Fontel Pompeu; Geraldo Antônio Scozzafave; Luis Fernando Paes Leme.

1. *HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Sarcomas são um grupo raro e heterogêneo de tumores malignos de origem mesenquimal que compreendem menos de 1% de todas as doenças malignas em adultos.

O espectro histopatológico dos sarcomas é amplo, presumivelmente porque as células mesenquimais embrionárias das quais eles se originam têm a capacidade de amadurecer em músculo estriado esquelético e liso, tecido adiposo e fibroso, osso e cartilagem, entre outros tecidos. Embora de origem ectodérmica, os tumores malignos que afetam os nervos periféricos são incluídos devido às semelhanças em seu comportamento clínico, manejo e resultado.

**RELATO DE CASO:** Paciente, M.A.S.S.; 60 anos; feminino, natural de Ceres-GO, procedente de Francisco Morato –SP. Hipertensa, apresentando quadro de volumosa lesão em dorso em topografia de escápula direita, com surgimento há 21 meses, de crescimento progressivo e limitação de atividades de vidas diárias, há cerca de 10 meses apresentou quadro de volumosa massa em axila esquerda, acompanhada de rápido crescimento e ulceração de massa em dorso, com saída de secreção purulenta.

**Anátomopatológico:** sarcoma de células fusiforme

**Imuno-histoquímica:** actina + em parede vascular, BCL2 negativo, cd34: positivo em parede vascular, CD99: positivo em células neoplásicas, KI-67: positivo, em 30% das células neoplásicas, proteína S100: positivo, vimentina: positiva. Consistente com tumor maligno de bainha de nervo periférico de alto índice de proliferação celular

Tc torax, abdome e pelve. lesão axilar esquerda medindo 15x14x14 com íntimo contato com músculo peitoral esquerdo, e causando irregularidade do arcabouço torácico; comprime a artéria axilar esquerda, com íntimo contato inferiormente. Lesão axilar direita mede 2x3,5x6,3. Lesão dorsal mede 13x10x14 com íntimo contato com a escápula. Sem metástases linfonodais e à distância

Submetida à ressecção de sarcoma em região axilar esquerda com em primeiro momento devido lesão abscedada, após uma semana foi submetida à escapulectomia direita + ressecção de neoplasia em dorso com reconstrução com retalho V-Y em região de braço direito e retalho de rotação em região mamária direita.

Paciente recebeu alta, compensada clinicamente após apresentar lesão renal aguda devido rabdomiólise, apresentando mobilidade de membros superiores preservada apesar de diminuída, encaminhada para fisioterapia motora e para cuidados de adjuvância com oncologia, a qual não fora possível realização devido pandemia de COVID-19. No momento, paciente com melhora de quadro algíco. Retorna após 8 meses da cirurgia apresentando quadro de metástase pulmonar, não apresentando recidiva local da doença.

**DISCUSSÃO:** Sabe-se que o grau de diferenciação tumoral, assim como o tamanho do tumor estão associados a uma taxa elevada de metástase, paciente em questão apresentou prazo livre de doença de cerca de 8 meses, e mesmo apesar de retorno da doença no momento paciente apresentando assintomática, sem queixas algícas, com doença localmente controlada.

**PO 3285**

**ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE SEM DOENÇA IMUNOSSUPRESSORA: RELATO DE CASO**

Luísa Rezende Cecilio; Ana Silvia Andrade Gomes; Eduardo Costa Beltrame; Gabriel Tadeu Ghanem Habib; Gustavo Melo da Silva.

*HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

A tuberculose intestinal usualmente se manifesta de forma concomitante a doença pulmonar - ainda que não seja forma exclusiva de contágio- sendo mais frequente em países tropicais e subdesenvolvidos. Embora rara, a forma obstrutiva com acometimento mais prevalente na porção ileocecal é a apresentação mais comum. Não em caráter mandatório, usualmente os indivíduos contaminados apresentam algum grau de imunodeficiência, muitas vezes estando relacionada à infecção pelo vírus HIV. Este trabalho tem como objetivo descrever o caso de um paciente masculino, 88 anos, branco, hipertenso, sem imunodeficiência prévia com queixa de dor abdominal refratária a sintomáticos e náuseas. Exame laboratorial apresentou discreta leucocitose e tomografia de abdome evidenciou espessamento na transição duodenojejunal. Apesar de tentativa de tratamento conservador - antibioticoterapia, sonda nasogástrica em sifonagem e dieta zero - não houve melhora do quadro sendo indicada realização de tomografia de controle. Foi evidenciado pneumoperitônio e distensão de alças de delgado com indicação de laparotomia exploradora de urgência com realização de enterectomia segmentar e anastomose primária. O estudo anatomopatológico evidenciou processo inflamatório agudo e crônico com células gigantes de Langhans e linfadenite mesentérica granulomatosa altamente sugestivos de tuberculose intestinal. A patologia em questão é pouco comum e suas complicações, quando presentes, necessitam de intervenção cirúrgica. Muitas vezes, a confirmação só ocorre no pós operatório e, embora rara, deve ser considerada como um possível diagnóstico diferencial.

PO 3286

**ANGIODISPLASIA GASTROINTESTINAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA OCULTA EM PACIENTE COM PERDA SANGÜÍNEA MACIÇA**

Aiglon Simas Neto; Leandro Vicente Zoehler; Vinicius Ferrari Hennig; Priscila Sabrina Post; Nilson Marquardt Filho; Mathias Antonio Pczyts; Antonio Colussi Diehl.

1. HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL

A Angiodisplasia é a causa mais frequente de mal formação vascular no trato gastrointestinal, sendo o a lesão em jejuno considerada rara. Seu diagnóstico nem sempre pode ser esclarecido com exames complementares como endoscopia e angiografia. Frente a um quadro de instabilidade hemodinâmica, a laparotomia exploratória pode ser necessária para estabelecer o diagnóstico e terapêutica.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 27 anos, previamente hígido, chega à Emergência transferido de seu município de origem com história de enterorragia e melena há 2 dias, realizado Endoscopia e Colonoscopia, sem alterações segundo encaminhamento médico. Admitido no hospital, hipotenso, taquicárdico, mucosas descoradas, febril e toque retal com presença de sangue e coágulos em dedo de luva. Após estabelecido diagnóstico síndrome de choque hipovolêmico secundário à Hemorragia Digestiva Baixa, iniciaram-se medidas necessárias de ressuscitação volêmica e posterior estabilização hemodinâmica. Realizado nova Endoscopia e Colonoscopia, as quais não visualizaram a origem do sangramento, assim como na Arteriografia de vasos mesentéricos, que não obteve sucesso.

Durante a Arteriografia o paciente apresentou novo quadro de enterorragia volumosa, evoluindo após com instabilidade hemodinâmica e rebaixamento da consciência. Visto o quadro de urgência, a equipe optou por realizar laparotomia exploratória e caso necessário Enteroscopia intraoperatória. Identificou-se, após exposição das alças, pequena nodulação aproximadamente 10cm do ângulo de Treitz. Após exposta, foi possível identificar, que se tratava do leito de um vaso arterial, o qual extravasava sangue no lúmen do intestino delgado. Foi realizado ressecção cirúrgica de aproximadamente 3cm do jejuno e posterior anastomose término-terminal do intestino delgado. O paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório.

Discussão

A endoscopia e colonoscopia, são consideradas padrão ouro para diagnóstico e tratamento da hemorragia digestiva por angiodisplasia, já alternativas como angiografia mesentérica, utilizada no caso acima e endoscopia intraoperatória são métodos com maior sensibilidade e especificidade, porém sua escolha é baseada na clínica do paciente. Quanto a mortalidade por hemorragia digestiva baixa, está entre 3,5%, considerada baixa, e em apenas 12% dos casos, necessitam de laparotomia para elucidar a origem do sangramento. Este caso, enfatiza a necessidade de aventar etiologias menos comuns de Hemorragia digestiva não varicosas, ao se deparar com a patologia, salvo quando não diagnosticada pelos métodos usuais.

PO 3288

**TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN COM EVOLUÇÃO PARA CARCINOMA EM PACIENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA.**

Sevana Valadao Naves<sup>1</sup>; Danilo Cezar Aguiar de Souza Filho<sup>1</sup>; Daniela Seve Guimarães Folha<sup>1</sup>; Ana Lídia Bentes Amazonas<sup>1</sup>; Gabriel Junqueira Julio<sup>1</sup>; Leonardo Tavares de Oliveira<sup>2</sup>; Kirliane Sousa Rodrigues<sup>1</sup>; Renata Ramalho<sup>2</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO, BRASÍLIA - DF - BRASIL

2. HBDF (HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL), BRASÍLIA - DF - BRASIL

Introdução: O tumor de Buschke-Lowenstein é uma enfermidade rara caracterizada por uma lesão tumoral vegetativa, geralmente de natureza benigna, relacionado ao vírus Papiloma Humano (HPV) de transmissão sexual. Embora de crescimento lento, existe possibilidade de evolução para um caráter maligno. O condiloma, devido à sua localidade, à característica e ao volume causa constrangimento ao paciente, acometendo a autoestima e as relações pessoais, podendo atrapalhar no desenvolvimento psicossocial. Este estudo faz-se importante a fim de auxiliar na formação de acadêmicos e trazer à tona um tema pouco citado nas bases científicas, visto que apenas 0,1% da população é acometida pela doença.

OBJETIVO: Relatar uma associação rara de evolução maligna de um tumor de Buschke-Lowenstein em região perianal em paciente com portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Descrição do caso: Homem de 45 anos, portador de HIV notou aparecimento de lesão verrucosa perianal em 2016, com crescimento importante após tentativa de retirada manual. Realiza tratamento com TDF/3TC/DTG e Bactrim 3 vezes por semana e contagem de células CD4+ de 194. Carga Viral indetectável em janeiro de 2019. Biópsia incisional em fevereiro de 2019 com carcinoma de células escamosas em borda anal localmente avançado. A lesão tumoral de canal anal apresentava aspecto vegetante, invasivo, profundo, friável, com áreas esbranquiçadas, sanguinolento, odor fétido e indolor à palpação. Ressonância magnética de pelve demonstrou lesão volumosa e lobulada com sinal de realce heterogêneo, comprometendo a borda inferior anal e prega interglútea com maior acometimento cutâneo à esquerda. Iniciado radioterapia em julho de 2019 com intenção para tratamento. Relatou melhora no quadro com redução no volume da lesão e diminuição da dor.

Discussão: O tumor é relacionado com o HPV e quando associado à doenças imunossupressoras, como o HIV, presente no paciente do relato, é mais agressivo e evolui mais rápido com alto índice de reincidência. Há uma diminuição acentuada na resposta imunológica local e na quantidade de células CD4 quando o paciente possui a síndrome da imunodeficiência adquirida. Desta forma, ocorre também a intensificação da ação do HPV, facilitando a propagação viral e propiciando o surgimento de evolução oncogênica. Os pacientes podem desenvolver problemas psicossociais devido à localização e o incômodo que a doença causa, por isso faz-se necessário um tratamento multiprofissional.

Conclusão: O tumor Buschke-Lowenstein com evolução para lesão maligna foi observada neste caso em associação com o HIV com baixa concentração de CD4. O tratamento devido a raridade dos casos ainda não se realizou com ensaios controle para a homogeneização de condutas. Neste caso, iniciou-se radioterapia com intenção de tratamento inicial associado a ressecção cirúrgica.

PO 3289

**CARCINOMA ESPINOCELULAR EM COURO CABELUDO – UM RELATO DE RESSECÇÃO CIRÚRGICA**

MARCELO WILOT HETTWER, GUILHERME AUGUSTO HETTWER, JAMILLE RIZZARDI LAVA, MILTON PAULO DE OLIVEIRA, MARCELO LOPES DIAS KOLLING, FELIPE FERREIRA LARANJEIRA, RICARDO KUNZ, FERNANDO COGO MANDUCA

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

**INTRODUÇÃO:** O carcinoma espinocelular cutâneo é um tumor maligno originado de queratinócitos epidérmicos. É um tumor com aumento de incidência nos últimos 20 anos em todo o mundo entre as populações brancas. As lesões invasivas geralmente são assintomáticas, mas podem ser dolorosas ou pruriginosas. O conhecimento clínico e o exame histopatológico são necessários para confirmar o diagnóstico. Nesse contexto, descreveremos a técnica de ressecção como tratamento, utilizando o uso de enxerto de em formato OZ, de um carcinoma espinocelular cutâneo em região de couro cabeludo.

**RELATO DO CASO:** D.P.D, 75 anos, metalúrgico, aposentado, encaminhado ao Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUCRS devido lesão em região occipital de couro cabeludo de aproximadamente três cm, ulcerada com surgimento há um ano. Diagnóstico de carcinoma escamocelular em biópsia, sendo realizado estadiamento sistêmico sem evidência de metástase. Realizado tratamento com ressecção cirúrgica e retalho primário tipo circular O-Z, com boa evolução pós operatória e ótima cicatrização. Anatômico da peça cirúrgica com margens livres, sem invasão perineural ou vascular.

**DISCUSSÃO:** O carcinoma espinocelular é o segundo tipo de câncer mais comum na pele. O tumor apresenta-se inicialmente como pápula ou nódulo, com graus variados de hiperqueratose e ulceração, em áreas fotoexpostas de pacientes idosos. Apesar de ser facilmente tratável, tem potencial de recorrer no local e provocar metástases, levando a significantes morbidade e mortalidade. A doença tem sido associada com imunossupressão, exposição a agentes arsenicais, radiação, ulceração crônica e ao papilomavírus humano. O método de reconstrução da maioria dos defeitos em couro cabeludo de tamanho pequeno a intermediário (definidos como aqueles que podem ser reparados com o tecido remanescente do couro cabeludo) são por meio de dois ou mais retalhos de rotação. Esse mostrou-se eficaz e teve um ótimo resultado para relatado. Apesar das melhorias no diagnóstico e terapia, taxas de mortalidade e morbidade para algumas formas permanece alto. O diagnóstico precoce é claro muito importante na prevenção deste câncer e na redução da mortalidade.

PO 3292

**TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA COLEDocolITÍASE EM VIGÊNCIA DE COLECISTITE AGUDA EM TEMPOS DE PANDEMIA**

Pedro Negro de Almeida<sup>1</sup>; Joao Carlos Mendes de V. Guido<sup>1</sup>; Osvaldo Junior Batista Marques<sup>2</sup>; Robinson Eloi do Nascimento<sup>2</sup>; Caroline de Carvalho Costa<sup>1</sup>.

1. UNIMES, SANTOS - SP - BRASIL
2. CASA DE SAÚDE DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL

**Introdução:** Nestes tempos de pandemia (COVID-19), temos nos deparado com casos mais graves e de evolução mais arrastada de colecistopatias.

Este caso ilustra bem a evolução de um paciente que apresentou quadro de colecistite aguda complicando com coledocolitíase e colangite.

Todo o tratamento pode ser feito por videolaparoscopia.

**Relato de Caso:** Paciente NM, masculino, 79 anos, natural e procedente de Cornélio Procópio (PR) apresentando quadro de dor abdominal há 20 dias acompanhada de náusea, vômito, febre e intolerância a alimentos gordurosos.

Iniciou quadro de dor em HD, procurou assistência médica em sua cidade, tendo sido diagnosticado com colecistite aguda através do exame clínico e USG de abdome. Optou-se então por realizar tratamento clínico com antibioticoterapia com Cipro e Metronidazol.

Evoluiu com persistência da dor e início de febre e icterícia. Procurou nosso serviço e feita hipótese de coledocolitíase com colangite.

Foi internado, instituído antibioticoterapia EV com Ceftriaxona e metronidazol e realizada TC abdominal, confirmando a hipótese.

Optou-se pela realização de uma CPRE para tratamento da colangite e da coledocolitíase. Não foi possível o cateterismo, pois o paciente apresentava uma papila intradiverticular.

Encaminhado então para a colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intraoperatória e exploração da via biliar principal com basket.

AP: Miastenia gravis e faz uso de Meticorten e Piridostigmina.

Nega antecedente familiar digno de nota e não apresentava hábitos e vícios.

**Discussão:** Em virtude da pandemia COVID-19, várias doenças têm sido negligenciadas em seu tratamento, agravando a evolução e prognóstico dos pacientes.

A intervenção precoce da realização da colecistectomia videolaparoscópica nos casos de colecistite aguda, impedem a evolução para casos mais graves melhorando o prognóstico.

Apesar da gravidade e das condições encontradas no intraoperatório, tivemos a possibilidade do tratamento completo do paciente através da via videolaparoscópica.

O paciente apresentava quadro de colecistite aguda com espessamento das paredes da vesícula e a colangiografia identificou grande dilatação da via biliar com cálculo de aproximadamente 2 cm.

Colangio IO com Coledocolitíase e dilatação de Vias Biliares

Foi feita a exploração da via biliar principal com a abertura do colédoco, dando saída a secreção purulenta e introdução de um basket para a retirada do cálculo.

Com isso, foi feito simultaneamente o tratamento da colecistite aguda e da coledocolitíase.

Feita a drenagem da via biliar com dreno de Kehr e exteriorizado na região de HD. Limpeza e lavagem da cavidade com soro fisiológico. Retirada da vesícula através de um bag. Drenagem da cavidade com dreno de Porto-Vac encerrando o procedimento.

O Paciente teve uma boa evolução e alta no 1º PO. Realizou Colangiografia no 21º PO mostrando via biliar sem dilatação e sem cálculos residuais.

Colangio PO Tardio

Retirados os drenos e continua bem, em acompanhamento ambulatorial.

PO 3293

**TERATOMA MADURO BILATERAL EM JOVEM DE 15 ANOS: RELATO DE CASO**

Yuri Affonso Nobori Sanchez Tanaka; Biazi Ricieri Assis; Paula Ferreira Costa Robert de Jesus; Thaísa Fagundes Neves; Diego Medeiros Bonfant; Carolina Ferraz de Araujo; Renata Sydio de Souza; Pedro Henrique Adário Marassi.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA - UNIFOA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Teratomas maduros ou cistos dermoides são tumores ovarianos benignos e trata-se de neoplasias derivadas das células germinativas, cujo têm por conteúdo tecidos bem diferenciados provenientes dos três folhetos embrionários. Dentre os tumores benignos de ovário, o supracitado apresenta maior taxa de incidência, representando 32,5% em média dos tumores ovarianos, com maior prevalência em mulheres com idade média de 30 anos. Geralmente esses tumores são unilaterais, todavia 10 a 15% têm apresentação bilateral. O objetivo do trabalho é relatar um caso incomum dessa patologia em uma jovem de 15 anos com perda da fertilidade. **RELATO DE CASO:** A.L.A.R.O., 15 anos, IMC 35.9, branca, com história de aumento do volume abdominal há 8 meses com quadro de sangramento uterino anormal há 4, relatado como menstruações quinzenais que alternavam entre baixo e alto fluxos, associado a eflúvio telógeno, ganho de peso e alteração do comportamento. Inicialmente procurou atendimento para tratamento da obesidade; foi solicitada a ultrassonografia de abdome total, que mostrou uma formação cística complexa com contornos irregulares de aproximadamente 10,1 x 5,6 cm em seus maiores diâmetros. Posteriormente, foi solicitada a ressonância nuclear magnética de abdome e pelve, que evidenciou tumoração ovariana bilateral com as seguintes medidas: ovário esquerdo 13,8 x 11,2 x 12,0 cm e ovário direito 9,8 x 4,7 x 6,0 cm, sugerindo tumor teratodermoide. Após atendimento com cirurgião ginecológico oncológico, foi informada sobre a necessidade de intervenção cirúrgica para definição diagnóstica e tratamento. Ao exame físico pré-operatório, a paciente apresentava massa abdominopélvica palpável estendendo-se até a cicatriz umbilical, móvel, de consistência cística. Submetida à laparotomia exploradora com incisão mediana infra-umbilical e ao inventário da cavidade foram encontradas volumosas tumorações ovarianas bilaterais. Realizada Salpingooforectomia Bilateral com preservação do útero. As peças cirúrgicas foram enviadas ao patologista para exame intra-operatório de congelação, sendo laudado como cisto dermoide bilateral acometendo todo parênquima ovariano. O resultado foi confirmado com histopatológico. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico confirmado no caso é uma minoria dentre os teratomas maduros, por ser bilateral e em jovem de 15 anos. Devido à idade e à nuliparidade, a paciente foi encaminhada para um serviço especializado em fertilidade. Foi orientada da impossibilidade de preservação dos ovários, assim como da coleta de óvulos para congelamento, devido à bilateralidade, extensão do tumor e possibilidade de malignidade. Por fim, é válido ressaltar que a paciente teve o diagnóstico tardio, pois a adolescente já apresentava sintomas relevantes para uma investigação mais profunda acerca de suas queixas desde a menarca, demonstra-se, portanto, a importância de um acompanhamento ginecológico precoce.

PO 3296

**INFARTO OMENTAL: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO**

Alessandro Silva Miron<sup>1</sup>; Eduardo Trajano Torres<sup>1</sup>; Vanessa Alexandra Pereira<sup>1</sup>; Marcelo Augusto Pereira Baião<sup>1</sup>; Giovanna Alves de Oliveira<sup>2</sup>; Mariana Santos Araújo<sup>2</sup>; Julia Carvalhais Camara Leitão<sup>2</sup>.

1. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL
2. ACADÊMICA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

**Introdução:** O infarto omental (IO) é uma condição rara, que acomete com mais frequência homens. Tem etiologia geralmente idiopática (primária) onde observa-se uma torção do grande omento sobre seu próprio eixo, causando isquemia e necrose. Ou etiologia secundária, onde está associado a um fator causal, como tumores, aderências e hérnias. O diagnóstico diferencial com outras causas de abdome agudo inflamatório deve ser feito através de tomografia computadorizada (TC) de abdome ou de videolaparoscopia diagnóstica – que também pode ser terapêutica.

A raridade da condição, associada a uma paciente jovem, sexo feminino, onde optou-se por conduta expectante com posterior abordagem cirúrgica, culminou em motivação para este relato.

**Relato:** S.H.J.M, 20 anos, sexo feminino, sem comorbidades ou cirurgias prévias. Admitida em hospital com dor lombar irradiando para hipocôndrio direito e picos febris com histórico de infecção do trato urinário de repetição. Ao exame físico apresentava teste de Giordano positivo, sem outras alterações. Paciente trouxe ultrassonografia (USG) de Rins e Vias Urinárias sem alterações e TC de abdome com imagem sugestiva de abscesso renal. Optou-se por internação hospitalar com início de Ceftriaxone e Amicacina.

Paciente manteve quadro de dor, sem outros sintomas e com exames laboratoriais normais. Optado por solicitar TC que verificou imagem nodulariforme ovalada levemente densa localizada na gordura do hipocôndrio direito, entre a parede torácica e o lobo direito hepático medindo 2,1 cm com borramento dos planos adiposos adjacentes podendo representar pequeno infarto omental. Em comum acordo com a paciente optou-se por conduta expectante.

Paciente evoluiu após três dias com persistência da dor abdominal e discreta taquicardia. Nova TC com contraste evidenciou a mesma imagem do estudo anterior. Realizou-se videolaparoscopia diagnóstica, identificando segmento omental com sinais de sofrimento aderido ao peritônio parietal a nível de hipocôndrio direito sendo optado por ressecção do segmento. Paciente evoluiu em ótimo estado geral recebendo alta hospitalar no dia seguinte.

Ao retorno ambulatorial paciente apresentava-se assintomática e resultado do anatomopatológico evidenciou esteatonecrose em omento com depósito de histiócitos xantomatosos. Paciente recebeu alta ambulatorial.

**Discussão:** O IO pode simular um abdome agudo clássico, por isso, seu diagnóstico é um grande desafio. Não foi observado diferenças significativas entre o manejo conservador e cirúrgico, ambos realizados em nosso caso. Entretanto, a abordagem laparoscópica pode ser considerada a ferramenta diagnóstica e terapêutica de escolha em um paciente com diagnóstico radiológico de IO e que possui persistência do quadro. O tratamento cirúrgico favorece a resolução imediata dos sintomas e alta precoce, com baixo índice de complicações, o que evita as complicações de um IO evoluído ou decorrentes do retardo de um diagnóstico errôneo, além de reduzir o número de exames complementares.

PO 3297

**RELATO DE CASO DE TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PÂNCREAS EM MULHER JOVEM**

Catharina Oliveira Vianna Dias da Silva<sup>1</sup>; Allison Takeo Tsuge<sup>2</sup>; Paulo José Costa Maia<sup>3</sup>.

1. UNIFACS - UNIVERSIDADE SALVADOR, ILHÉUS - BA - BRASIL
2. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL
3. HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL

Introdução: Descrita inicialmente em 1959 por Frantz, o Tumor de Frantz (TF) é uma neoplasia de baixo potencial de malignidade, e perfaz de 1 a 2% dos tumores pancreáticos exócrinos. Sua ocorrência vem crescendo; sua etiopatogenia ainda é desconhecida. Há pouco mais de 300 casos relatados na literatura médica. O TF é uma neoplasia solidocística, com bom prognóstico, mesmo quando apresenta invasão local ou metástases. Clinicamente é uma massa abdominal de crescimento lento, com ou sem dor abdominal, paciente frequentemente em bom estado geral. Icterícia é incomum, mesmo quando localizado na cabeça do pâncreas. Microscopicamente mostra áreas sólidas e papilares. Na área papilar, as células tumorais têm mitocôndrias abundantes, com ou sem grânulos neurosecretórios. Predomina em crianças e mulheres jovens, em geral na 2ª e 3ª décadas de vida. O objetivo deste relato é apresentar um caso raro de TF.

Relato de caso: Paciente feminino, 28 anos. Ingressou ao PS do Hospital Brasil, com volumosa tumoração na região pancreática identificada em USG abdome de rotina solicitado pela ginecologia. Uma semana antes, apresentava empachamento, saciedade precoce e mal estar generalizado. Sem febre ou perda ponderal. TC de abdome revelou volumosa massa solidocística bem delimitada na cauda pancreática, porções sólidas hipocontrastantes em relação ao parênquima pancreático, delimitando áreas centrais de necrose liquefativa, medindo 14,0 x 8,5 x 13,0 cm. Compressão de v. renal esquerda, rim esquerdo, mesentério e mesocolón adjacentes, sem isquemia. Apresentou deslocamento do baço, estômago, duodeno, moldura cólica, alças de delgado e adrenal esquerda. Grande proximidade com vasos esplênicos, aorta abdominal, a. mesentérica superior, tronco celiaco e a. gástrica esquerda, todos pênvios. A opção foi cirúrgica, pancreatocomia corpocaudal, linfadenectomia e esplenectomia. Após, cursou com fístula do coto pancreático, de baixo volume, sem repercussão sistêmica. Com boa evolução, obteve alta hospitalar após cinco dias de pós-operatório.

Discussão: Postula-se que o TF se origina de células pancreáticas acinares primitivas, presença de um complexo de Golgi bem desenvolvido e de alfa1-antitripsina, ou de células do tubérculo genital feminino. A presença de receptores de progesterona pode indicar relações do desenvolvimento tumoral com hormônios femininos. Clínica inespecífica; o TF tem aparência típica, grosseiramente é uma massa grande e encapsulada bem delimitada em relação ao resto do pâncreas, com uma combinação de componentes sólidos, pseudopapilares e hemorrágicos, total ou parcialmente císticos em 92% dos casos. Diâmetro médio de 10 cm. Sobrevida em 5 anos após ressecção de 97%, raramente evolui para óbito. Neste caso relatado, o TF mostrou-se com apresentação típica.

PO 3301

**ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CISTO DE COLÉDOCO EM ADULTO COM ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA EM Y DE ROUX COM CÁPSULA DO CISTO - RELATO DE CASO**

Gustavo Negreiros Gagher Cruz; Luiza Bassani Altoe; Guilherme de Godoy dos Santos; Mariano Almeida de Menezes.

IRMANDADE SANTA CASA LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL

Introdução: Cistos de colédoco (CC) são dilatações congênitas dos ductos biliares(DB), intra ou extra-hepáticos. São raros, com incidência estimada em 1:100.000 nascidos vivos, comumente diagnosticados na infância<sup>4</sup>.

A tríade clássica é composta por dor abdominal, icterícia e massa palpável. A grande complicação é a malignização (até 30%). O tratamento consiste em exérese do cisto e reestruturação da comunicação biliodigestiva(BD).

Apresentamos caso de CC tipo IC em adulto, abordado cirurgicamente através de derivação BD de jejuno em Y de Roux com a cápsula do cisto, que apresentou desfecho favorável.

Relato de caso: Paciente masculino, 56 anos, previamente hígido, queixava-se de dor abdominal epigástrica, vômitos, icterícia. O laboratório inicial apresentava aumento de enzimas canaliculares, transaminases e bilirrubinas diretas >13. Marcadores tumorais negativos.

Foi solicitado USG abdominal, que demonstrou um cisto anecóico pericolédoco e pericístico medindo 3,5 x 2,1 cm, provocando dilatação das vias biliares a montante. Investigado com Tomografia de abdome, evidenciou-se formação arredondada bem delimitada, de paredes finas, homogênea, localizada ao nível da bifurcação do ducto hepático(DH) comum. Optou-se por submeter o paciente a Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), objetivando alívio da icterícia colestática. Drenada a via biliar, houve melhora laboratorial parcial.

Procedeu-se então com Colangiressonância abdominal, que evidenciou formação cística relacionada ao DH direito medindo 2,5 cm de diâmetro.

No intra-operatório, localizou-se CC tipo IC em colédoco proximal comprometendo a junção dos hepáticos. Optou-se por colecistectomia, seguida de ressecção parcial do cisto e derivação BD do jejuno com a cápsula do cisto em Y-Roux. O pós operatório evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar no 7º dia. O exame histopatológico confirmou tratar-se de CC, sem malignidade. No seguimento após 1 ano, o paciente mantém assintomático.

Discussão: Os CC em adultos manifestam-se mais dor abdominal, sintomas pancreáticos, cálculos biliares e colecistite.

A colangiressonância é considerada padrão ouro de diagnóstico e seguimento. A CPRE, a colangiografia percutânea transhepática e a colangiografia intra-operatória são utilizadas para delimitação da via biliar.

Segundo a classificação de Todani, os cistos do tipo IC cursam com dilatação fusiforme do DH comum e colédoco. Devem ser tratados com excisão total do DB pelo risco de malignização.

No intra-operatório, foi mantida parte da cápsula do cisto para a anastomose com jejuno em Y de Roux. Tratava-se de via biliar estreita com DH finos e elevada chance de estenose da anastomose. Avaliou-se a idade avançada do paciente, os marcadores tumorais e o baixo risco de carcinogênese após liberar estase biliar para realizar essa conduta. O paciente deverá seguir rastreio com exames de imagem pelo risco de malignização do cisto residual.

**PO 3302**

**FISTULA TRAQUEO-ESOFAGICA POS FERIMENTO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO: UM RELATO DE CASO**

Amanda Ramos Cavalcanti<sup>1</sup>; Matheus Ferreira Vieira<sup>2</sup>; Luis Gustavo de Azevedo<sup>1</sup>; Alexandre Edson de Azevedo<sup>3</sup>; Gustavo Lucas Loureiro<sup>3</sup>.

1. UNIFESO, TERESÓPOLIS - RJ - BRASIL
2. EBMSP, SALVADOR - BA - BRASIL
3. NÃO SE APLICA, TERESÓPOLIS - RJ - BRASIL

**Introdução:** Apesar do tratamento para lesões penetrantes em região torácica ser relativamente bem estabelecido, pouco material científico está disponível para direcionar o tratamento de fístulas traqueoesofágicas adquiridas, especialmente as causada por armas de fogo. Esta, além de incomum, apresenta grandes desafios tanto no âmbito do diagnóstico quanto no do tratamento - sendo este, na maioria das vezes, cirúrgico.

**Relato de Caso:** M.S.A, 34 anos, masculino, foi atingido pro projétil de arma de fogo (PAF) em região paraesternal esquerda enquanto dirigia. Deu entrada em hospital febril, prostrado e apresentando hemoptise e hematêmese, onde foi confirmada, após Tomografia Computadorizada (TC) e esofagografia baritada, a presença de fístula traqueo-esofágica. O tratamento cirúrgico foi indicado, sendo o paciente submetido a uma cervicotomia esquerda na borda do músculo esternocleidomastóideo estendida com esternotomia mediana, onde se viu processo inflamatório ao redor do PAF, lesão traqueal de cerca de 4 cm de extensão e lesão esofágica de cerca de 5 cm de extensão, além de erosão do tronco braquiocéfálico, que foi ligado. Também foi realizada rafia das lesões de traqueia e esôfago com colocação de patch do timo remanescente entre as suturas e drenagem torácica devido a pneumotórax bilateral durante o ato cirúrgico. O paciente teve evolução satisfatória, apresentando tosse e disfagia após duas semanas, quando foi realizada tentativa de reintrodução alimentar. Não houve repercussão vascular.

**Discussão:** Fístulas traqueoesofágicas são uma comunicação rara e anormal entre a traqueia e o esôfago que são potencialmente fatais e complicadas de reparar. Este fato se dá pelo contínuo derrame de conteúdo oriundo do esôfago, como saliva, alimentos e fluidos advindo do refluxo gastroesofágico, para dentro da árvore traqueobrônquica, causando congestão, infecção, pneumonia, atelectasias e obstrução bronquial. As principais causas de fístula traqueo-esofágicas traumáticas são ferimentos por armas de fogo, armas brancas, fraturas da vértebra cervical, corpos estranhos no esôfago, terapia combinada para câncer de tireóide, acidentes durante a intubação orotraqueal, queimaduras por soda cáustica e lesões durante cirurgias na região do pescoço. O diagnóstico e tratamento precoces são de grande importância para prevenir complicações futuras. Dentre tais complicações, podemos citar a Síndrome de Mendelson, lesão aguda pulmonar decorrente de aspiração de conteúdo gástrico. Fístula traqueo-esofágicas deve ser suspeitada em todo paciente com lesões traqueo-esofágicas combinadas que desenvolvam sintomas respiratórios súbitos. Sendo assim, o diagnóstico é basicamente clínico, radiológico e endoscópico. A proteção traqueobrônquica contra infecção deve ser feita tão logo for efetuado o diagnóstico. O tratamento de fístulas traqueo-esofágicas adquiridas é basicamente cirúrgico, com a completa separação das duas estruturas e o uso de retalhos musculares, se necessário.

**PO 3303**

**SARCOMA PARIDO: UM RELATO DE CASO**

Mayara Marcela Nascimento<sup>1</sup>; Julia Ardenghi Gonçalves<sup>1</sup>; Júlia Crossi<sup>1</sup>; Maria Paula Dutra Cioccarì<sup>1</sup>; Helen Luize Hickmann<sup>1</sup>; Renata Françoes Rostrolla<sup>1</sup>; Marcelo Marssilac Matias<sup>1</sup>; Bryan Pellegrin Ansuj<sup>2</sup>.

1. ULBRA CANOAS, CANOAS - RS - BRASIL
2. HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Sarcoma uterino é um tipo de tumor maligno originado do tecido conjuntivo, extremamente raro, correspondendo a 1% das neoplasias malignas ginecológicas (PASSOS et.al, 2017). O tipo histológico abordado no caso - sarcoma do estroma endometrial (SEE) - tem localização intramural e envolvimento endometrial, cursa com sangramento uterino, dor pélvica e sintomas compressivos (LOPES et al., 2019). O SEE representa um tipo menos agressivo dos sarcomas, mesmo na variante de alto grau e acomete, principalmente, mulheres na pré menopausa. A variante desse caso aborda a extrusão, a partir do crescimento da massa tumoral do SEE, através do orifício cervical externo, o qual foi inicialmente diagnosticado com um mioma parido através do exame ginecológico e USG-TV.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** A. M. S. B., 44 anos, feminina, buscou atendimento médico por sangramento uterino anormal iniciado em agosto de 2019 e anemia importante. Ao exame físico, em consulta ambulatorial, foi identificado sangramento em grande quantidade em fundo de saco vaginal e lesão sugestiva de mioma parido através do orifício cervical externo. A avaliação pré-operatória dessa paciente a classificou em ASA II e identificou um nódulo pulmonar em lóbulo superior direito, sendo necessária e orientada posterior avaliação, tendo em vista suspeita de metástase. Para resolução do caso, foi realizada uma histerectomia total videolaparoscópica com salpingo-ooforectomia bilateral. O resultado do anatomopatológico da peça cirúrgica foi compatível com sarcoma do estroma endometrial de baixo grau, fazendo diagnóstico de sarcoma parido. Entretanto, não foi possível realizar o estadiamento do sarcoma e o monitoramento pós cirúrgico, tendo em vista a descontinuidade do acompanhamento por parte da paciente.

**DISCUSSÃO:** O presente relato evidencia a necessidade de investigação inicial completa de lesões uterinas sugestivas de malignidade, pois, mesmo com baixa incidência, o sarcoma uterino é um diagnóstico provável e agressivo. Essa investigação inclui estudo anatomopatológico e citologia oncológica a partir de biopsia incisional ou da peça retirada cirurgicamente, exames de imagem como ressonância magnética ou tomografia computadorizada para avaliar invasão de tecidos adjacentes e metástases, sendo possível, dessa forma, o estadiamento da doença e o planejamento do tratamento, o qual inclui ressecção tumoral com histerectomia radical com salpingo-ooforectomia bilateral, além do monitoramento pós cirúrgico (HOFFMAN et al., 2014). A paciente do caso abordado foi beneficiada pela cirurgia radical, porém a descontinuidade do seguimento com a equipe eleva o risco do reaparecimento de lesões malignas, uma vez que até 36% das pacientes com SEE de baixo grau terão uma recidiva (HURT, 2012).

PO 3307

**DUODENOPANCREATECTOMIA ONCOLÓGICA COM TRANSPOSIÇÃO DE VEIA MESENTÉRICA SUPERIOR UTILIZANDO VEIA BASÍLICA REVERSA – RELATO DE CASO.**

Daniel Corradi Carregal; Victor Faleiro Barroso Lourenço; Sara Sílvia Isbrecht Ferreira; Francisco de Paula Alves de Souza Júnior; Rodrigo Melo Moreira Cesar.

*HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM OSVALDO REZENDE FRANCO (HRPB), BETIM - MG - BRASIL*

**Introdução:** O adenocarcinoma pancreático é um dos tumores sólidos de pior prognóstico, sendo o tratamento cirúrgico o único potencialmente curativo. Seu diagnóstico habitualmente tardio, restringe as taxas de ressecabilidade tumoral a 10-15%. Em 85-90% dos carcinomas de pâncreas verificam-se critérios de irressecabilidade cirúrgica que limitam a terapêutica às opções paliativas. Dentre os poucos pacientes com tumores pequenos, submetidos à ressecção com margens negativas e com gânglios livres de tumor a taxa de sobrevivência em cinco anos alcança apenas 41%. Será apresentado um relato de caso de um paciente atendido pelo Serviço de Cirurgia Oncológica e Cirurgia Vascular do Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco. **Relato de Caso:** Paciente sexo feminino, 41 anos, compareceu ao Pronto Atendimento do HPRB sob livre demanda com queixa de epigastralgia progressiva, êmese pós-prandial, saciedade precoce e perda ponderal de 10 kg em 2 meses. Negava comorbidades ou cirurgias prévias. Apresentava propedêutica: Endoscopia digestiva alta com biópsia sem evidências de atipias. Solicitada tomografia computadorizada helicoidal de abdômen e tórax com propedêutica laboratorial a admissão. A TC evidenciou formação de aspecto infiltrativo inferiormente à cabeça pancreática, envolvendo processo uncinado, de contornos mal definidos, hipovascular, medindo 3,7 x 4,5 x 4,2 cm sem plano de clivagem com 3a e 4a porções duodenais e segmento distal da veia mesentérica superior, distando 1,5 cm da junção esplenomesentérica. Não se identificaram quaisquer lesões de aspecto metastático. Exames séricos demonstraram amilase (2003u/l), bilirrubina total de 0,67mg/dl (BI0.34, BT0.33). Paciente submetida a Duodenopancreatectomia com linfadenectomia estendida e ressecção de veia mesentérica superior com interposição da veia basílica esquerda reversa. Houve necessidade de ressecção de artéria e veia cólica médias à ressecção tumoral, sendo realizada em seguida colectomia de cólon transverso com anastomose em plano único. Ocorreu normalização dos valores de bilirrubina e marcadores de função hepática ao 10º dia de pós-operatório. Suporte nutricional foi iniciado 10 dias antes da cirurgia, sendo a dieta parenteral mantida até o 15º DPO, concomitante a dieta oral reintroduzida ao 3º DPO. Recebeu alta da UTI no 4º DPO e alta hospitalar no 19º DPO. Exame anatomopatológico identificou 18 linfonodos, sem acometimento neoplásico, bem como de margens de peça principal livres de neoplasia. Paciente foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia oncológica do HPRB em acompanhamento. **Discussão:** Pancreatectomias apresentam dificuldades técnicas e anatômicas consideráveis, além de serem indicadas para neoplasia de alta agressividade. Os desfechos cirúrgicos apresentam altos índices de complicações. Invasão vascular venosa ou mesmo o estigma terapêutico de uma doença agressiva e mórbida não devem ser barreiras para a decisão pela cirurgia.

PO 3308

**TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL - GIST ADERIDO AO APÊNDICE CECAL E INTESTINO DELGADO: UM RARO RELATO DE CASO**

Henrique Coelho Medeiros Filho; Saulo Francisco de Assis Gomes; Gabriella Borges Porfírio; Lara Thaís Pinheiro Medeiros; Joice Keviner Gomes dos Santos; Rone Antonio Alves Abreu.

*FAHESP/IESVAP, PARNAÍBA - PI - BRASIL*

**Introdução:** O Tumor Estromal Gastrointestinal - GIST é o tumor mesenquimal que, embora seja raro, representa a maioria dos tumores mesenquimais do trato digestivo, sendo mais frequentemente encontrado no estômago acometendo, preferencialmente, homens de meia-idade e idosos. Este trabalho apresenta relevância pois trata de um caso de sucesso de remoção cirúrgica do tumor localizado em uma região menos frequente. **Descrição do caso:** Paciente homem, 37 anos, pedreiro, relata desconforto e dor em pontada na região do hipogástrico, ao sentar-se ou ajoelhar, sem irradiação e de início há 3 ou 4 meses. Ex – etilista, nega vômitos, alteração intestinal, febre, perda ponderal, sangramentos, tabagismo, hipertensão, diabetes mellitus e alergias. Regular estado geral, afebril, acianótico e hidratado, pressão arterial 120x80mmHg, frequência cardíaca 83bpm, frequência respiratória 16irpm e temperatura axilar 37°C. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular presente e sem ruídos adventícios. Abdome semigloboso, indolor à palpação, sem irritação peritoneal, ruídos hidroaéreos presentes e apresenta massa palpável endurecida em hipogástrico e fossa ilíaca direita. Exame laboratorial indica sódio e potássio elevados. Na tomografia do abdome inferior foi relatada formação expansiva hipodensa, com atenuação cística multisseptada com medidas estimadas em cerca de 13,0x12,6x7,5cm localizada em região hipogástrica de provável origem neoplásica. Na ressonância magnética verificou-se volumosa lesão sólida na região mesogástrica com extensão para a pelve e próstata de dimensões aumentadas. O exame histopatológico confirmou a hipótese, atestando neoplasia mesenquimal fusocelular e a partir de uma hepatectomia parcial, atestou-se neoplasia mesenquimal metastática. Foi identificada tumoração em raiz do mesentério de conteúdo sólido cístico, nodular de aproximadamente 25cm em seu maior diâmetro. Aderida ao apêndice cecal e ao intestino delgado a 1 metro do ângulo de Treitz com lesão na borda antimesentérica. Na conduta cirúrgica foi realizada lise de aderências para liberação do tumor, ressecção de lesão e apêndice cecal com ponto transfixante no coto apendicular. Ressecção em cunha do delgado para retirada da peça, colecistectomia e hepatectomia parcial no segmento V em sua borda inferior com margem de 2cm da lesão e posterior hepatectomia com pontos hemostáticos. Terminado o procedimento sem intercorrências. **Discussão:** Os GIST são tumores raros com uma incidência anual de 15 casos por milhão. Podem surgir em qualquer local do tubo digestivo, contudo o estômago é o sítio mais frequente. No caso relato, o tumor estava aderido ao apêndice cecal e intestino delgado, indo de encontro a epidemiologia tornando o caso mais raro. A terapêutica consiste na ressecção cirúrgica completa, realizada no caso. Para evitar a disseminação tumoral, é fundamental não lesar a pseudocápsula. Tal fato foi considerado durante o procedimento de modo que aquela permaneceu íntegra.

PO 3310

**CÂNCER COLORRETAL METASTÁTICO SECUNDÁRIO À POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: UM RELATO DE CASO**

Alison Silva de Paula.

*HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, RECIFE - PE - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante relacionada à mutações no gene APC, com prevalência de 1:10000. A taxa de malignização para Carcinoma colorretal (CCR), sem tratamento, é de 100%. A doença é marcada por múltiplos adenomas colônicos com alta taxa de malignização e metastização, principalmente para fígado (40%) e pulmão (15%). Pacientes apresentam diarreia intensa, dor abdominal e hemorragia digestiva, iniciados por volta dos 20 anos, com neoplasia diagnosticada em média aos 39 anos. A clínica e a colonoscopia com mais de 100 pólipos são altamente sugestivos, e a genotipagem fecha o diagnóstico. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de PAF de evolução maligna precoce.

**RELATO DE CASO:** E.M.S, 29 anos, mulher, chegou à emergência do Hospital da Restauração (HR) com história de enterorragia intermitente há 6 meses, perda de peso não intencional de 40kg e períodos alternantes de constipação e diarreia anteriores ao sangramento. Possuía irmã com sintomatologia semelhante, e mãe falecida aos 36 anos por câncer intestinal (sic). Em consulta de rotina foi vista anemia severa (Hb 4.8) sendo encaminhada ao HR para investigação.

Foram realizados endoscopia digestiva alta, sem alterações, ultrassonografia de Abdome total que mostrou múltiplos nódulos hepáticos, e tomografia (TC) de abdome, evidenciando múltiplos nódulos em segmentos II, IVa, VII e VIII do fígado com aspecto sugestivo de acometimento secundário de neoplasia colônica mucinóide.

Foi admitida na enfermaria de cirurgia geral, onde realizou colonoscopia que mostrou desde a margem anal, múltiplos pólipos em todo o cólon com aspecto sugestivo de PAF, e lesão vegetante e infiltrativa, avermelhada com superfície irregular em transição retossigmóide entre 10 e 20 cm da margem anal que acometia 25% da superfície do órgão.

Diante do diagnóstico de câncer colorretal completou o Estadiamento com TC de tórax que mostrou dois nódulos pulmonares com densidade de partes moles medindo 0,5 e 0,6cm podendo corresponder à acometimento neoplásico secundário.

Foi submetida à Laparotomia Exploradora + Colectomia Total + Ileorretostomia + Biópsia Hepática. A paciente evoluiu estável no pós-operatório com aceitação da dieta e retorno de funções eliminatórias, e recebeu alta para seguimento com oncologia após resultado de biópsias.

**DISCUSSÃO:** O desenvolvimento de CCR e metastização hepática e pulmonar é um quadro atípico na paciente com idade precoce. Paciente não apresentou, até então, manifestações extra-colônicas da doença. Diante da precocidade e garantia de manifestações malignas, é essencial o rastreamento e tratamento de familiares, com genotipagem e colonoscopia. O tratamento de escolha ainda é a colectomia total e os familiares próximos devem ser submetidos ao rastreamento da doença. Aguardamos histopatológico das peças cirúrgicas para melhor elucidação do quadro.

PO 3311

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL DE DELGADO PROXIMAL EM PACIENTE ADULTO: UM RELATO DE CASO COM REVISÃO DA LITERATURA**

Sharly Nataly Schilling<sup>1</sup>; Deise Dessanti<sup>2</sup>; Mateus Alessio Pereira<sup>2</sup>; Felipe Cunha Mezzomo<sup>2</sup>; Sasha Keith Kovaluk<sup>2</sup>; Paulo Roberto Fontes<sup>2</sup>.

1. *FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL*

2. *SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

A intussuscepção intestinal ocorre quando um segmento intestinal penetra no interior de um distal. O movimento do mesentério do segmento invaginado pode levar a congestão vascular e edema e, se não prontamente corrigida, pode acarretar necrose tecidual, perfuração e peritonite. A maioria dos casos ocorre na infância, entre 5 e 10 meses de idade, e a forma ileocólica é a mais comum, sendo menos frequentes os relatos em delgado proximal. Intussuscepções em adultos são muito menos frequentes, representando cerca de 5% de todos os casos e apenas 0,08% de todas as cirurgias abdominais. Neste relato apresentaremos um caso de intussuscepção de delgado proximal em paciente adulto do sexo feminino, que se apresentou com quadro de abdome agudo de evolução subaguda, sendo necessária laparotomia exploradora e abordagem cirúrgica agressiva devido a sinais de sofrimento de alça. Paciente do sexo feminino, 23 anos, vem a emergência com quadro de dor abdominal de forte intensidade há 2 dias e vômitos, sem outras queixas. Ao exame físico não apresentava sinais de peritonismo. Exames laboratoriais da admissão com leucocitose sem desvio, demais dentro dos limites da normalidade. Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste que evidenciou importante distensão de segmento proximal de alça de jejuno, secundário à invaginação intestinal. O segmento distendido e parte do segmento invaginado apresentavam espessamento parietal e redução de seu realce, sugerindo sofrimento de alça, e havia área segmentar de maior hiperrealce parietal no jejuno proximal invaginado, com cerca de 5 cm de extensão, de natureza indeterminada, podendo corresponder a alteração inflamatória ou mesmo lesão subjacente. A paciente foi encaminhada a laparotomia exploradora, sendo confirmado achados do exame de imagem e necessária enterectomia de 1,5 m de delgado proximal. Apresentou boa evolução pós-operatória, sem evidência de fístula ou infecção. O anatomopatológico diagnosticou pólipos hamartomatosos de intestino delgado, intussuscepção com áreas de necrose da parede intestinal e depósitos de fibrina na serosa, e margens preservadas. Conforme a literatura, intussuscepções em adultos são mais associadas a um ponto de partida patológico, como pólipos, tumores ou divertículo de Meckel, diferentemente das crianças, na qual a maioria dos casos é idiopática. Em revisão de prontuários americana de 24 pacientes adultos com diagnóstico de invaginação intestinal de delgado proximal, apenas 1 necessitou de cirurgia que necessitou de exérese de tecido intestinal necrótico, sendo que 20 pacientes não apresentavam sequer evidência de obstrução intestinal, apenas achado incidental em exame de imagem. Neste relato abordamos uma forma rara de invaginação intestinal em paciente com faixa etária atípica, que evoluiu de forma oposta ao mais observado na literatura. São necessários mais estudos para observação e discussão quanto a características clínicas, operatórias e de prognóstico destes pacientes.

PO 3316

**BRONCOASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO COM RETIRADA POR TORACOTOMIA: RELATO DE CASO**

Barbara de Oliveira Brito Siebra.

*INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA, FORTALEZA - CE - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Evento comum na população pediátrica, a broncoaspiração de corpo estranho (CE) acontece com maior incidência entre os menores de 3 anos de idade. O método terapêutico-diagnóstico de escolha, atualmente, consiste na extração do corpo estranho via broncoscopia. Entretanto, o procedimento não é infalível e é capaz de eventos iatrogênicos que necessitam de abordagem cirúrgica aberta.

Aqui, relatamos caso de lactente de 8 meses de vida, com aspiração acidental de lâmpada de LED e sem sucesso de retirada pelo broncoscópio. A conduta final foi toracotomia com broncotomia para remoção do corpo estranho seguida de broncorrafia.

**RELATO DE CASO:** Lactente masculino, 8m14d, levado à emergência do Instituto Dr. José Frota pela mãe com história de aspiração acidental de lâmpada de LED havia quatro dias. Exame físico: eupneico, afebril, murmúrios vesiculares presentes.

Raio-x de tórax evidenciou imagem radiopaca de aproximadamente 1cm localizada distalmente ao brônquio fonte esquerdo. À TC, verificou-se CE metálico de cerca de 6mm de diâmetro em brônquio subsegmentar para região basal do lobo inferior esquerdo e áreas de consolidação parenquimatosa de provável natureza inflamatória.

Paciente foi submetido a broncoscopia, sem sucesso na remoção devido aderência do CE à parede brônquica.

Optou-se por toracotomia esquerda, realizada sob anestesia e bloqueio anestésico da fáscia do supraespinhal. Com o lactente em decúbito lateral direito, iniciamos com incisão posterolateral esquerda, diérese por planos e pleurotomia para acessar cavidade pleural.

Identificamos o brônquio segmentar da pirâmide basal e confirmamos a localização do CE com radioscopia. Seguimos com broncotomia e retirada da lâmpada. Broncorrafia foi feita com polipropileno 5-0, e reforçada com patch pleural. Fixamos 2 drenos de tórax em selo d'água e finalizamos com fechamento por planos. O paciente foi extubado ao final do procedimento, sem intercorrências nem escape aéreo através dos drenos. Foi encaminhado para UTI, onde iniciou terapia antibiótica e fisioterapia respiratória. Um dreno foi removido no 2ºPO e o outro, no 5ºPO.

**DISCUSSÃO:** Broncoaspiração de corpo estranho é evento comum na prática pediátrica, especialmente em menores de 3 anos, faixa etária em que a comunicação verbal é bastante rudimentar, ficando a cargo dos cuidadores da criança as informações necessárias à anamnese médica. Soma-se a isso a grande variação do quadro clínico, muitas vezes confundido com infecções de vias aéreas superiores ou asma. Portanto, o médico assistente deve manter alto grau de suspeição para aspiração de CE e investir na investigação diagnóstica, buscando instituir o tratamento adequado no menor tempo possível, reduzindo, assim, complicações respiratórias mais graves.

A remoção do CE por broncoscopia é a terapêutica padrão-ouro atual, mas não está isenta de falhas e também possui contraindicações. Cabe ao médico assistente conhecer e fornecer as terapias alternativas, que incluem toracoscopia ou toracotomia.

PO 3318

**CIRURGIA DE SERRA-DÓRIA COMO TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE MEGA ESÔFAGO GRAU IV POR ACALÁSIA - UM RELATO DE CASO**

Rodrigo Féres; Rodrigo Ferraz Galhego; Luiz Gustavo de Oliveira e Silva; Beatriz Rodriguez Sequeiros Belotti; Ana Carolina Constantino Medina; Stefano Furlan.

*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** O trabalho visa descrever e discutir conduta terapêutica de paciente com acalásia submetida à cirurgia de Serra Dória.

Acalásia é uma patologia primária que cursa com dismotilidade esofageana.<sup>1</sup> Pode ser secundária à infecção por Trypanossoma Cruzy, agente etiológico da doença de Chagas.<sup>2</sup> Abordagem cirúrgica é a melhor terapêutica para pacientes que evoluem com megaesôfago.<sup>1</sup> Porém, a técnica operatória de escolha é ponto de grande discussão.

**Relato de caso:** S.J.D., 61 anos, feminino, natural do Pará. Há cinco anos, queixa de dor retroesternal em queimação, regurgitação e disfagia. Evoluiu com piora do quadro e perda de 12 Kg em 6 meses. Refere disfagia para sólidos e pastosos, com relativa melhora após ingestão líquida. Regular estado geral, hipocorada +/-, hidratada, emagrecida. Peso 35 kg. Endoscopia digestiva alta: esôfago médio com calibre muito aumentado, tortuoso, aperistáltico, sem sinais de estenose ou vegetações. Esofagografia: esôfago dilatado com afilamento em rabo de rato. Esofagomanometria: esfíncter esofágico inferior com relaxamento ausente, pressão de 36mmHg. Corpo: todas as deglutições suscitaram contrações simultaneamente de baixa amplitude (Apesristalse). Tomografia de Tórax: megaesôfago Grau IV. Realizada nutrição parenteral pré-operatória por 10 dias. Submetida à cirurgia de Serra Dória, sem intercorrências. Evoluiu no pós-operatório tardio (dois meses) com disfagia e perda de peso. Esofagografia evidencia estenose da anastomose. Realiza reabordagem cirúrgica e confecção de nova anastomose. Recebe alta hospitalar, em acompanhamento ambulatorial, com melhora clínica.

**Descrição cirúrgica:** Incisão xifo-umbilical, dissecação por planos. Acesso à cavidade. Incisão em membrana cardiofrênica. Acesso à cárdia. Vagotomia troncular. Fixação do fundo gástrico em esôfago distal. Anastomose esofagogastrica latero-lateral. Antrectomia com reconstrução em Y de Roux. Colectistectomia. Revisão da hemostasia. Síntese por planos.

**Discussão:** Megaesôfago grau IV é apontado como indicação de esofagectomia total, com bons resultados a longo prazo.<sup>3</sup> No entanto, proporciona alto grau de morbimortalidade à curto e médio prazo.<sup>3</sup> AQUINO et.al em seu estudo com 19 idosos com histórico de cardiomiectomia e funduplicatura anterior por Megaesôfago Grau III e IV, submetidos à cirurgia de Serra Dória demonstrou que após 1 ano de pós-operatório, 18 (94,7%) apresentavam deglutição normal e sem regurgitação.<sup>1</sup> Em 3 anos, de 16 pacientes analisados, 10 (62,5%) apresentavam deglutição normal e 3 (19,3%) se queixavam de regurgitação.<sup>1</sup> Com 5 anos, de 13 pacientes analisados, 5 (38,4%) apresentavam deglutição normal e 7 (53,8%) com regurgitação.<sup>1</sup> Na avaliação precoce, 5 (26,3%) pacientes apresentaram complicações clínicas.<sup>1</sup> Portanto, é essencial avaliação cuidadosa dos pacientes para indicação da melhor terapêutica, de acordo com suas condições clínicas. Mais estudos são necessários para comparação entre as técnicas de tratamento do Megaesôfago.

PO 3319

**ABDOME AGUDO VASCULAR POR ISQUEMIA MESENTÉRICA - RELATO DE CASO**

Thiago Oliveira Freitas Becker<sup>1</sup>; Débora Costa Kind<sup>2</sup>.

1. UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL
2. UNEMAT, CÁCERES - MT - BRASIL

**Introdução:** Isquemia mesentérica é definida pelo súbito quadro de hipoperfusão intestinal devido redução ou interrupção da irrigação arterial. Pode ocorrer embolia ou trombose arterial mesentérica, sendo esta devido aterosclerose e aquela relacionada a trombos cardíacos. Os fatores de risco são arritmias cardíacas, doenças valvares, infarto do miocárdio, aterosclerose, doença arterial periférica e idade avançada. O diagnóstico é essencialmente clínico, porém, os sinais e sintomas podem ser inespecíficos a ponto de serem percebidos tardiamente. Considera-se como padrão-ouro a arteriografia, que identifica o vaso acometido. O tratamento depende do diagnóstico precoce e da ressecção cirúrgica adequada.

**Relato de caso:** Paciente idosa, 87 anos, com queixa de dor abdominal difusa há 4 dias, associada a náuseas, vômitos e diarreia, sem muco, pus ou sangue. Hipertensa em uso de losartana, atenolol e AAS. Cardiopata, com IAM há 2 anos, com revascularização miocárdica. Ao exame físico, mal estado geral, taquidispneia, taquicárdica, hipotensa e febril. Ausculta cardíaca com ritmo irregular, bulhas normofonéticas. Ausculta pulmonar sem alterações. Abdome globoso, distendido, ruídos hidroaéreos abolidos, doloroso à palpação difusa, sem irritação peritoneal. Toque retal com saída de secreção gelatinosa de "aspecto de framboesa". No mesmo dia, evoluiu com confusão mental, instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória. Procedida intubação orotraqueal, iniciado uso de vasopressores e solicitados exames. Evoluiu com taquicardia supraventricular não responsiva à adenosina, porém, controlada com amiodarona. Realizada tomografia computadorizada com contraste, com achados sugestivos de isquemia mesentérica. Encaminhada para centro cirúrgico, com realização de laparotomia exploradora. Observada isquemia importante de alças de intestino delgado e de cólon, quadro incompatível com vida. Após "open and close", paciente encaminhada para CTI, onde evoluiu para óbito devido choque séptico.

**Discussão:** A isquemia mesentérica é uma condição de importante morbimortalidade e que necessita diagnóstico rápido. Põe em questão a importância entre os diagnósticos diferenciais de abdome agudo, principalmente quando se tem um paciente com história de eventos cardiovasculares prévios e que evolui com dor abdominal. Além de adequado diagnóstico clínico, é notória a importância da realização de exames complementares, sobretudo a angiotomografia quando disponível, exame capaz de identificar pontos de obstrução do suprimento arterial e que apresenta sensibilidade maior que 90 % para diagnóstico de isquemia mesentérica aguda e sendo mais específica que a tomografia com contraste endovenoso. Quanto ao tratamento cirúrgico, em casos em que há viabilidade de alças intestinais, é optada por ressecção do segmento intestinal com anastomose ou confecção de ostomia. Cabe ao cirurgião avaliar e estimar a viabilidade das alças intestinais e sua correlação com o prognóstico do paciente.

PO 3320

**RECONSTRUÇÃO DE PAREDE EM GRANDES TUMORES ABDOMINAIS**

Mariana Garcia Astuto; Rodrigo Ferraz Galhego; Erick Abreu Braga do Nascimento; Beatriz Rodriguez Sequeiros Belotti; Pedro Henrique Salgado Rodrigues.

*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** Neste caso, falamos da experiência na reconstrução da parede de um homem de 30 anos com um tumor desmóide abdominal de 20cm de comprimento que foi extirpado em bloco. A parede abdominal foi reconstruída com uso de separação anterior de componentes e inserção de tela.

**Relato do caso:** Em 2018, um homem de 30 anos, previamente hígido, foi submetido em outro serviço a uma apendicectomia com incisão mediana infraumbilical. Cerca de 2 semanas depois, no pós-operatório, notou o aparecimento de uma massa periumbilical. Foi diagnosticado incorretamente com hérnia incisional, sendo regulado para o HFI para correção da hérnia.

Quando paciente ingressou no serviço de cirurgia do HFI a massa já tinha 20cm em sua maior extensão. Ele apresentava dispneia, plenitude pós-prandial e intensa dor abdominal exigindo uso de opióides. A TC revelou uma grande massa de parede abdominal anterior homogênea (tamanho calculado 20x10x8cm). Após discussão em nossa sessão cirúrgica, foi optado por tratar o paciente cirurgicamente.

O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica por meio de excisão fusiforme e recorte para reconstrução do umbigo. Primeiramente a massa foi delimitada cranialmente. Em seguida adentrarmos na cavidade abdominal, identificando se havia pedículos vasculares ou aderências peritoneais. Posteriormente a massa foi delimitada lateral e caudalmente e excisada em bloco.

Prosseguimos com o fechamento da parede abdominal fazendo separação de componentes com a variante do descolamento da lâmina anterior da bainha do músculo reto e incisão no recesso lateral. Em seguida uma tela 30x30cm foi fixada com sutura inabsorvível interrompida (Prolene 2/0) na fáscia. Realizou-se a mobilização caudal do retalho da pele abdominal e, a seguir, dermolipectomia do tegumento supérfluo. O neoumbigo foi posicionado a 10 cm da incisão suprapúbica. O subcutâneo foi drenado com um dreno de Blake 19.

No pós-operatório o paciente evoluiu bem e recebeu alta no 8º dia de pós-operatório. Não houve evidência de recorrência do tumor ou hérnia incisional aos 12 meses de seguimento. O exame histológico da peça confirmou o diagnóstico de tumor desmóide com margens livres de tumor.

**Discussão:** Muito mudou no tratamento do tumor desmóide nos últimos anos. Novas revisões bibliográficas e serviços defendem uma abordagem mais conservadora, indicando a cirurgia apenas quando os sintomas não conseguem ser manejados de forma clínica, devido a sua alta recorrência. Contudo pacientes sintomáticos com grandes massas ainda podem se beneficiar de ressecção em bloco. Para evitar recorrência foi demonstrado a importância de garantir margens livres, muitas vezes com cirurgias mais agressivas, levando a perda de aponeurose e dificuldade do fechamento da parede. Assim o uso de novas idéias cirúrgicas para reconstrução da parede e o uso de telas se faz necessário para oferecer o melhor tratamento cirúrgico a esses pacientes.

PO 3323

**HIGROMA CÍSTICO CERVICAL - RESOLUÇÃO DE FISTULA LINFÁTICA NO PÓS-OPERATÓRIO**

Lucas Koji Matsuzaki<sup>1</sup>; Nicolas Pivoto<sup>1</sup>; Bonifacio Katsunori Takegawa<sup>1</sup>; Osvaldo Butignol Junior<sup>2</sup>; Claudio Hayao Tokunaga<sup>2</sup>; Lara Silva Paixão<sup>1</sup>; Antonio Marcos Rodrigues<sup>1</sup>; Soria Maria Feres Maeda<sup>2</sup>.

1. UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL
2. FAMESP, BAURU - SP - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Higroma cístico é uma má formação linfática congênita benigna, com clínica variável pelo tamanho da lesão e região acometida, mais comum em região parotídea, mandibular e nugal. O tratamento clássico é cirúrgico, com risco de complicações e formação de fistula. Tratamentos escleroterápicos estão sendo realizados, com uso de bleomicina, doxiciclina e OK-432, por exemplo. Neste relato de caso, o agente utilizado foi o iodo-povidone (PVPI) 10%, com resolução completa da fistula linfática. O objetivo deste trabalho é apresentar uma terapêutica alternativa, eficaz e acessível, a fim de melhorar o prognóstico dos pacientes e reduzir as possíveis complicações da abordagem cirúrgica e de outros agentes escleroterápicos.

**RELATO DE CASO:** Lactente, 10 meses, masculino, com história de abaulamento cervical a esquerda desde o nascimento, com crescimento progressivo, associado a episódios de dispnéia ao acordar, sem comorbidades prévias. Ultrassom: formação expansiva sólido-cística multiloculada em região cervical a E (13x9x8 cm). Tomografia: lesão expansiva e infiltrativa predominantemente cística, com septações de permeio, dissecando espaços cervicais com compressão de estruturas adjacentes, invadindo mediastino superior (11x10 cm). Submetido a ressecção do higroma cístico. Diagnóstico de hipotireoidismo no 4º pós-operatório (PO). No 13º PO, recidiva de abaulamento cervical com compressão de via aérea e intubação orotraqueal, com necessidade de drenagem cervical. Após, realizado curativo a vácuo e mantido por 3 dias com saída de secreção linfática. No 22º PO, submetido a traqueostomia e no 53ºPO, realizado gastrostomia. Devido ao alto débito do dreno (>1L), optado por punção com Abocath 14 em fistula e injetado PVPI a 10% por 2 dias consecutivos, evoluindo com resolução do trajeto fistuloso. A alta hospitalar ocorreu com 59 dias de internação devido a complicações clínicas. No ambulatório, paciente com dieta via oral, sem recidiva de lesão cervical, com bom desenvolvimento neuropsicomotor. Anatomopatológico da peça: LINFANGIOMA CAVERNOSO (HIGROMA CÍSTICO).

**DISCUSSÃO:** O tratamento clássico dos casos de higroma cístico é a ressecção cirúrgica com ligadura dos ramos linfáticos, com risco de complicações como lesão de vasos e nervos adjacentes, formação de fistula, ressecção incompleta, recidiva e infecção. Outras terapias tem sido realizadas, como o uso de agentes esclerosantes. A bleomicina, o OK-432 (resultado da liofilização de cepas de *Streptococcus pyogenes*) e a doxiciclina apresentam bons resultados, porém algumas complicações como inflamação local, risco de fibrose pulmonar (bleomicina), dor, febre (OK-432), e celulite, cicatrizes, síndrome de Horner (doxiciclina), foram descritos. O PVPI a 10% é uma alternativa de agente esclerosante, de baixo custo, alta disponibilidade, poucos efeitos adversos, além de ser antisséptico. No entanto, ainda carece de estudos bem desenhados para avaliar os riscos e benefícios do PVPI como agente esclerosante.

PO 3325

**HEMATOMA INFECTADO EM TRAUMA ESPLÊNICO COM MANIFESTAÇÃO TARDIA: RELATO DE CASO**

Rômulo Amorim de Oliveira; Silvana Cespedes Gomes; Stefany Zapata Gutierrez; Fernanda Boarin Pace; Vitor Bergamaschi Fonseca; Cibelle Marion Bertolli.

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. RADAMÉS NARDINI, MAUÁ - SP - BRASIL*

**Introdução:** O baço é um dos órgãos intra-abdominais mais comumente lesionados. O diagnóstico e imediato controle da hemorragia são os principais objetivos iniciais já que o diagnóstico tardio de uma lesão esplênica contusa pode resultar em alta mortalidade. Pacientes hemodinamicamente estáveis, com lesões contundentes ou penetrantes de baixo grau (I a III), sem evidências de outras lesões intra-abdominais e sem extravasamento de contraste ou rubor pela tomografia computadorizada (TC), exame de escolha nestes casos, podem ser candidatos ao tratamento não operatório visando prevenir os riscos de complicações cirúrgicas e anestésicas bem como complicações infecciosas precoces e sepse pós-esplenectomia. Relato de caso: Paciente A.I.R., 66 anos, sexo masculino, residente no município de Mauá/SP, sem relato de comorbidades ou vícios, procurou o serviço de pronto-socorro no dia 20/01/2020 queixando-se de febre há um mês associada a um episódio de vômito, sem melhora mesmo após quatro visitas à unidades de pronto atendimento (UPAs). Sem outras queixas clínicas ao primeiro atendimento, relatou queda da própria altura que ocorrera quatro meses antes, ocasião na qual houve contusão em região abdominal. Apresentou exame de ultrassonografia (USG) abdominal total externa, datada de 14/01/2020, cujo laudo citava "baço com formação nodular heterogênea de contornos lobulados no terço médio/hilo, medindo 39 x 26 mm (lesão esplênica pós trauma)". Após realização da TC, paciente evoluiu com quadro de sepse de foco abdominal sendo, pois, conduzido ao Centro cirúrgico (CC). Ao inventário cirúrgico, foi identificado baço aumentado de volume e com aderências firmes à parede abdominal e diafragma. Enviada peça para anatomopatológico e coágulo de hematoma esplênico para cultura. A cultura do hematoma esplênico evidenciou *Escherichia coli* positivo para ESBL (betalactamase de espectro estendido). Apresentou boa evolução pós-operatória sendo liberada a alta hospitalar, com a devida imunização, para acompanhamento ambulatorial no dia 18/02/2020. O laudo anatomopatológico da peça indicou rotura esplênica com hemorragia intraparenquimatosa. **Discussão:** O caso supracitado revela os principais vieses ainda presentes nas condutas não operatórias dos traumas esplênicos que são a falta de diagnóstico preciso e de seguimento adequado. O paciente não recebeu o diagnóstico adequado no momento oportuno e apresentou-se ao serviço já em fase avançada de complicação tardia. A evolução favorável deveu-se à rápida indicação cirúrgica e à antibioticoterapia pertinente guiada, quando foi disponibilizado, pelo antibiograma.

PO 3333

**IMPORTÂNCIA DA LINHA DE SAPPEY EM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM MELANOMA MALIGNO, SUBMETIDOS À BIÓPSIA DE LINFONODO SENTINELA - RELATO DE CASO**

Bernardo Fontel Pompeu; Alessandro José Alves Lima; Margarida Maria Marques Feliciano Lopes.

*INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** A biópsia de linfonodo sentinela é uma importante ferramenta para estadiamento do melanoma maligno. Quando indicado, o status do linfonodal é o fator prognóstico mais importante. O linfonodo Sentinela pode ser realizado com associação de dois métodos. Pela injeção, intradérmica, do azul patente ou de um radiotraçador, nas margens da lesão ou ao redor da cicatriz de biópsia prévia. No caso do radiotraçador, feita pela equipe médica da medicina nuclear, momentos antes da cirurgia, obtém-se imagens cintilográficas ou tomográficas do sistema linfático. Durante a cirurgia, um detector portátil de radiação, chamado de GAMA PROBE, permite a detecção do linfonodo marcado. Infelizmente, no Brasil, algumas instituições dispõem, apenas, da técnica de aplicação do azul patente para detecção do linfonodo sentinela, sendo pertinente nesta situação o conhecimento anatômico das áreas de drenagem linfática da pele. Em algumas situações podemos ter drenagem linfática ambígua com cadeias linfonodais acometidas de formas distintas. No presente relato, apresentamos um caso de melanoma maligno com áreas de drenagem ambíguas, onde a linfocintilografia facilitou a localização do linfonodo sentinela.

**Relato de caso:** Paciente VR, 62 anos, branco, masculino, paulista, com lesão pigmentada, em parede abdominal, localizada em flanco esquerdo, que anteriormente havia sido submetido a cauterização, em outra instituição, e só posteriormente submetido a biópsia excisional. O resultado desta biópsia associado à imunohistoquímica, confirmou o diagnóstico de melanoma maligno, extensivo superficial, Breslow de 1.1 mm, Clark III, margem mais próxima da lesão de 1 mm. Ao exame paciente apresentava apenas cicatriz em flanco esquerdo de 5.0 cm, sem lesões residuais aparentes. As áreas de drenagem não apresentavam nódulos palpáveis. O paciente, em questão, foi submetido a ampliação de margens de melanoma de flanco esquerdo com biópsia de linfonodo sentinela axilar e inguinal esquerdo, sendo utilizado as técnicas de aplicação do azul patente associado a linfocintilografia, demonstrando a ambiguidade das cadeias linfonodais axilar esquerda e inguinal esquerda, para o melanoma correspondente. Paciente evoluiu satisfatoriamente recebendo alta no primeiro dia de pós-operatório.

**Discussão.** Classicamente, Sappey, definiu anatomia linfática para o tronco, ao injetar mercúrio em cadáveres, e demonstrou uma linha transversal imaginária, que vai da cicatriz umbilical até a segunda vertebra lombar, posteriormente. Lesões cutâneas acima dessa linha drenam para a axila ipsilateral. Lesões abaixo, drenam para os nódulos inguinais ipsilaterais. Subseqüentemente, outros autores, demonstraram, em publicações posteriores, áreas de drenagem ambígua existente até 2,5 cm de cada lado da linha média e da linha de Sappey

PO 3337

**PERFURAÇÃO ASSINTOMÁTICA DO ÂNGULO ESPLÊNICO DO CÓLON POR DISPOSITIVO INTRA-UTERINO: TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO POR PORTAL ÚNICO**

Cirenio de Almeida Barbosa<sup>1</sup>; Naiara Lamounier Ribeiro<sup>1</sup>; Deborah Campos Oliveira<sup>1</sup>; Ronald Soares dos Santos<sup>1</sup>; Andrea Zeringota de Castro Machado<sup>2</sup>; Igor Pimenta de Souza<sup>1</sup>; Bárbara Soraya de Medeiros Brito<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
2. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Introdução:** O dispositivo intra-uterino (DIU) consiste de um método contraceptivo reversível, com alta eficácia e considerado seguro. A sua inserção é feita por um procedimento simples, sem necessidade de internação. As complicações graves são raras, sendo as principais a expulsão e o mau posicionamento. A perfuração uterina ocorre em 1 a cada 1000 casos. O quadro clínico de uma paciente com perfuração é pouco específico, com dor e sangramento, que pode evoluir para instabilidade hemodinâmica, dor pélvica grave etc. Em alguns casos, os efeitos adversos podem ser assintomáticos ou leves. Portanto, mesmo que os riscos da inserção do DIU sejam baixos, o acompanhamento pós-procedimento para vigilância é útil para a avaliação de possíveis efeitos adversos. **Relato do Caso:** Mulher, 33 anos, assintomática, após tomografia computadorizada teve descoberta incidental de um DIU em cavidade abdominal, sem perfuração de víscera oca e bloqueada por órgãos adjacentes. O DIU foi introduzido dois meses antes do achado e 14 dias após parto tipo vaginal. A inserção do DIU foi sem complicações, exceto por pequeno sangramento após o procedimento. Duas semanas após, a paciente realizou ultrassonografia pélvica de controle, que não localizou o DIU. Foi indicada a exploração laparoscópica do abdome, com utilização de um trocar –portal único: um trocar de 10mm, na cicatriz umbilical, para a câmera, um trocar de 5mm, para a mão direita do cirurgião, e um de 5mm para a mão esquerda. Realizado pneumoperitôneo com 12mmHg de CO<sub>2</sub> através de técnica fechada trans-umbilical e instalado o trocar sem visão direta. Concretizado o inventário de cavidade, demonstrou-se útero e anexos íntegros e foi feita a dissecação do bloqueio inflamatório de alças do jejuno e ângulo esplênico do cólon junto ao baço; foi identificada a presença do DIU na cavidade abdominal, e o seu guia quase em sua totalidade inserido na parede ântero-superior do ângulo hepático do cólon, através de uma perfuração bloqueada de aproximadamente 3 mm. Diante da constatação, a paciente foi submetida ao procedimento para a retirada do DIU por trocar de 10mm e sutura do defeito provocado pelo guia em plano único com pontos separados de PDS 3.0. Em seguida, foi realizada a lavagem de cavidade com soro fisiológico e não foi utilizada drenagem. O procedimento durou 40 min. A paciente teve boa evolução pós-operatória, sem complicações, com início da dieta em 8h e alta em 24h. **Discussão:** A transmigração do DIU para a cavidade abdominal é incomum, mas pode levar a complicações graves, que são preferencialmente manejadas por videocirurgia. Neste caso, o dispositivo migrou para a região paraesplênica e foi bloqueado pelo estômago e ângulo esplênico do cólon, tratado por videolaparoscopia, após 2 meses "in situ". Vale ressaltar que apesar da colocação do DIU constituir uma forma segura e efetiva de contracepção, ela não está isenta de riscos, os quais devem ser discutidos com a paciente e acompanhados pelo médico.

**PO 3339**

**ABDOME AGUDO CIRÚRGICO POR TORSÃO DE MIOMA UTERINO SIMULANDO APENDICITE AGUDA**

Jorge Walker Vasquez Del Aguila<sup>1</sup>; Ana Cecília Alves Pinto<sup>1</sup>; Lycia Tobias de Lacerda<sup>2</sup>; Isabella Louise de Matos Ribeiro - Ribeiro<sup>3</sup>; Fernando Augusto de Vasconcellos Santos<sup>1</sup>.

1. *FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*
2. *ONCAD: ONCOLOGIA CIRÚRGICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*
3. *FACULDADE DE SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** O abdome agudo cirúrgico tem como sua principal etiologia em adultos, a apendicite. Além dela, outros diagnósticos diferenciais podem ser aventados, como a rara, torção de leiomioma uterino. Seus sintomas incluem menorragia, sangramento vaginal anormal, dismenorréia, dispáurenia e dor pélvica. O diagnóstico e tratamento devem ser feitos prontamente, a fim de evitar complicações, como a gangrena isquêmica ou a peritonite. Devido a raridade e a dificuldade diagnóstica pré-operatória, a torção de leiomioma uterino descrita neste caso, tem o objetivo relatar este acontecimento inabitual e discutir os mais adequados métodos diagnósticos para a abordagem deste quadro, tendo como escopo, a escolha da melhor conduta para este quadro.

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 33 anos, foi admitida com quadro de dor abdominal com 3 dias de evolução, localizada inicialmente em mesogástrico, com posterior migração para fossa ilíaca direita, associada a náuseas, vômitos e hiporexia. Relatava piora progressiva, sem alívio com analgésicos comuns. Não havia alterações do hábito intestinal ou queixas urinárias. A paciente negava comorbidades, exceto pelo diagnóstico prévio de mioma uterino, em acompanhamento ginecológico. Fazia uso de contraceptivo injetável. No exame, encontrava-se em bom estado geral, sem sinais de sepse, com abdome doloroso à palpação profunda em hipogástrico e FID, sem sinais de irritação peritoneal. Exames mostraram leucocitose sem desvio. Realizada tomografia computadorizada de abdome não contrastada, que evidenciou imagem serpiginosa em FID com calibre de 8,4mm, com mínimo borramento da gordura adjacente. O útero apresentava forma globosa e contornos lobulados, sugerindo miomatose. Sob a hipótese diagnóstica de apendicite aguda, a paciente foi submetida a laparoscopia. No intraoperatório, foi identificado mioma uterino com 8cm de diâmetro e torção de pedículo, com sinais de isquemia. O apêndice cecal não mostrava alterações. Optou-se pela realização de miomectomia laparoscópica e apendicectomia profilática. A paciente recebeu alta no 1o dia pós-operatório, sem intercorrências. Exame anatomopatológico confirmou leiomioma com foco de degeneração hialina; apêndice cecal sem atividade inflamatória.

**Discussão:** Embora pouco frequente, a torção de pedículo de leiomioma deve ser considerada como possível diagnóstico diferencial em mulheres adultas com abdome agudo. A topografia e sintomatologia semelhantes, como dor em fossa ilíaca direita progressiva, difusa, associada a hiporexia, náuseas e vômitos; podem representar um desafio diagnóstico para a equipe médica. A avaliação clínica detalhada e propedêutica adequada, assim como a abordagem precoce são determinantes para minimizar riscos e prevenir complicações. A realização de exame de imagem contrastado pode ser útil para o diagnóstico diferencial nesse tipo de situação. No entanto, o tratamento por via laparoscópica constitui o padrão ouro na atualidade.

**PO 3340**

**COMBINAÇÃO DE GASTROPLICATURA E FUNDOPLICATURA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAU 1 E REFLUXO GASTROESOFÁGICO: RELATO DE CASO**

Gleyson Duarte Nogueira Filho<sup>1</sup>; Fernanda Cecília Gonçalves Marques<sup>1</sup>; Roane Gabelini Caixeta Vieira<sup>1</sup>; Maria Alini Oliveira Barros<sup>1</sup>; Isabella Oliveira Brito Noletto<sup>1</sup>; Natália Santana Aguiar<sup>1</sup>; Francine de Mattias Sivieri<sup>2</sup>; Thiago Sivieri<sup>2</sup>.

1. *FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL*
2. *CLÍNICA SIVIERI, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL*

**Introdução:** A obesidade é uma doença crônica multifatorial, caracterizada pelo excesso de gordura corporal e associada a prejuízos sistêmicos. Essa patologia é classificada de acordo com o índice de massa corporal (IMC) em grau I (30 - 34,9 kg/m<sup>2</sup>), grau II (35 - 39,9kg/m<sup>2</sup>) e grau III (superior a 40kg/m<sup>2</sup>). Dentre os distúrbios associados, destacam-se: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Objetivando melhorar a qualidade de vida e a saúde física dos pacientes, tratamentos como a plicatura gástrica e a funduplicatura têm se mostrado promissores naqueles com obesidade e DRGE associados.

**Relato de caso:** R.A.M.S, feminino, 36 anos, com obesidade desde a infância, procurou atendimento médico com IMC 31,2 (obesidade grau I) queixando-se de pirose e queimação retroesternal. Relatou tentativa de tratamentos clínicos (mudança dos hábitos de vida associados à medicação, inclusive ao análogo de GLP-1) para emagrecimento, mas sem sucesso. Foi solicitado endoscopia digestiva alta que evidenciou hérnia hiatal e esofagite grau A (classificação de Los Angeles). O cirurgião responsável indicou funduplicatura e plicatura gástrica. No dia da cirurgia a paciente pesava 89 kg e, após um ano, atingiu o peso mínimo de 71kg. Além do emagrecimento, evoluiu com ausência de sintomas da DRGE, mesmo sem uso de medicamentos.

**Discussão:** Pacientes obesos tendem a apresentar maior pressão intra-abdominal com conseqüente elevação do gradiente de pressão gastroesofágica. Esse fato aumenta o risco de exposição da mucosa esofágica ao suco gástrico e desenvolvimento de hérnia de hiato, resultando na DRGE. A funduplicatura tipo Nissen é o tratamento cirúrgico padrão para essa condição, e objetiva manter a junção gastroesofágica em posição intra-abdominal, além de reestabelecer a função da cárdia. Já a gastroplicatura, método usado na abordagem cirúrgica de obesos grau I, reduz o espaço intragástrico por meio de invaginação da parede da grande curvatura. A utilização da técnica de funduplicatura isolada em obesos aumenta a chance de recidiva da hérnia hiatal e da DRGE. Contudo, quando associadas, tais técnicas cirúrgicas apresentam resultado promissor na melhora da qualidade de vida e no estado de saúde do paciente, já que reduz o volume gástrico e, assim, trata o refluxo e auxilia na perda de peso.

PO 3341

**TUMOR EPITELIAL MALIGNO DE OVÁRIOS - RELATO DE CASO**

Thiago Oliveira Freitas Becker<sup>1</sup>; Débora Costa Kind<sup>2</sup>.

1. UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL
2. UNEMAT, CÁCERES - MT - BRASIL

**Introdução:** Apesar do câncer de ovário não ser a neoplasia mais prevalente em mulheres, ele é o de maior letalidade dentre os cânceres ginecológicos. Cerca de 90% das doenças malignas do ovário são derivadas da linhagem de células epiteliais, enquanto o restante é de células germinativas. Dentre os epiteliais, o subtipo mais comum é o seroso, podendo ser bilaterais em até 25% dos casos. É mais frequente em idades avançadas e os fatores de risco são uso de anticoncepcionais, infertilidade, história familiar, obesidade e mutações genéticas. Dados do INCA indicam que em 2018 ocorreram 3.984 óbitos e que a estimativa de casos novos, em 2020, é de 6.650 casos.

**Relato de caso:** Mulher, 40 anos, obesa, encaminhada ao serviço devido parada de eliminação de flatos e fezes há 5 dias, associada a dor abdominal difusa, náuseas, hiporexia e perda ponderal. Ao exame físico, abdome globoso, distendido, ruídos diminuídos, dor à palpação em hipogástrico, com massa endurecida palpável, sem peritonite. Sinal do piparote positivo. Toque retal sem fezes na ampola. Marcadores CEA, CA 19.9, CA-125 normais. Radiografia de abdome agudo, sem pneumoperitônio. Tomografia computadorizada de abdome, com massa anexial de dimensões aumentadas, conteúdo heterogêneo, com volume estimado de 1695 cm<sup>3</sup>, medindo 14,3x15x15,2 cm, além de ascite volumosa, espessamento do peritônio na região do meso ("omental cake"), sugestivos de neoplasia anexial bilateral. Encaminhada ao centro cirúrgico, realizada laparotomia exploradora. Evidenciado grande quantidade de líquido livre em cavidade abdominal, identificada massa tumoral em ovários. Realizada ooforectomia bilateral, histerectomia total, apendicectomia, omentectomia, e linfadenectomia. O material foi enviado para biópsia. Anatomopatológico confirmou carcinoma seroso papilar ovariano comprometendo útero, apêndice vermiforme e omento, sendo estadiado em pT3c – FIGO IIIC, com metástases peritoneais além da pelve com mais de 2 cm. Após 7 dias de internação, paciente teve boa evolução, tendo alta médica e encaminhada para serviço de oncoclínica.

**Discussão:** A neoplasia epitelial de ovário é uma entidade rara e de alta morbimortalidade. O diagnóstico é dificultado já que o tumor resulta da transformação maligna do epitélio ovariano contíguo ao epitélio peritoneal. Marcadores tumorais podem ser solicitados, sendo mais usado o CA-125. Laparoscopia é válida para diagnóstico. Os exames de imagem são úteis para avaliar extensão do tumor. O estadiamento é cirúrgico e requer avaliação da cavidade abdominal e do peritônio. As classificações mais usadas são da FIGO e da AJCC. Dependendo do estágio da doença, o tratamento pode ser curativo ou paliativo. Nos estádios iniciais, como I e II, cirurgia isolada é suficiente. Porém, a maioria das mulheres são diagnosticadas em estágio avançado, como IIIC ou IV. Nesses casos, o tratamento padrão é cirurgia citorrredutora primária seguida de quimioterapia. São ressecadas todas as lesões visíveis ou de no máximo 1 cm.

PO 3343

**CARCINOMA BASOCELULAR METASTÁTICO RECIDIVADO: RELATO DE CASO**

Waleska Giarola Magalhães; Ludmila Cristiane Carvalho Baeta; Marcelo Vieira Gissoni de Carvalho; Mário Gissoni de Carvalho.

*INSTITUTO MÁRIO PENNA / HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** O carcinoma basocelular (CBC) é uma neoplasia maligna de células não-queratinizantes morfológicamente semelhante às células basais da epiderme, de crescimento lento e efeito invasivo local. No Brasil, são esperados cerca de 177 mil novos casos de câncer não melanoma em 2020; somente em 2017 ocorreram 2250 óbitos relacionados. A incidência é de 70% em face e 15% em tronco, principalmente nas pessoas de pele clara acima dos 40 anos. Os fatores de risco são múltiplos, influenciados por componentes ambientais e genéticos - o principal é a exposição solar prolongada; outros incluem história familiar, exposição crônica à câmara de bronzeamento artificial e ao arsênio, radio e fototerapia, Síndrome do Nevo Basocelular e imunossupressão crônica. Metástases são raras e o risco aumenta com o avançar da idade, múltiplas ressecções cirúrgicas, tratamento anterior com radiação, lesões maiores que 5cm, duração da doença superior a 5 anos, subtipo histológico e alto grau de angiogênese tumoral. O tempo de sobrevida para pacientes com doença metastática é menor que 1 ano.

**Relato de caso:** WJV, 61 anos, leucodérmico, com lesão axilar havia 2 anos. Foi submetido à exérese de lesão com esvaziamento axilar no ano de 2018, cujo anatomopatológico (AP) e imunohistoquímica revelaram CBC infiltrativo com invasão perineural e angiolinfática, além de metástase em 13 de 14 linfonodos. Encaminhado ao Hospital Luxemburgo, realizou radioterapia e evoluiu com recidiva local. Foi submetido a nova ressecção em que foi vista lesão aderida a vasos axilares. O AP mostrou CBC adenóide infiltrativo, multicêntrico, acometendo tecidos fibroadiposos e muscular esquelético, com margens comprometidas. O caso possui vários fatores para gravidade em doença metastática. No momento estão sendo avaliadas novas terapias adjuvantes junto à oncologia; diante do resultado, será cogitada nova abordagem cirúrgica.

**Discussão:** O risco de metástases para o CBC é estimado em 0,05 a 1% dos casos e pode envolver linfonodos, pulmões, ossos, pele e fígado. Para identificar o grau de invasão, são necessárias tomografia computadorizada e ressonância magnética. A cirurgia é o tratamento mais indicado e pode ser complementada com quimio e radioterapia. Além das modalidades cirúrgicas, a terapia fotodinâmica com medicação fotossensível tem se mostrado efetiva para lesões pré-malignas e CBC superficial, assim como a criocirurgia e a imunoterapia. A terapia sistêmica geralmente é utilizada para pacientes com doença à distância e quando a cirurgia ou radioterapia forem insuficientes para a sua erradicação. Inibidores das proteínas da via Hedgehog (Vismodegib e Sonidegib) são a primeira linha de tratamento. O antifúngico Itraconazol também inibe essa via, sendo uma alternativa, porém carecem dados na literatura sobre seu uso. Quimioterapia com platina mostrou resultados eficientes em parte dos pacientes testados, mas faltam estudos aprofundados devido à rara ocorrência de CBC metastático.

PO 3349

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MACIÇA POR FÍSTULA ESPLENO-GÁSTRICA SECUNDARIA A LINFOMA ESPLÊNICO**

Jorge Walker Vasquez Del Aguila<sup>1</sup>; Ana Cecília Alves Pinto<sup>1</sup>; Lycia Tobias de Lacerda<sup>2</sup>; Isabella Louise de Matos Ribeiro - Ribeiro<sup>3</sup>; Fernando Augusto de Vasconcellos Santos<sup>1</sup>.

1. *FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*
2. *ONCAD: ONCOLOGIA CIRÚRGICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*
3. *FACULDADE DE SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** A fístula esplenogástrica é uma entidade rara, com apenas 27 casos descritos na literatura. A principal etiologia são os linfomas não Hodgkin. As manifestações podem ser espontâneas ou após quimioterapia, e geralmente são inespecíficas, incluindo dor abdominal e piora do estado geral. A hemorragia digestiva e abscesso esplênico são formas de apresentação menos frequentes. O tratamento de escolha é cirúrgico, sendo indicada quimioterapia posteriormente. Documentamos esta rara entidade e discutimos a melhor abordagem para o caso descrito.

**Relato do Caso:** Paciente feminina, 63 anos, foi admitida com hiporexia, astenia, percepção de massa abdominal, emagrecimento e melena, com dois meses de evolução. Apresentava história de etilismo e tabagismo. No exame físico, notou-se volumosa massa palpável em epigástrico, hipocôndrio e flanco esquerdos.

Realizado ultrassom abdominal, que mostrou massa expansiva heterogênea multinodular, de limites mal definidos, com crescimento exofítico, em região epigástrica e hipocôndrio esquerdo, além de hepatoesplenomegalia. A tomografia de abdome mostrou fígado multinodular sugestivo de hepatopatia crônica, linfonodomegalia mesentérica e retroperitoneal, e baço heterogêneo, de tamanho aumentado e contorno irregular.

A paciente evoluiu com hematêmese maciça e instabilidade hemodinâmica, foi transferida à Unidade de Terapia Intensiva. Endoscopia digestiva alta mostrou sangramento gástrico volumoso, proveniente de grande lesão endurecida e ulcerada na grande curvatura, sugestiva de infiltração neoplásica extrínseca. Devido à impossibilidade de abordagem endoscópica, optou-se por cirurgia de emergência.

À laparotomia exploradora, identificado volumoso tumor esplênico invadindo a grande curvatura gástrica, além de múltiplas linfadenomegalias peripancreáticas, retroperitoneais e em pedículo hepático. Devido a instabilidade hemodinâmica, discrasia sanguínea e necessidade de hemotransfusão maciça; realizada cirurgia de controle de danos, a saber: gastrectomia vertical, pancreatectomia caudal e esplenectomia em monobloco, tamponamento retroperitoneal e laparostomia.

Laparorrafia realizada no 2o dia pós-operatório. A paciente apresentou melhora clínica progressiva, recebendo alta em duas semanas. O exame anatomopatológico mostrou linfoma linfocítico de pequenas células, com acometimento esplênico e fístula para a grande curvatura gástrica.

**Discussão:** As fístulas esplenogástricas são afecções extremamente raras. Há apenas um caso descrito de hemorragia maciça como primeira manifestação dessa condição. Discutimos o caso de um linfoma que acarretou em necrose esplênica e infiltração do tumor na serosa gástrica, dando origem a fístula. A Tomografia computadorizada e o tratamento que inclui a ressecção da fístula para prevenção do influxo de conteúdo gástrico para vasos esplênicos, evitam a hematêmese, que significariam um grande risco de vida ao paciente.

PO 3350

**ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO POR FEBRE DE KATAYAMA - UM RELATO DE CASO**

Maria Clara Borges Murta<sup>1</sup>; Jorge Walker Vasquez Del Aguila<sup>1</sup>; Ana Cecília Alves Pinto<sup>1</sup>; Lycia Tobias de Lacerda<sup>2</sup>.

1. *FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*
2. *ONCAD-ONCOLOGIA CIRÚRGICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** A esquistossomose mansônica é uma doença parasitária endêmica no Brasil, associada à precárias condições sócio-econômicas. A doença é subdividida em fase aguda, caracterizada pela dermatite cercariana e pela esquistossomose aguda (febre de Katayama); e fase crônica. A fase aguda é caracterizada por febre, anorexia, dor abdominal, sintomas concordantes com um diagnóstico de apendicite aguda. Relatamos um caso cuja a apresentação de abdome agudo corresponde a uma manifestação rara e pouco descrita na literatura.

**Relato de caso:** L.S.S, sexo feminino, 22 anos, admitida no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro com dor abdominal em fossa ilíaca direita por 1 semana, associada à leucocitose e aumento de PCR. Ao exame físico, sinal de blumberg positivo. USG abdominal com aumento do apêndice cecal. Submetida à laparoscopia, que constatou vários implantes miliares na cápsula de Glisson hepática, intestino delgado e ceco, além de discreto espessamento do apêndice, sem sinais de apendicite aguda. Optado por realização de apendicectomia e biópsia hepática. TC de abdome demonstrou linfonodomegalia mesentérica e múltiplos nódulos pulmonares, aventando-se, então, a hipótese de tuberculose miliar, aliado aos achados cirúrgicos. Apresentava eosinofilia e dois testes BAAR negativos. A biópsia hepática evidenciou hepatite crônica granulomatosa, além da presença de verme adulto Shistosoma, definindo o diagnóstico de Esquistossomose. A paciente iniciou tratamento com Praziquantel e continuou acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A apresentação do quadro como abdome agudo cirúrgico é relatado em apenas 10% dos casos, justificando o desafio diagnóstico. Podem surgir também vômitos, náuseas e diarreia, o que aumenta significativamente a quantidade de diagnósticos diferenciais. Ao exame físico, pode ser encontrada hepatoesplenomegalia, além de eosinofilia laboratorialmente. É necessária a deposição de ovos pelo verme no fígado e outros órgãos para gerar uma intensa resposta inflamatória granulomatosa, o que faz com que a intensidade do acometimento seja variável. Deve-se considerar a tuberculose miliar como diagnóstico diferencial, hipótese inicialmente levantada, em virtude dos múltiplos nódulos pulmonares encontrados bilateralmente. O diagnóstico, além da história epidemiológica, necessita de exames como parasitológico de fezes, sorológicos e leucograma. Para complementação diagnóstica podem ser realizadas biópsias retal ou hepática, sendo esta a necessária para a confirmação no relato de caso.

PO 3351

**ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO POR FEBRE DE KATAYAMA - UM RELATO DE CASO**

Maria Clara Borges Murta<sup>1</sup>; Jorge Walker Vasquez Del Aguila<sup>1</sup>; Ana Cecília Alves Pinto<sup>1</sup>; Lycia Tobias de Lacerda<sup>2</sup>.

1. *FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

2. *ONCAD-ONCOLOGIA CIRÚRGICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** A esquistossomose mansônica é uma doença parasitária endêmica no Brasil, associada à precárias condições sócio-econômicas. A doença é subdividida em fase aguda, caracterizada pela dermatite cercariana e pela esquistossomose aguda (febre de Katayama); e fase crônica. A fase aguda é caracterizada por febre, anorexia, dor abdominal, sintomas concordantes com um diagnóstico de apendicite aguda. Relatamos um caso cuja a apresentação de abdome agudo corresponde a uma manifestação rara e pouco descrita na literatura.

**Relato de caso:** L.S.S, sexo feminino, 22 anos, admitida no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro com dor abdominal em fossa ilíaca direita por 1 semana, associada à leucocitose e aumento de PCR. Ao exame físico, sinal de blumberg positivo. USG abdominal com aumento do apêndice cecal. Submetida à laparoscopia, que constatou vários implantes miliares na cápsula de Glisson hepática, intestino delgado e ceco, além de discreto espessamento do apêndice, sem sinais de apendicite aguda. Optado por realização de apendicectomia e biópsia hepática. TC de abdome demonstrou linfonodomegalia mesentérica e múltiplos nódulos pulmonares, aventando-se, então, a hipótese de tuberculose miliar, aliado aos achados cirúrgicos. Apresentava eosinofilia e dois testes BAAR negativos. A biópsia hepática evidenciou hepatite crônica granulomatosa, além da presença de verme adulto *Shistosoma*, definindo o diagnóstico de Esquistossomose. A paciente iniciou tratamento com Praziquantel e continuou acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A apresentação do quadro como abdome agudo cirúrgico é relatado em apenas 10% dos casos, justificando o desafio diagnóstico. Podem surgir também vômitos, náuseas e diarreia, o que aumenta significativamente a quantidade de diagnósticos diferenciais. Ao exame físico, pode ser encontrada hepatoesplenomegalia, além de eosinofilia laboratorialmente. É necessária a deposição de ovos pelo verme no fígado e outros órgãos para gerar uma intensa resposta inflamatória granulomatosa, o que faz com que a intensidade do acometimento seja variável. Deve-se considerar a tuberculose miliar como diagnóstico diferencial, hipótese inicialmente levantada, em virtude dos múltiplos nódulos pulmonares encontrados bilateralmente. O diagnóstico, além da história epidemiológica, necessita de exames como parasitológico de fezes, sorológicos e leucograma. Para complementação diagnóstica podem ser realizadas biópsias retal ou hepática, sendo esta a necessária para a confirmação no relato de caso.

PO 3352

**INTERVENÇÃO CIRÚRGICA MEDIANTE ESOFAGECTOMIA EM UM PACIENTE COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ESÔFAGO POUCO DIFERENCIADO: RELATO DE CASO**

Vivian Liz de Medeiros Vieira; Eduardo Beltrame Martini; Yasmin Podlasinski da Silva; Luciane Marina Léa Zini Peres; Antônio Carlos Weston.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL*

**Introdução:** O câncer de esôfago está entre as dez neoplasias malignas mais incidentes no Brasil, manifestando-se em dois tipos histológicos principais, o carcinoma epidermóide e o adenocarcinoma. O carcinoma epidermóide é derivado do epitélio estratificado não queratinizado (células escamosas), sendo o mais frequente dos dois tipos, tendo, como os principais fatores de risco, o etilismo e o tabagismo. A esofagectomia com linfadenectomia regional é a estratégia cirúrgica curativa proposta na maioria das vezes. **Relato de caso:** Paciente, masculino, 70 anos, foi admitido assintomático, sem perda ponderal, em uso de sonda nasoentérica, para a realização de esofagectomia, por carcinoma epidermóide (CEC) de esôfago. Possui histórico de disfagia progressiva, hipertensão, artrose, dispepsia, apendicectomia complicada em 2001. A endoscopia digestiva alta, do dia 05/07/2019, apresentou o diagnóstico de CEC pouco diferenciado; tomografia de tórax, do dia 09/07/2019, revelou espessamento do esôfago médio, compatível com a neoplasia primária, sem linfonodomegalia; tomografia de abdome sem implantes. No dia 22/08/2019, realizou esofagectomia transhiatal, com a confecção de tubo gástrico. No transoperatório, apresentou episódio transitório de hipotensão, sem maior repercussão e com resolução medicamentosa. Foi admitido, no pós-operatório, na unidade de tratamento intensivo (UTI). A confirmação do anatomopatológico apresentou diagnóstico de CEC pouco diferenciado, comprometendo toda a espessura da parede do esôfago, com infiltração da adventícia. Tumor sem invasão da cárdia, com linfonodos periesofágicos e da caridade livres de neoplasia. O raio-x contrastado de esôfago, estômago e duodeno, no dia 24/08/2019, para avaliação da fístula cervical pós-esofagectomia, da anastomose esofagogástrica, não apresentou extravasamento do conteúdo contrastado. **Conclusão:** O CEC é uma das neoplasias mais prevalentes, diretamente relacionada com os hábitos de vida. Frente a essas questões, a grande importância do reconhecimento e diagnóstico precoce, a fim de aumentar a sobrevida e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente. O presente relato de caso, dessa forma, auxilia a nortear o conhecimento médico e esclarecer a clínica, diagnóstico e possibilidade de tratamento.

PO 3353

**MELANOMA ACRAL LENTIGINOSO AVANÇADO DE ZONA INTERDIGITAL: É POSSÍVEL TRATAMENTO ADEQUADO SEM INDICAR AMPUTAÇÃO? – RELATO DE CASO**

Bruna Stevanato Higuchi; José Marques Neto Segundo; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O melanoma acral lentiginoso é um subtipo raro que ocorre em mão, pés e região sub-ungueal. Apesar do aumento do diagnóstico de melanoma maligno em fases mais precoces, o melanoma acral continua sendo detectado em fases tardias, o que faz este subtipo ter um pior prognóstico em relação aos outros. Lesões que acometem região sub-ungueal, ao longo da pele dos dedos e região interdital, em geral cursam com amputação dos dedos envolvidos. O caso a seguir tem sua relevância pois demonstramos uma cirurgia para tratamento do melanoma onde foi possível a ressecção com margens adequadas seguida de reconstrução com manutenção da integridade anatômica e funcional do membro.

**RELATO DE CASO:** Paciente L.D.C., mulher, 41 anos de idade, branca, com diagnóstico de melanoma região acral direito interdital, entre 3º e 4º quirodáctilos. Encaminhada ao serviço de Cirurgia Geral do Hospital Heliópolis com laudo anatomopatológico de melanoma invasivo nodular medindo 0,7x 0,6 cm, localizado em derme papilar e derme reticular com extensão focal para a porção superficial de hipoderme, presença de infiltração perineural, ausência de infiltração linfovascular e necrose, margens periféricas e margem profunda comprometidas por neoplasia. Após a revisão de lâmina foi determinado índice de Breslow de 6 mm. No exame físico paciente apresentava cicatriz de 1.5 cm em região interdital entre 3º e 4º quirodáctilos. Ausência de linfonodomegalia axilar. Solicitado Exames de estadiamento que não identificaram sinais de metástases à distância. Foi optado pela equipe da cirurgia geral e da cirurgia plástica, a ampliação de margens de melanoma com biópsia do linfonodo sentinela axilar e tentativa de preservação do 3º e 4º quirodáctilos, com reconstrução no mesmo ato. A paciente foi submetida a reconstrução com retalho cross-finger e retalho em bandeira. O exame anatomopatológico demonstrou ausência de neoplasia residual, margens cirúrgicas de 2,0 cm e linfonodo sentinela negativo, configurando estágio patológico IIb. Após 6 meses, com cicatrização completa e bom aspecto do retalho, em vigência de fisioterapia, mantendo funcionalidade da mão direita.

**DISCUSSÃO:** O diagnóstico e o tratamento do melanoma acral é um desafio para os profissionais que trabalham em oncologia. Essas neoplasias apresentam pior prognóstico pois, em geral, são diagnosticadas em estágios mais avançados. Nessas situações, as lesões digitais, interdital e sub-ungueais, frequentemente são tratados com amputação. Já os melanomas in situ, principalmente, os sub-ungueais são aqueles que podem ser manejados mais conservadoramente. Apesar do caso relatado configurar um melanoma espesso interdital, onde poderia ser cogitado uma amputação em raio, a tentativa de manutenção dos dedos, obedecendo preceitos oncológicos de ressecabilidade, foi uma opção acertada e factível. Para isso é fundamental discussão com equipe multidisciplinar.

PO 3356

**GIST DE CÁRDIA - RELATO DE CASO**

José Marques Neto Segundo; Bruna Stevanato Higuchi; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST), embora represente menos de 5% das neoplasias digestivas, é o sarcoma mais frequente do trato gastrointestinal, relacionados as mutações dos receptores tirosina-quinase. Os locais mais prevalentes dessas neoplasias são estômago e intestino delgado, correspondendo a 60% e 30 % respectivamente. Menos de 1% dos casos ocorrem ao nível do esôfago. No presente relato descrevemos o tratamento cirúrgico de um paciente com GIST nas proximidades da cárdia e as possíveis dificuldades do procedimento devido ao risco de estenose nesta localização.

**Relato de Caso:** S.M.I, 62 ANOS, mulher, branca, hipertensa, portadora de hepatite C, realizou endoscopia digestiva alta de rotina que evidenciou lesão elevada em cárdia, recoberta por mucosa regular, medindo cerca de 25 mm, sugestiva de lesão subepitelial. Biópsia confirmou diagnóstico de GIST (imuno-histoquímica CD34+, CD117+). Na tomografia de abdome, formação expansiva parietal na pequena curvatura do estômago, próximo à cárdia, de 4,2 x 3,5cm nos maiores eixos axiais, sem evidências de linfonodomegalias. Demais exames de estadiamento sem alterações. Submetido laparotomia exploradora com presença de tumor nas proximidades da cárdia com crescimento exofítico, medindo 5 cm. No ato operatório foi optado por passar uma sonda de Foucher 32 french, permitindo boa delimitação esofágica e da cárdia, sendo realizado gastrectomia em cunha de forma segura. A paciente apresentou boa recuperação, realimentada no segundo dia e recebeu alta no quarto dia de pós-operatório. O anatomopatológico demonstrou lesão de 5,5 x 3 x 3 cm, neoplasia mesenquimal subtipo epitelióide, com extensão da mucosa ao tecido adiposo, ausência de invasão vascular, angiolinfática, margem cirúrgicas livre. Imuno-histoquímica vimentina+, CD117(c-kit) +, CD34+.

Paciente mantém acompanhamento com a oncologia clínica sendo indicado tratamento com imatinibe adjuvante.

**Discussão:** O tratamento cirúrgico do GIST pode ser feito através de cirurgia convencional aberta, ou, preferencialmente, por via laparoscópica. A cárdia e o piloro são considerados, pela localização, um fator limitante para ressecções de GIST. A endoscopia no ato operatório é um fator que pode agregar, neste cenário, ajudando na ressecção das lesões de forma adequada. Infelizmente nem todos os hospitais públicos têm acesso a estes recursos e neste sentido a cirurgia convencional associado à algumas táticas intraoperatórias, como uma simples passagem de sonda esofágica de grosso calibre, pode ajudar na abordagem cirúrgica dessas lesões

PO 3362

**PNEUMOPERITÔNIO PRÉ-OPERATÓRIO NO PREPARO DE PACIENTE COM HÉRNIA INCISIONAL COMPLEXA E PERDA DE DOMICÍLIO**

Emili Victoria Ferreira Oliveira; Marcio Barroso Cavaliere; Claudia Sofia Pereira Gonçalves.

*HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Reparo de hérnia incisional complexa, do planejamento pré-operatório com Tomografia Computadorizada (TC), preparo com pneumoperitônio (PP) e tela intraperitoneal como técnica operatória.

**RELATO DO CASO:** Paciente, 61 anos, masculino, submetido à Laparotomia xifopubiana por trauma em 2013. Evoluiu com hérnia incisional no primeiro ano após a cirurgia, procurou o serviço em 2019. Realizamos TC de abdome em pacientes portadores de hérnia complexa. Neste caso, observamos proximidade de superfície óssea, defeito maior que 10 cm lateralmente e perda de domicílio (consideramos volume abdominal superior a 25% da cavidade abdominal). Admitido 14 dias antes da cirurgia para realização do PP. (Figura 1b). PP realizado em centro cirúrgico sob anestesia local e sedação. Utilizamos a colocação de cateter tipo Seldinger sob visão direta da cavidade, no ponto de Palmer. Nosso protocolo é de utilizar ar ambiente, insuflando 2000 ml no primeiro dia e diariamente 800 a 1000 ml, menos quando houver queixa de dor, por 10 a 14 dias antes da cirurgia, em paciente internado na enfermaria. Neste caso, após 10 dias o paciente foi encaminhado à cirurgia. No período pré-operatório usamos de heparina de baixo peso molecular e fisioterapia respiratória. A cirurgia foi realizada sem intercorrências, observamos menos aderências intra-abdominais, possivelmente pelo PP. Realizamos a correção com tela intra-peritoneal protegida, fixada com pontos transfaciais e dupla fixação intraperitoneal com pontos no peritônio, sendo conseguido o fechamento da linha média, com fio de polipropileno 0. O paciente evoluiu sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar no 7º dia de pós-operatório. Dreno hemovac foi mantido por 5 dias e paciente orientado ao uso de cinta abdominal por 90 dias. (figura 3)

**DISCUSSÃO:** O reconhecimento de uma hérnia complexa é fundamental para minimizar complicações pós-operatórias e planejar adequadamente a cirurgia. A realização de TC é imprescindível para uma avaliação mais completa. Acreditamos que o tratamento deva ser individualizado considerando fatores inerentes ao paciente, seja a sua condição clínica ou da hérnia, recursos disponíveis e treinamento da equipe. Destacamos defeito maior que 10 cm transversalmente, perda de domicílio, obesidade, tabagismo, fistulas, diabetes descontrolada e proximidade de superfície óssea (N. J. Slater, 2014)

Com a TC, utilizamos a equação descrita por EY Tanaka, VR (relação de volume):  $\frac{1}{4}$  HSV / ACV para calcular o volume do saco herniário (HSV) e o volume da cavidade abdominal (ACV) a fim de avaliar a necessidade de PP. Realizamos PP apenas se a relação de volume HSV / ACV for >25% (VR C 25%). A TC também é utilizada para avaliar a resposta ao PP, como o alongamento muscular da parede abdominal e redução do conteúdo herniário.

O trabalho ilustra um caso bem sucedido do preparo pré-operatório com PP, adotando o protocolo de Goni e Moreno, além dos cuidados do período perioperatório.

PO 3367

**CIRURGIA FETAL INTRAUTERINA PARA CORREÇÃO DE MIELOMENINGOCELE: RELATO DE CASO**

Enzo Studart de Lucena Feitosa<sup>1</sup>; Francisco Edson de Lucena Feitosa<sup>2</sup>; Antonio Aldo Melo Filho<sup>1</sup>; Carlos Eduardo Barros Jucá<sup>1</sup>; Denise Ellen Francelino Cordeiro<sup>3</sup>; Francisco Herlânio Costa Carvalho<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL
3. CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL

**Introdução:** A meningocele (MM) é o defeito de fechamento do tubo neural mais comum. Esta anomalia está associada a significativas sequelas: deficiências motoras, deformidades esqueléticas, incontinência intestinal e vesical, deficiências sensitivas e disfunção sexual. Além de outras complicações decorrentes da hidrocefalia e da necessidade de derivação ventrículo-peritoneal (DVP). Por muito tempo o tratamento padrão da MM foi a correção cirúrgica neonatal, entretanto, mesmo após o tratamento cirúrgico, esses bebês apresentavam uma elevada morbimortalidade. Nos últimos anos, a correção cirúrgica intra-útero tem sido recomendada como primeira escolha com o intuito de reduzir as alterações motoras dos membros e a necessidade de DVP. Relato de caso: Paciente, 34 anos, secundigesta, realizou ultrassonografia morfológica com 22 semanas de idade gestacional que evidenciou defeito de fechamento da coluna vertebral com nível anatômico superior da lesão em L2, medindo 32x22x22 mm. Associado a isso evidenciado também ventriculomegalia, herniação do cerebelo pelo forame magno e pé torto unilateral. Realizado ressonância magnética fetal que confirmou os achados ultrassonográficos. Com 26 semanas e 2 dias foi submetida a cirurgia fetal a céu aberto conforme técnica descrita no estudo Management of Myelomeningocele Study (MOMS). Posteriormente, paciente seguiu no pré-natal sem intercorrências e foi submetida a cesárea com 36 semanas e 5 dias por trabalho de parto prematuro. Recém nascido com peso de 2.195 gramas e APGAR 9/10, foi encaminhado para alojamento conjunto. Recebeu alta com 72 horas de vida após avaliação do neurocirurgião. Lactente segue em follow-up de 6 meses sem necessidade de DVP e com boa resposta motora. Discussão: Em 2011, foi publicado um estudo prospectivo e randomizado, comparando a correção pré-natal da MM com a correção após o nascimento, no qual foi demonstrado que os fetos submetidos à correção intra-útero tinham 50% menos necessidade de DVP para tratar a hidrocefalia, além do dobro da possibilidade de deambular sem auxílio. Apesar dos benefícios, deve-se lembrar das riscos relacionadas a uma cirurgia de grande porte e das complicações obstétricas (rotura uterina, rotura de membranas, trabalho de parto prematuro). Apesar dessas complicações, a cirurgia antenatal tornou-se o padrão-ouro para o tratamento da MM, e a busca por técnicas minimamente invasivas para aumentar a segurança materna e fetal tornou-se o desafio atual na terapia cirúrgica fetal. Dessa forma, a meningocele é um defeito congênito com graves repercussões clínicas, sociais e econômicas. O reparo intra-útero da MM potencialmente pode oferecer uma melhor sobrevida e qualidade de vida para os pacientes e seus familiares. É de fundamental importância a implementação de centros regionais especializados tecnicamente aptos na assistência a gestante e ao feto.

PO 3368

**ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE CORPO ESTRANHO EM LACTENTE NO INTERIOR DO AMAZONAS COM MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS PELO COVID-19: UM RELATO DE CASO**

Saullo Anderson Costa Monteiro<sup>1</sup>; Stephanie de Souza Gonzaga Pereira<sup>2</sup>; Viviane da Silva Justo<sup>2</sup>; Albyno Randi Garcia<sup>2</sup>; Luana Rocha do Nascimento<sup>3</sup>; Gizele da Silva Batista<sup>3</sup>; Luendrya Kamylla Souza Jacomo<sup>1</sup>; Gustavo de Oliveira Gonçalves<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL REGIONAL DE COARI, COARI - AM - BRASIL
2. UNIVERSIDADE PRIVADA ABERTA LATINOAMERICANA (UPAL), COCHABAMBA - BOLÍVIA
3. UNIVERSIDADE NACIONAL ECOLÓGICA (UNE), SANTA CRUZ DE LA SIERRA - BOLÍVIA

**Introdução:** A ingestão de corpo estranho (CE) ocorre na faixa etária pediátrica, sendo que 75% ocorre entre 6 meses a 3 anos, na fase oral, em sua grande maioria é um evento acidental. Objetos pequenos tem a tendência de atravessar todo o trato digestivo sem causar danos e acabam sendo expelidos pelas fezes, por outro lado, objetos grandes e pontiagudos podem obstruir ou perfurar, ocasionando complicações. Objetivamos relatar este caso, no qual a abordagem cirúrgica foi a escolha terapêutica, sendo o abdome agudo perfurativo o desfecho no pós-operatório. Concomitantemente os sintomas iniciais apresentados pela criança podem estar associados à infecção secundária ao Sars-CoV-2 com manifestações gastrointestinais. Relato de caso: Lactente de um ano, masculino, com história referida pela mãe de ingestão de CE há 2 dias, apresentou episódios de diarreia, vômitos, dor abdominal e febre não aferida, sem queixas respiratórias. Ao exame físico, abdome com leve distensão, ruídos hidroaéreos hiperativos e timpânico. Em radiografia de abdome nota-se imagem radiopaca sugestiva de CE (prego) em topografia do quadrante superior esquerdo. Realizado laparotomia com identificação de múltiplas linfonodomegalias em raiz do mesentério com palpação de CE em ângulo esplênico do cólon. Como tática cirúrgica optado por enterotomia em tênia do cólon transverso para retirada do prego seguido de rafia simples, sem identificação de lesões sugestivas de perfuração em alças. Realizado o teste rápido para o COVID-19 tendo resultado positivo para anticorpos IgM. No pós operatório lactente apresentou vômitos e distensão abdominal com piora importante no 4º dia com drenagem de secreção pela ferida operatória. Indicada reabordagem cirúrgica com identificação de fístula em íleo distal.

**Discussão:** De acordo com a literatura norte-americana, a cada 100 mil casos de ingestão de objetos 80% ocorre em crianças, sendo que 10-15% são objetos perfurantes e 15-35% com risco de perfuração. Quanto ao quadro clínico, a maioria são assintomáticos, porém podem estar associados a náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal. Como forma de diagnóstico podemos utilizar a radiografia simples pelo fato da maioria dos objetos ingeridos serem de caráter radiopaco. A ingestão de prego está altamente associada a perfuração que pode ocorrer com maior probabilidade em áreas angulares como válvula ileocecal, ângulo hepático e esplênico do cólon, sigmoide e reto por ser um objeto pontiagudo. No caso em questão a lesão perfurativa em delgado só foi evidenciada no pós-operatório com sinais e sintomas de evolução tardia. Há relatos na literatura atual sobre manifestações gastrointestinais secundárias a infecção pelo Sars-CoV2. Ademais, no intraoperatório as múltiplas linfonodomegalias podem ser reacionais a infecção viral. O tratamento após ingestão de CE pontiagudos como prego pode ser conservador em alguns casos, desde que sem sinais de gravidade e com avaliação e exame físico criterioso e seriado.

PO 3374

**RELATO DE CASO: ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA E COVID-19**

Lorena Ribeiro Teixeira; Felipe Oliveira Queiroz; Carolina Ziller; Roberta Arruda; Gabriel Lopes Esteves; Carlos Henrique de Paiva Carvalho Filho.

HGNI, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL

**RESUMO:** As complicações tromboembólicas são cada vez mais reconhecidas na pneumonia por coronavírus 19 (COVID 19). Nesse estudo, descrevemos um relato de caso associando COVID-19 e isquemia mesentérica aguda. A isquemia mesentérica aguda representa uma emergência cirúrgica. Tem como causas principais embolia arterial cardiogênica, a trombose arterial, a trombose venosa mesentérica e a isquemia mesentérica não oclusiva. Tais fatores podem estar presentes no paciente com covid-19. No presente trabalho evidenciamos como essa patologia pode ser um dos acometimentos extrapulmonares que a COVID-19 pode causar e como o cirurgião geral tem que estar atento a esse tipo de diagnóstico para realizar diagnóstico precoce.

Paciente sexo feminino, 50 anos, sem comorbidades, sem história prévia de cirurgia abdominal. Deu entrada na emergência com um quadro de distensão abdominal dolorosa, iniciada há 48h, com episódios de êmese, febre e parada da eliminação de gases e fezes associado. Ao exame apresentava-se taquicárdica, porém estável hemodinamicamente, e com dor de localização meso/epigástrica de forte intensidade a qual piorava a palpação superficial e profunda. Foram realizados exames laboratoriais e tomografia computadorizada de tórax e abdome. Na TC de tórax foram observadas opacidades em vidro fosco, periféricas, bilaterais, associadas a espessamento dos septos intralobulares e focos de consolidação. Os achados de imagem descritos estão comumente presentes na pneumonia viral (COVID 19). Tc de abdome revela aeropneumatograma, presença de gás nas veias mesentéricas e pneumatose intestinal. Os exames laboratoriais mostraram leucopenia (leucócitos totais de 3.140 / mm<sup>3</sup>), leve aumento da creatinina (creatinina de 1,60 mg/dL) e PCR elevado. RT-PCR covid-19 positivo. Foi indicado laparotomia exploratória de urgência, no intraoperatório foram vistos sinais isquêmicos de delgado até o cólon direito, além de pontos de necrose com edema de alça há 20 cm do ângulo de Treitz (flexura duodenojejunal) até 1 metro de delgado. Realizada ressecção desse segmento com 6 cm de margem e anastomose primária. A mesma evoluiu para um quadro de choque séptico e disfunção orgânica múltipla, e veio a óbito em menos de 24h após o ato cirúrgico.

PO 3377

**NECROSECTOMIA PANCREÁTICA ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DA PANCREATITE NECROTIZANTE ULCERADA PARA O ESTÔMAGO: RELATO DE CASO**

Vinicius Gouvêa Rodrigues; Iara Batalha Santos; Michele Medeiros Demutti; Rafael Rodriguez Ferreira; Thiago Boechat de Abreu; Shaloane da Silva Fontes; Eduardo Madeira.

*HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A pancreatite aguda é um distúrbio gastrointestinal comum e exige internação hospitalar. A forma necrotizante é associada a uma taxa de mortalidade de 8 a 39%, ocorrendo em 20% dos pacientes. A principal causa de morte é a falência orgânica precoce seguida de infecção secundária do tecido necrótico, levando à sepse e falência de múltiplos órgãos. A infecção secundária de tecido necrótico em pacientes com pancreatite necrotizante é quase sempre uma indicação de intervenção.

**Relato de Caso:** ASB, 61 anos, masculino, deu entrada pela emergência apresentando dor abdominal em barra, náuseas e vômitos sendo diagnosticada pancreatite aguda. Foi submetido à tomografia computadorizada (TC) de abdome revelando processo inflamatório pancreático associado à extensa coleção heterogênea. Evoluiu com febre, piora de marcadores inflamatórios, dispneia e dessaturação sendo submetido à intubação orotraqueal e internação em Unidade de terapia Intensiva (UTI). Realizado rastreio infeccioso pulmonar, incluindo pesquisa de coronavírus, que foi descartado.

Encontrava-se grave em prótese ventilatória, leucometria e proteína C reativa elevadas, acidose metabólica refratária e anúria, iniciando hemodiálise.

Realizada nova TC que evidenciou extensa coleção peripancreática sugerindo conteúdo hemático rechaçando parede posterior desde o fundo até o antro gástrico e EDA com visualização de úlcera gástrica nesta topografia associado à isquemia extensa por possível compressão extrínseca.

Devido à resposta insatisfatória ao tratamento clínico e a necrose de parede gástrica, optou-se pela realização de abordagem endoscópica para a realização de necrosectomia e drenagem transgástrica de coleção realizada pela equipe de endoscopia e cirurgia.

Paciente evoluiu com melhora progressiva de marcadores inflamatórios, acidose metabólica e função renal, sendo extubado quatro dias após procedimento e mantendo quadro estável com alta da UTI e início de alimentação via oral 27 dias após a abordagem.

**Discussão:** A infecção secundária de tecido necrótico é quase sempre indicação para intervenção. A necrosectomia aberta configura abordagem tradicional na qual o tecido necrótico é removido completamente. No entanto, altas taxas de complicações e morte estão associadas ao método. Entre as complicações podemos citar o risco de insuficiência pancreática com o desenvolvimento de diabetes e formação de hérnia incisional e, neste caso, fístula gástrica. Como alternativa para a necrosectomia aberta, técnicas menos invasivas estão sendo cada vez mais utilizadas, como a drenagem percutânea, via endoscópica (transgástrica) e necrosectomia retroperitoneal. Entre as vantagens, vigoram o menor tempo de internação em UTI e o fato de evitarmos trauma cirúrgico em pacientes gravemente enfermos. Considerando nosso relato de caso, após drenagem transgástrica, observamos melhora rápida e significativa de todos os parâmetros que estavam levando o paciente à falência de múltiplos órgãos.

PO 3379

**TRANSFORMAÇÃO DE CISTO PILONIDAL EM CARCINOMA EPIDERMÓIDE – RELATO DE CASO**

Bernardo Fontel Pompeu; Alessandro José Alves Lima; Adriano de Almeida; Margarida Maria Marques Feliciano Lopes.

*INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** O Cisto Pilonidal é um processo inflamatório crônico comum na região sacrococcígea, descrita por Mayo em 1833. Sabidamente esses processos inflamatórios crônicos tornam-se fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias de pele. O risco de malignização é da ordem de 0,02 a 0,1% dos casos, sendo o carcinoma epidermóide o tipo mais frequente. O presente relato descreve um paciente de 86 anos, com carcinoma epidermóide desenvolvido a partir de um cisto pilonidal complexo. Aborda-se características clínicas, opções de tratamento e prognóstico.

**Relato de caso:** Homem de 86 anos, pardo, queixava-se de dor na região anal e interglútea, associado a orifícios fistulosos com secreção fétida em glúteo esquerdo. Ao exame, notava-se lesão ulcerada interglútea e diversos orifícios secundários com secreção purulenta em glúteo esquerdo. Restante do exame proctológico estava normal. Foi submetido a biópsia glútea com resultado de carcinoma espinocelular invasivo. Com isso, realizou estadiamento clínico com tomografia computadorizada de tórax e abdome, colonoscopia e ressonância magnética de pelve. A ressonância demonstrou trajeto para fossa isquioanal, com coleções. O paciente foi submetido a ressecção ampla de lesão sacrococcígea e reconstrução local com retalho de avanço após confirmação de margens livres por biópsia de congelação. Apresentou boa evolução, recebendo alta médica no segundo dia de pós-operatório.

**Discussão:** O cisto pilonidal é uma lesão inflamatória crônica que pode evoluir para carcinoma epidermóide. Os mecanismos que desencadeiam essa transformação parecem ser os mesmos observados em outros processos crônicos como, por exemplo, na úlcera de Marjolin. O tratamento cirúrgico local é o indicado, não necessitando de linfadenectomia regional profilática, exceto quando linfonodos positivos. A reconstrução local pode ser um desafio aos cirurgiões oncológicos ou plásticos, podendo ser utilizado, curativos a vácuo, matriz dérmica, retalhos locais ou até mesmo enxertos.

PO 3380

**ABSCESSO PERIRENAL OCACIONADO POR PERFURAÇÃO DUODENAL DEVIDO INGESTA ACIDENTAL DE CORPO ESTRANHO**

Alessandro Silva Miron<sup>1</sup>; Vanessa Alexandra Pereira<sup>1</sup>; Eduardo Trajano Torres<sup>1</sup>; Marcelo Augusto Pereira Baião<sup>1</sup>; Giovanna Alves de Oliveira<sup>2</sup>; Mariana Santos Araujo<sup>2</sup>; Julia Carvalhais Camara Leitão<sup>2</sup>.

1. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL
2. ACADEMICA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

**Introdução:** A ingesta accidental de corpo estranho representa um problema clinico comum principalmente em pacientes pediátricos, psiquiátricos e estilistas, entretanto, menos de 14% dos casos necessita de intervenção cirúrgica sendo a perfuração intestinal uma complicação que ocorre em menos de 1% dos casos. Quando ocorre perfuração geralmente os sítios mais comuns são a região ileal, ileocecal ou retosigmoidea. Perfurações de duodeno são menos comuns e acompanhadas de quadro clinico mais inespecífico. No presente relato de caso iremos descrever um caso de perfuração duodenal por palito de dentes que complicou com abscesso perirenal.

**Relato:** W.P.O, 28 anos, previamente hígido, procurou atendimento médico devido surgimento de dor em flanco direito há aproximadamente 02 dias com febre, sem outros sintomas gastrointestinais ou urinários. Ao exame físico apresentava dor a palpação de flanco direito, sem descompressão brusca dolorosa e com sinal de Giordano positivo. Ao exame laboratorial apresentava leucocitose sem desvio e exame simples de urina sem alterações. Realizada tomografia computadorizada (TC) de Abdome que demonstrou abscesso perirenal à direita com ar de permeio medindo 10x6x10 cm. Paciente internou com a Urologia sendo iniciado esquema terapêutico com Ceftriaxone e Metronidazol. Evoluiu na enfermaria sem melhora do quadro infeccioso sendo realizada lombotomia com drenagem de volumosa coleção purulenta perirenal e colocação de dreno tubolaminar. No quinto dia pós operatório paciente encontrava-se bem clinicamente com diminuição do debito do dreno, entretanto, apresentou quadro isolado de melena sendo indicada Endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou presença de corpo estranho (palito de dentes) perfurando segunda porção de duodeno, sendo retirado com auxilio da pinça de biopsia e realizada hemostasia química com adrenalina. Paciente evoluiu na enfermaria com melhora do quadro, repetiu imagem tomográfica que não apresentava sinais de retroperitoneo e com regressão do abscesso perirenal sendo retirado dreno tubolaminar e paciente prosseguiu em antibioticoterapia devido quadro de infecção de ferida operatória da lombotomia, após resolução do quadro recebeu alta hospitalar.

**Discussão:** A perfuração de duodeno é uma complicação clínica rara da ingesta accidental de corpo estranho e geralmente acompanhada de quadro clinico de dor abdominal inespecifica e de difícil diagnóstico mesmo com auxilio radiológico. O relato descrito teve uma apresentação incomum de ingesta de palito de dentes pois o diagnóstico de perfuração duodenal só foi realizado após EDA devido quadro de melena verificado apenas posteriormente ao tratamento de sua complicação (abscesso perirenal) uma vez que o paciente não relatou a ingesta de objeto pontiagudo e não apresentava outros sintomas gastrointestinais assim como sua TC de Abdome não demonstrava nenhum sinal de perfuração além da coleção perirenal fato que dificultou o diagnóstico.

PO 3384

**FALSO BOCIO E CARCINOMA DA TIREOIDE**

Karine Santos de Freitas.

UFRJ, CIDADE UNIVERSITÁRIA - RJ - BRASIL

O bócio colóide é uma doença benigna da tireoide, tem evolução lenta e pode alcançar grandes volumes. No presente trabalho relatamos o caso de um paciente idoso, com história de bócio de mais de 50 anos de evolução.

Paciente masculino, 85 anos, europeu, psicólogo, bom estado geral negando comorbidades, com história de bócio de longa evolução. Fez no início tratamento com iodo oral, abandonou seguimento e nunca realizou investigação. Incomodado esteticamente com o volume do "bócio", ele deixou a barba crescer, passou a usar camisas de gola alta e paletó, para tentar escondê-la. No exame físico, palpava-se uma tumoração mole, indolor, aderida aos planos profundos e imóvel com a deglutição. A tomografia computadorizada (TC) mostrou uma tumoração de partes moles, de aspecto lipomatoso, medindo de 9x6cm, na região anterior do pescoço, tireoide normal e linfonodos de aspecto normal. A ultrassonografia (USG) revelou também um nódulo de 1,5 cm no lobo esquerdo da tireoide, com sinais suspeitos de malignidade. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) diagnosticou carcinoma papilífero.

Na cirurgia, ressecou-se um volumoso lipoma sub-platísmal com cerca de 10cm de diâmetro bem encapsulado, mole e sem invasão aos tecidos vizinhos. Realizou-se então no mesmo ato cirúrgico uma tireoidectomia total e ressecção profilática de linfonodos de cadeia central. O exame histopatológico final revelou que a massa cervical era um lipoma de 9,5cm, e na tireoide confirmou ser carcinoma papilífero sem invasão local com linfonodos negativos para malignidade. Pela idade foi indicado e foi submetido a iodoterapia ablativa.

Este caso é notável, porque durante muitos anos o paciente achava possuir um bócio e como era assintomático não procurou tratamento. Quando decidiu operar devido ao tamanho do "falso bócio", a TC realizada no pré-operatório revelou que na verdade era um volumoso tumor lipomatoso de partes moles. É importante observar, que embora a TC tenha indicado que a tireoide era normal, foi fundamental a realização da USG, porque ela revelou um pequeno nódulo, cuja investigação revelou ser carcinoma. O carcinoma da tireoide em homens e especialmente em idosos é mais agressivo, e foi importante fazer esse diagnóstico, porque possibilitou a realização da tireoidectomia no mesmo ato da ressecção do tumor cervical. Embora o tumor fosse pequeno e com linfonodos negativos, a iodoterapia foi indicada, pois o paciente foi enquadrado no grupo de alto risco devido a idade.

PO 3385

**FALSO BÓCIO E CARCINOMA DA TIREOIDE**

Karine Santos de Freitas<sup>1</sup>; Pedro Henrique Esteves Gonçalves<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, CIDADE UNIVERSITÁRIA - RJ - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, ILHA DO GOVERNADOR - RJ - BRASIL

O bócio coloide é uma doença benigna da tireoide, tem evolução lenta e pode alcançar grandes volumes. No presente trabalho relatamos o caso de um paciente idoso, com história de bócio de mais de 50 anos de evolução.

Paciente masculino, 85 anos, europeu, psicólogo, bom estado geral negando comorbidades, com história de bócio de longa evolução. Fez no início tratamento com iodo oral, abandonou seguimento e nunca realizou investigação. Incomodado esteticamente com o volume do "bócio", ele deixou a barba crescer, passou a usar camisas de gola alta e paletó, para tentar escondê-la. No exame físico, palpava-se uma tumoração mole, indolor, aderida aos planos profundos e imóvel com a deglutição. A tomografia computadorizada (TC) mostrou uma tumoração de partes moles, de aspecto lipomatoso, medindo de 9x6cm, na região anterior do pescoço, tireoide normal e linfonodos de aspecto normal. A ultrassonografia (USG) revelou também um nódulo de 1,5 cm no lobo esquerdo da tireoide, com sinais suspeitos de malignidade. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) diagnosticou carcinoma papilífero.

Na cirurgia, ressecou-se um volumoso lipoma sub-platísmal com cerca de 10cm de diâmetro bem encapsulado, mole e sem invasão aos tecidos vizinhos. Realizou-se então no mesmo ato cirúrgico uma tireoidectomia total e ressecção profilática de linfonodos de cadeia central. O exame histopatológico final revelou que a massa cervical era um lipoma de 9,5cm, e na tireoide confirmou ser carcinoma papilífero sem invasão local com linfonodos negativos para malignidade. Pela idade foi indicado e foi submetido a iodoterapia ablativa.

Este caso é notável, porque durante muitos anos o paciente achava possuir um bócio e como era assintomático não procurou tratamento. Quando decidiu operar devido ao tamanho do "falso bócio", a TC realizada no pré-operatório revelou que na verdade era um volumoso tumor lipomatoso de partes moles. É importante observar, que embora a TC tenha indicado que a tireoide era normal, foi fundamental a realização da USG, porque ela revelou um pequeno nódulo, cuja investigação revelou ser carcinoma. O carcinoma da tireoide em idosos é mais agressivo, e foi importante fazer esse diagnóstico, porque possibilitou a realização da tireoidectomia no mesmo ato da ressecção do tumor cervical. Embora o tumor fosse pequeno e com linfonodos negativos, a iodoterapia foi indicada, pois o paciente foi enquadrado no grupo de alto risco devido a idade.

PO 3386

**RETALHO INDIANO COMO OPÇÃO DE RECONSTRUÇÃO NASAL EM NEOPLASIAS CUTÂNEAS: RELATO DE CASO**

Bernardo Fontel Pompeu; Alessandro José Alves Lima; Adriano de Almeida; Margarida Maria Marques Feliciano Lopes.

*INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** A localização anatômica mais prevalente do câncer de pele não melanoma são as que estão mais expostas ao sol, como face, membros superiores, tórax e o pescoço. O nariz é considerado local de alto risco para recorrência, independentemente do tamanho da lesão, fazendo parte de uma área conhecida como H facial. Na possibilidade de tratamento de lesões extensas que acometam dorso e ponta nasal, uma boa opção de reconstrução do defeito cirúrgico é o conhecido retalho indiano, descrito na Índia antiga (600 a.c). No presente relato é apresentado a ressecção de lesão de ponta e dorso nasal, seguido de reconstrução com retalho indiano, demonstrando ser uma boa opção de reconstrução em neoplasias de pele nesta localização.

**Relato de caso.** Homem 68 anos, branco, encaminhado para avaliação de lesão nasal. O Paciente apresentava duas lesões nodulares de ponta e dorso nasal, próximas uma da outra, com limites bem definidos, a maior medindo 2,5 x 2,0 cm e a menor medindo 1,0 x 1,5 cm, ambas com telangiectasias que atravessavam toda a lesão. Juntas, ocupavam praticamente 2/3 da ponta e do dorso nasal. Devido a característica clínica, inequívoca, de carcinoma basocelular, foi indicado tratamento cirúrgico com excisão completa da lesão, com biopsia de congelação para controle das margens cirúrgicas. Durante a cirurgia, após a confirmação de margens cirúrgicas adequadas, foi optado pela reconstrução com retalho indiano, para cobertura do defeito cirúrgico. O Paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta em 24 horas. O Anatomopatológico confirmou carcinoma basocelular nodular, margens livres. Após 3 semanas de pós operatório, foi indicado novo procedimento para ressecção do pedículo do retalho. Paciente encontra-se com bem sem sinais de doença após 1 ano de seguimento.

**Discussão:** O retalho indiano foi introduzido no ocidente após as publicações de Lucas em 1794, e Carpué, em 1816. Como as neoplasias de pele são uma das principais indicações para reconstruções nasais, o retalho indiano é um retalho muito bem indicado pela sua versatilidade, quantidade de tecido que fornece e a semelhança de cor e textura com a pele do nariz. O procedimento pode ser realizado tanto com anestesia local como por anestesia geral. Após três semanas realizamos a ressecção do pedículo do retalho. Portanto o conhecimento anatômico e da técnica para confecção deste retalho se torna importante por ser um dos principais retalhos utilizados em cirurgia reparadora nasal.

PO 3388

**GOSSIPIBOMA PÓS CIRURGIA DE BY-PASS PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE POR ACESSO DE LAPAROTOMIA: RELATO DE CASO**

Cirenio de Almeida Barbosa<sup>1</sup>; Deborah Campos Oliveira<sup>1</sup>; Isabela Veiga Martins Alves<sup>2</sup>; Ronald Soares dos Santos<sup>1</sup>; Artur Leonel Carneiro<sup>3</sup>; Nathália Moura de Melo Delgado<sup>1</sup>; Júlia Gallo de Alvarenga Mafra<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP, OURO PRETO - MG - BRASIL
2. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA - UNEC, CARATINGA - MG - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** O termo gossipiboma refere-se a objetos de algodão (compressas e gazes) deixados acidentalmente nas cavidades corporais após cirurgias, levando à formação de uma massa com reação inflamatória e granulomatosa. Trata-se de um evento subnotificado devido às implicações médico-legais envolvidas, apesar de sua alta morbimortalidade. Apresenta quadro clínico variável.

**RELATO DE CASO:** Paciente foi operada de cirurgia de obesidade em Y de Roux há aproximadamente 10 semanas por laparotomia. Apresentava IMC 39,7 em uso de Losartana, Anlodipino e Hidroclorotiazida. Dislipidêmica, Colesterol total: 287 mg/dL, HDL: 33 mg/dL e LDL: 157 mg/dL; GJ: 137 mg/dL em uso de metformina; TG: 247 mg/dL; Hb: 14,6g/dL; Leucócitos: 7.740/μl; Plaquetas 24.5000/μl. Tinha ainda apnéia do sono. À admissão, apresentava cólica abdominal de média intensidade, constipação e parada de evacuação nos últimos 3 dias e perda ponderal de 32 Kg. Apresentava massa palpável em hipocôndrio esquerdo, discretamente dolorosa. Foi realizada tomografia de abdome que evidenciou uma massa próxima ao baço, bem localizada e preenchida por pequenas bolhas de ar. Foi submetida a laparoscopia e o textilioma não apresentou nenhuma aderência fixa e encontrava-se pseudoencapsulado pelo epíplon e estômago. Foi facilmente fatiado dentro da cavidade celômica e retirado pelo portal de 10 cm do flanco esquerdo.

**DISCUSSÃO:** Na literatura, relata-se queixas de dor, vômitos, constipação e perda de peso para essa condição. Dentro do organismo, os corpos estranhos podem agir como foco primário para formação de abscessos e de peritonite. Em outros casos, o material, por ser inerte, pode ficar oculto por anos no organismo, sem interferências. Além disso, podem ocasionar efeito de massa, comprimindo órgãos e estruturas. Existem fatores de riscos associados, como cirurgias de emergência, intercorrências inesperadas no ato cirúrgico e obesidade. O diagnóstico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada (TC) de abdome, solicitada mediante suspeita clínica. Na TC geralmente são identificados como uma massa de contornos bem definidos, densidade variável, podendo conter bolhas de ar e cápsula ao seu redor, como visto no caso. O corpo estranho deve ser retirado somente quando a sintomatologia for relevante, na alteração da função do órgão, ou se houver alteração da qualidade de vida. Nos pacientes assintomáticos ou quando os corpos estranhos envolvem órgãos nobres, mantém-se apenas o acompanhamento periódico. Em conclusão, gossipibomas são complicações cirúrgicas que podem ocasionar problemas médico-legais. Medidas preventivas como a contagem das compressas no intra e pós-operatório, exploração exhaustiva e conferência da cavidade abdominal antes da sutura peritoneal e experiência da equipe cirúrgica podem ser adotadas para se evitar tal problema, mas, na suspeita clínica, o diagnóstico precoce e o tratamento correto objetivam minimizar a prevalência e a morbimortalidade associadas à essa afecção.

PO 3389

**HÉRNIA DE SPIEGEL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

Cirenio de Almeida Barbosa<sup>1</sup>; Deborah Campos Oliveira<sup>1</sup>; Isabela Veiga Martins Alves<sup>2</sup>; Ronald Soares dos Santos<sup>1</sup>; Júlia Gallo de Alvarenga Mafra<sup>1</sup>; Nathália Moura de Melo Delgado<sup>1</sup>; Weber Chaves Moreira<sup>3</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP, OURO PRETO - MG - BRASIL
2. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
3. HOSPITAL SÃO LUCAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A hérnia de Spiegel consiste em uma variedade pouco comum de defeito herniário cirúrgico da parede abdominal representando apenas 1% de todas as hérnias operadas. Essa condição cursa com protrusão de gordura pré-peritoneal ou de saco peritoneal contendo ou não um órgão intra-abdominal na zona de transição entre a fáscia do músculo reto anterior e as bainhas musculares largas do abdômen, na chamada de fáscia de Spiegel. São descritos casos em que possui causa congênita, mas em sua maioria é adquirida. O objetivo desse trabalho é realizar um relato de caso de uma paciente portadora de hérnia de Spiegel e revisão de literatura sobre o tema, uma vez que esse possui poucos estudos a seu respeito, mesmo se tratando de uma emergência clínica, que comumente evolui para o encarceramento, com necessidade de abordagem cirúrgica imediata.

**RELATO DE CASO:** Mulher de 57 anos, obesa, IMC de 33,7, apresentava massa endurecida e irreductível em fossa ilíaca esquerda, de aparecimento há aproximadamente 30 horas, associada a cólica moderada e acompanhada de enjoo e vômitos. Concomitante, exibia distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico, observava aumento localizado da parede abdominal à direita e uma discreta hérnia umbilical irreductível. Na inspeção, observava nitidamente o sinal de Kussmaul e durante a ausculta abdominal auscultava ruídos metálicos, aumentados e de intensidade prolongada, muitas vezes "em salva". A tomografia computadorizada de abdome mostrou uma hérnia spigeliana esquerda, com conteúdo encarcerado e hérnia umbilical com encarceramento de parte distal do epíplon. O tratamento foi herniorrafia inguinal seguida de colocação de tela de polipropileno de tamanho pequeno, de dimensões 15 X 7,5 cm.

**DISCUSSÃO:** As manifestações clínicas da hérnia de Spiegel são geralmente pouco esclarecedoras e muito variáveis. São mais comumente observadas dores abdominais inespecíficas que aumentam com a tosse ou com exercício físico e são aliviadas com repouso. No caso abordado, a paciente apresenta sintomatologia abundante, com presença de massa palpável em fossa ilíaca esquerda associada a quadro algico e distensão da parede abdominal, acompanhadas de sinal de Kussmaul, direcionando o raciocínio clínico. As hérnias spigelianas geralmente são intersticiais e o saco herniário é recoberto pela fáscia do músculo oblíquo externo, o que muitas vezes contribui para dificultar o diagnóstico, necessitando do exame de imagem. Dentre esses, são recomendadas a ultrassonografia ou tomografia computadorizada, a qual comprovou a suspeita mostrando hérnia spigeliana esquerda com conteúdo encarcerado. Por cursarem com anel herniário estreito e pelo alto risco de estrangulamento em casos como este, são de indicação cirúrgica absoluta. O tratamento cirúrgico é simples, por herniorrafia inguinal, que pode também ser realizado por via laparoscópica e com colocação de tela de polipropileno a critério do cirurgião, como foi o caso da paciente.

**PO 3390**

**NEUROFIBROMA ESPORÁDICO DE REGIÃO INFRA ESCAPULAR – RELATO DE CASO**

Everton Gustavo Costa de Oliveira; Felipe Dourado Munhoz; Marcelo Carvalho Coutinho; Ronald Ladislau Silva; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** Os neurofibromas são tumores benignos raros da bainha do nervo periférico. Podem ser esporádicos, apresentando-se como nódulos circunscritos isolados, ou associados a Neurofibromatose. Podem se manifestar como nódulos cutâneos ou subcutâneos. Quando associados a neurofibromatose o paciente pode apresentar machas café com leite e lesões oculares (nódulos de Lisch), que ocorrem em 90% dos casos. A apresentação mais comum do neurofibroma é como nódulo cutâneo localizado e, menos comum, como uma massa circunscrita em um nervo periférico, conhecido como neurofibroma intraneural localizado. Outra forma de apresentação é com crescimento difuso de um tronco nervoso ou envolvendo vários fascículos nervos, conhecido como neurofibroma plexiforme. A excisão cirúrgica completa é o tratamento de escolha nas lesões volumosas e sintomáticas, sendo a recorrência extremamente rara.

**Relato do caso:** Homem 69 anos, encaminhado com queixa de tumoração volumosa em região infra escapular à esquerda, com 4 anos de evolução, crescimento progressivo, sem limitação de movimento, medindo, ao exame clínico, 18 x 15 cm, de consistência endurecida, indolor e móvel aos planos profundos. Ausência de manchas café com leite ou de efélides na pele. Solicitada ressonância magnética, lesão sólida com captação de contraste, próximo a escápula, com aparente plano de clivagem, sobre músculo grande dorsal, 14cm em sua maior extensão. Submetido à cirurgia, com ressecção ampla da lesão e rotação de retalho fasciocutâneo tóraco-abdominal. Alta no 2º pós-operatório. Anatomopatológico com análise imuno-histoquímica revelou neoplasia neurofibromatosa de padrão fusocelular com margens livres.

**Discussão:** Os neurofibromas são neoplasias benignas esporádicas em sua maioria. Apenas uma pequena parcela pode estar relacionada a Neurofibromatose. Em geral, nódulos pequenos cutâneos não apresentam indicação cirúrgica. Apenas em casos sintomáticos, com crescimento progressivo, dolorosos ou por motivos estéticos devem ser operados. O risco de transformação maligna é da ordem de 4 a 12% dos casos, principalmente quando relacionados a neurofibromatose.

**PO 3391**

**SARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO DE COXA ESQUERDA – RELATO DE CASO**

Thiago Munhoz Rangel; Felipe Araújo Lacerda; Everton Gustavo Costa de Oliveira; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Sarcomas são tumores raros originados a partir das células mesenquimais, correspondendo à 1 % das neoplasias. O sarcoma pleomórfico indiferenciado é o subtipo mais frequente sendo os membros inferiores o local mais acometido. Os principais fatores prognósticos são o grau de diferenciação, subtipo histológico, tamanho e idade. A sobrevida global em 5 anos considerando todos os estágios varia de 50 a 60%. No presente relato é descrito o tratamento realizado em paciente de 27 anos, diagnosticado com sarcoma pleomórfico de coxa esquerda.

**RELATO DE CASO:** Mulher 27 anos, encaminhada ao serviço com lesão nodular endurecida, ulcerada, móvel aos planos profundos localizada e face lateral do 1/3 médio da coxa esquerda, medindo 13 cm de extensão em seu maior eixo. Biópsia positiva para fibrohistiocitoma maligno de baixo grau. RNM demonstrou formação sólida de limites definidos no subcutâneo, com abaulamento de pele, medindo cerca de 11 cm no seu maior diâmetro, com realce heterogêneo ao contraste e áreas com componente cístico-necrótico em seu interior. Planos musculares e estruturas ósseas preservadas. Submetida a +ressecção da lesão em coxa esquerda, sem violação da pseudo-cápsula tumoral, com margens de 2,0 cm. Foi realizado colocação de clips metálicos no leito operatório. Alta após 3 dias sem intercorrências clínicas. Segue em acompanhamento ambulatorial. Ainda aguarda laudo definitivo para seguir com o tratamento.

**DISCUSSÃO:** O caso apresentado mostra paciente mulher de 27 anos com diagnóstico de sarcoma de baixo grau em coxa direita. O subtipo fibrohistiocitoma maligno atualmente é classificado com Sarcoma pleomórfico indiferenciado. Esse subtipo acomete mais frequentemente pacientes na faixa etária dos 60 anos de idade e o local mais prevalente são os membros inferiores. Radioterapia pós-operatória pode ser indicada em casos de lesões volumosas, de alto grau e margens exíguas, na tentativa de aumentar o controle local.

PO 3392

**CARCINOMA BASOCELULAR DE ALTO RISCO EM PAREDE TORÁCICA ANTERIOR – RELATO DE DOIS CASOS**

Everton Gustavo Costa de Oliveira; Felipe Dourado Munhoz; Bernardo Fontel Pompeu; Maria Carolina Sampaio Vidal de Andrade Coutinho; Geraldo Antônio Scozzafave; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

Introdução: O Carcinoma Basocelular (CBC) é o Câncer de Pele não Melanoma mais comum, se origina nas células da camada basal da pele ou de folículos pilosos. O prognóstico do carcinoma basocelular é muito bom. Entretanto, se não houver tratamento, a morbidade aumenta, cursando com deformidades e danos a estruturas adjacentes. Tipicamente, o tumor não tratado terá um crescimento lento, porém, pode ser localmente invasivo e destrutivo. No presente relato são demonstrados dois casos de carcinoma basocelular de alto risco para recorrência localizados na parede torácica, e as possíveis reconstruções realizadas para o extenso defeito cirúrgico ocasionado pela necessidade de tratamento adequado da lesão.

Relato do caso 1: Homem 81 anos, com lesão ulcero-infiltrativa, irregular, em região anterior de tórax direito. Ao exame a lesão tinha 15 x 6 cm com seguintes limites: superiormente limita-se na fossa supra clavicular direita, medialmente limita-se ao nível da articulação esterno-clavicular, lateralmente limita-se na linha axilar anterior direita e inferiormente limita-se ao nível do terceiro espaço intercostal direito (EICD). Solicitada tomografia de Tórax que demonstrou lesão heterogênea, escavada, com invasão de musculatura peitoral adjacente, e ausência de invasão de arcos costais e clavícula. Submetido à ressecção cirúrgica e reconstrução com retalho de grande dorsal em V-Y, após confirmação de margens cirúrgicas livres por biópsia de congelação. Anatomopatológico (AP) confirmou CBC esclerodermiforme, com margens cirúrgicas livres.

Relato do caso 2: Homem 63 anos, com lesão ulcero-infiltrativa em hemitórax direito. Ao exame, lesão ulcerada de 8 x 7cm com os seguintes limites: superiormente limita-se ao nível do segundo EICD, medialmente limita-se ao nível da linha média esternal, lateralmente dista 2,5 cm do mamilo direito e inferiormente limita-se ao nível do quarto EICD. A biópsia incisional confirmou o diagnóstico de CBC. Foi submetido a ressecção ampla do tumor seguido de reconstrução com retalho fasciocutâneo tóraco-epigástrico, após confirmação de margens livres por biópsia de congelação. O AP da peça cirúrgica revelou CBC nodular infiltrativo, margens cirúrgicas livres de neoplasia.

Discussão: O tratamento de escolha é o tratamento cirúrgico com excisão completa da lesão e avaliação intra-operatória das margens cirúrgicas por biópsia de congelação. A Radioterapia é indicada nesses casos apenas em caso de margens cirúrgicas positivas ou em casos de infiltração perineural extensa. A reconstrução pode ser realizada de diversas formas, com diversas técnicas de reconstruções disponíveis, da enxertia ao retalho local (miocutâneo ou fasciocutâneo), apresentando resultados estéticos satisfatórios.

PO 3395

**ASPECTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DO ADENOCARCINOMA INTESTINAL EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: RELATO DE CASO**

Amanda Tomazzoni Michelon; Eduardo Beltrame Martini; Pablo Eduardo Dombrowski; Carolina Stefanello; Luciane Marina Léa Zini Peres; Yasmin Podlasinski da Silva; Natália Isaia Browne Maia; Eduarda Vanzing da Silva.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL*

INTRODUÇÃO: O carcinoma intestinal é o câncer mais comum do trato gastrointestinal, sendo a terceira maior incidência e a segunda maior prevalência de cânceres mundialmente. Sabe-se que a análise da apresentação clínica e dos desfechos iniciais do paciente com carcinoma de intestino grosso complicado ajudam a realizar uma cirurgia precocemente e evitar complicações futuras. Assim, as neoplasias intestinais, se detectadas precocemente, são tratáveis e, na maioria das vezes, curadas. Diante disso, o presente relato nos proporciona o estudo de uma patologia que, quando não detectada precocemente, aumenta a morbimortalidade do paciente. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 85 anos, procurou atendimento em UPA por dor abdominal intensa associada a vômitos fecalóides e constipação. Quadro com 4 dias de evolução, piora progressiva, intensificada nas últimas 48hs. Encaminhado ao Hospital de Pronto Socorro de Canoas (HPSC) para investigação. Realizada tomografia de abdome total na admissão em que se observou moderada distensão líquida predominantemente difusa de alças intestinais de delgado com formação de alguns níveis hidroaéreos em diferentes alturas, torção de estruturas vasculares ao duodeno (2ª e 3ª porção) e cabeça de pâncreas, sinais de fecalização de alças de íleos distais e mínima quantidade de líquido na pelve. Encaminhado à laparotomia exploradora, sendo diagnosticado quadro obstrutivo abdominal com presença de tumor em cólon ascendente. Realizado exérese de tumor, ileocelectomia direita e anastomose de íleo e cólon transverso. Encaminhada lesão para estudo anatomopatológico com laudo de adenocarcinoma pouco diferenciado, úlcero-vegetante de intestino grosso, com invasão da camada muscular própria. Estadiamento patológico de PT2 PNO. Admissão de pós-operatório imediato em UTI, mantido sedado em ventilação mecânica e hemodinâmica mantida às custas de drogas vasoativas (choque séptico de foco abdominal). Início de antibioticoterapia (amoxicilina/clavulanato) e demais medidas para estabilização do quadro. Evoluiu com episódio de fibrilação atrial de alta resposta, piora hemodinâmica, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas, tendo como desfecho óbito. DISCUSSÃO: No que tange os adenocarcinomas intestinais, embora em grande maioria sejam assintomáticos nos estágios iniciais, podem apresentar, como manifestações clínicas, quadro de obstrução intestinal, especialmente em pacientes admitidos em situação de emergência. Tal condição se estabelece como fator de risco para pior prognóstico, com mortalidade no pós-operatório imediato entre 15 a 30%. Este fato se manifesta não somente pela deterioração do estado clínico destes pacientes decorrente da emergência obstrutiva, mas também pelo estágio avançado do tumor. Em relação ao manejo, a abordagem cirúrgica ainda é o método de maior prevalência e de melhor escolha nesse cenário. Frente a essas questões, tamanha importância de protocolos de rastreamento e de métodos terapêuticos rápidos e eficazes.

**PO 3401**

**DOENÇA DE PAGET DE MAMA ASSOCIADA A CARCINOMA DUCTAL IN SITU: RELATO DE CASO**

Jéssica Eloísa Mosconi; Marcelino Paiva Martins; Yasmin Padilha; Chiara Ferracini Campos; Alessandra Sivila Alvarez; Gabriely Beltramin Faxina; Giovana Balbinot.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** o câncer de mama é o câncer que mais acomete as mulheres brasileiras, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Além disso, representa a principal causa de óbito por câncer em mulheres no Brasil. Para mais, acomete especialmente a faixa etária dos 40 a 60 anos de idade, e os sintomas mais comuns são nódulo de mama, mastalgia ou ainda alterações na pele que recobre a mama. Já, a doença de Paget é uma forma rara de neoplasia mamária acometendo o complexo areolo-papilar e, frequentemente está associado a um carcinoma in situ ou invasivo subjacente, 80-90% dos casos. Apresentando-se como lesão eritemato-descamativa, podendo ocorrer retração do mamilo, sinal muito sugestivo da doença. Assim, o presente artigo tem por objetivo relatar caso de doença de Paget associada a carcinoma ductal in situ em paciente feminina encaminhada para Centro Especializado em Oncologia para investigação lesão cutânea em mama.

**RELATO DE CASO:** paciente M.C.N., sexo feminino, 54 anos, branca, com queixa de mastalgia em mama esquerda há cerca de 1 ano. Ao exame físico apresentava lesão eritemato-crostosa em complexo areolar da mama esquerda com destruição do complexo areolo-papilar, sem nódulos ou linfonodomegalias palpáveis. Exame mamográfico de mama esquerda demonstrando classificação BIRADS 2. Realizada biópsia incisional para melhor investigação, com anatomopatológico evidenciando Doença de Paget de mama. Ressonância magnética de mamas pós biópsia demonstrando um aumento de volume e realce difuso da papila da mama esquerda, sendo classificada como BIRADS 4. Desse modo, realizada mastectomia subcutânea com linfadenectomia axilar seletiva associada a reconstrução em oncoplastica com prótese, com resultado anatomopatológico evidenciando carcinoma ductal in situ e linfonodos negativos, e imuno-histoquímica revelando perfil triplo negativo. Após, iniciada quimioterapia e radioterapia adjuvantes. Atualmente, a paciente encontra-se em seguimento clínico ambulatorial, clinicamente bem, sem sinais de recidiva da doença até o presente momento.

**DISCUSSÃO:** a doença de Paget foi descrita inicialmente em 1874 pelo cirurgião britânico James Paget e cursa com lesão eczematosa. Por isso, seu principal diagnóstico diferencial é o eczema do complexo areolo-papilar, diferindo por ser unilateral e não ter boa resposta a corticoterapia. Desse modo, apesar de ser considerada uma causa rara de neoplasia de mama, devido a sua alta frequência de associação com o carcinoma ductal in situ ou invasivo, faz-se necessária a atenção para qualquer alteração de pele na mama ser lembrada como diagnóstico diferencial com o câncer de mama, a fim de diagnosticar precocemente e assim diminuir a morbidade e melhorar o prognóstico.

**PO 3402**

**HÉRNIA DE AMYAND COM APENDICITE COMPLICADA: RELATO DE CASO**

Ana Carolina Saldanha da Cunha; Victória Gomes da Costa.

*UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A hérnia de Amyand é um tipo raro de hérnia inguinal e caracteriza-se pela presença do apêndice vermiforme, que pode ou não estar inflamado, no interior do saco herniário inguinal. A incidência varia em torno de 0,5% a 1% e 0,1% se ocorrer apendicite aguda concomitantemente, sendo mais frequente em crianças devido a patência do processo peritônio-vaginal. O diagnóstico pré-operatório da hérnia de Amyand é incomum; sendo, na maioria dos casos, realizado durante a intervenção cirúrgica de urgência. A importância clínica reside no fato de que pode resultar em várias complicações devido ao diagnóstico tardio, com uma mortalidade relatada de 6-15%. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo masculino, 64 anos, dá entrada em um hospital terciário no município de Santos, São Paulo, com quadro de dor abdominal difusa, de maior intensidade em fossa ilíaca direita há dois dias, sem a presença de febre, náuseas, vômitos, inapetência ou alteração de hábito intestinal. Ao exame físico, apresentava-se estável hemodinamicamente, com abdome globoso, ruídos hidroaéreos diminuídos, distendido, doloroso à palpação superficial e profunda, com descompressão profunda positiva em fossa ilíaca direita. Dos exames subsidiários solicitados, destacava-se proteína C-reativa: 32,24mg/dL. Em exame radiológico simples abdominal, padrão de obstrução intestinal com nível hidroaéreo em posição ortostática e sinal de "empilhamento de moedas" em decúbito dorsal. À tomografia de abdome com contraste endovenoso, evidenciou-se apendicite aguda possivelmente complicada, em hérnia inguinal direita. O paciente foi encaminhado para a realização laparotomia exploradora, que confirmou apendicite aguda grau IVa em hérnia inguinal direita, sendo realizada ressecção de apêndice cecal e drenagem de abscesso cavitário. Paciente evoluiu com melhora de quadro agudo, recebendo alta em seu quinto dia de pós operatório. A abordagem eletiva da hérnia inguinal ainda não realizada, devido necessidade de adequação de rotinas diante da pandemia do Sars-Cov-2. **DISCUSSÃO:** A abordagem cirúrgica da hérnia de Amyand com apendicite aguda deve ocorrer em dois tempos, o primeiro tempo consistindo em apendicectomia de urgência e o segundo tempo, herniorrafia eletiva. A laparotomia exploradora mediana infraumbilical é defendida quando há suspeita de perfuração, abscesso pélvico ou apendicite aguda gangrenosa. No caso relatado, embora incomum, foi possível realizar diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda possivelmente complicada, em hérnia inguinal direita através da tomografia e nesta vertente, optou-se pela realização de abordagem cirúrgica via laparotomia exploradora. Normalmente, o segundo tempo, com herniorrafia inguinal, é realizado de um a dois meses após apendicectomia, de modo que seja possível a melhora do processo inflamatório, com consequente possibilidade de utilização de tela de polipropileno e redução do risco de recidiva de hérnia inguinal.

PO 3405

**TUMOR NEUROENDÓCRINO DE CECO: UM RELATO DE CASO**

Rafael Bruno da Silveira Alves; Amanda Machado Ferreira; Christiane Diva Veneroso; Fernando Augusto Januário de Menezes; Nájila Aélida Oliveira Viana; Yuji Xavier Eto.

*HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** As células neuroendócrinas estão distribuídas por todo o corpo, dessa forma, as neoplasias neuroendócrinas (NENs) podem surgir em diferentes órgãos com diferentes perfis de produção hormonal. Os sítios primários mais frequentes são trato gastrointestinal (TGI) (62-67%) e pulmão (22-27%). No TGI, a incidência média anual é de 6,09 casos por 100.000 habitantes, tendo a taxa de diagnósticos crescido nos últimos anos devido o avanço da endoscopia.

A relevância deste relato é tratar de uma neoplasia rara, cujos estudos são escassos. Objetivou-se assim expor o caso de um paciente atendido no Hospital Alberto Cavalcanti em Belo Horizonte - MG.

**RELATO DE CASO:** L.F.S., masculino, 60 anos, hipertenso, apendicectomia prévia, sem história familiar de neoplasias. Iniciou quadro de constipação intestinal e dores abdominais durante um mês, tendo procurado o serviço de urgência após três dias de distensão e dor abdominal, sem evacuações, eliminando flatos. Ao exame: abdome globoso, distendido, hipertimpânico, doloroso à palpação, sem ruídos hidroaéreos. À sondagem nasogástrica houve drenagem de secreção biliar, com alívio parcial dos sintomas.

Tomografia computadorizada abdominal revelou "massa ao nível do ceco associada a distensão do intestino delgado, possivelmente relacionada a semi-obstrução intestinal, sendo neoplasia primária a principal hipótese". Optou-se então por abordagem cirúrgica de urgência.

Durante o procedimento foi visualizada grande massa de aspecto neoplásico no ceco, aderida ao retroperitônio e íleo terminal, comprometendo a válvula ileocecal com área fibrótica em omento. Realizada ileocectomia direita com anastomose primária mecânica e biópsia de omento, sendo necessária reabordagem cirúrgica no quinto dia pós-operatório por deiscência anastomótica, com confecção de ileostomia terminal e fístula mucosa de trasverso.

A análise anatomopatológica revelou tratar-se de um carcinoma neuroendócrino (CNE) ulcerado e invasor de 7,5cm em seu maior eixo, com metástase em cinco de onze linfonodos regionais e omento. Porém a imuno-histoquímica (IHQ) identificou expressão de cromogranina e sinaptofisina nas células tumorais, com índice de proliferação

PO 3411

**MANEJO DO PACIENTE COM ESTENOSE SUBGLÓTICA POR GRANULOMATOSE COM POLIANGIITE**

Fernando Luiz Westphal; Renata Motoki Amorim Pereira; João Gabriel Linhares Pulner; Luiz Carlos de Lima; José Corrêa Lima Netto; Luciano Bandeira Bendaham; Mário Sérgio Monteiro Fonseca; Fernando Luiz Westphal Filho.

*UFAM, MANAUS - AM - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Granulomatose com Poliangiite (GPA) é uma vasculite necrosante de pequenos vasos, acomete vasos sanguíneos dos rins, trato aéreo superior e inferior. Manifesta-se sem predileção por sexo, com maior incidência na quinta década de vida. Dos acometidos, 70% apresentam sintomas no trato aéreo superior, como sinusite, epistaxe e nariz em sela, já a presença de estenose subglótica traqueal (EST) é observada em 16% dos pacientes. O objetivo deste estudo é apresentar o caso clínico de uma paciente com EST proveniente de GPA. **RELATO DE CASO:** Feminino, 28 anos. Apresentou-se devido dispneia aos esforços há três anos, sibilos, epistaxe e tosse seca há 18 meses associados a quadros de sinusite. Ao exame físico, nariz em sela, taquipnéia e estridor laríngeo. A dosagem de ANCA-c teve resultado positivo. Espirometria com padrão de obstrução fixa sem resposta ao broncodilatador. Tomografia evidenciou espessamento difuso das paredes da laringe subglótica. Na broncoscopia, EST com 7,0mm de diâmetro para a qual foram realizadas dilatações sucessivas através de dilatador do diâmetro 6,5mm ao 11,0mm. À histopatologia padrão compatível com GPA. Desse modo diagnosticando GPA. Cerca de 1 mês pós broncoscopia, ocorreu recidiva dos sintomas. Uma nova tomografia, evidenciou nova EST, desse modo, objetivando a perviedade da via aérea, optou-se pela colocação de endoprótese traqueobrônquica (EPTB) por broncoscopia. Paciente permanece há cinco anos com a órtese, sendo substituída quatro vezes no período. **DISCUSSÃO:** Entre 16 e 23% dos pacientes portadores de GPA desenvolvem EST, com maior tendência o sexo feminino (73%) entre 26 e 40 anos, mesmo perfil da paciente apresentada. O diagnóstico de GPA é baseado na combinação do quadro clínico, sorologia ANCA positiva e histologia de vasculite necrosante em órgão acometido. A presença de pelo menos 2 dos critérios traz especificidade de 92% e sensibilidade de 88%, confirmando o diagnóstico de GPA a partir dos dados clínicos, histológicos e positividade ANCA. O tratamento de indução por rituximab e glicocorticoide não apresentou resultados frente a EST, nesse caso a terapia proposta é a dilatação intratraqueal associada à injeção intralesional de glicocorticoide, visando prevenir reestenose. Tal dilatação ocorre através de dilatadores rombos, balões ou laser, porém a paciente apresentou recidiva à dilatação. Outras opções de tratamento são a reconstrução cirúrgica e uso de EPTB. As EPTBs promovem a perviedade da via aérea e podem ser colocadas por via endoscópica, minimamente invasiva. Elas são opções eficazes para a estenose das vias aéreas, resolvendo de forma imediata os sintomas respiratórios. As EPTBs alcançaram resultados positivos em EST (superiores à ablação a laser e dilatação), sendo o seu uso uma opção em refratariedade. A paciente deste estudo utiliza EPTB há 5 anos, com bons resultados. A experiência positiva neste caso ressalta a possibilidade de sucesso da EPTB no tratamento de pacientes refratários.

PO 3412

**A IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL E A SÍNDROME DE LYNCH: UM RELATO DE CASO**

Raissa Dalat Coelho Furtado<sup>1</sup>; Amanda Lage Araújo Alves<sup>1</sup>; Christiane Diva Veneroso<sup>1</sup>; Daniel Leite Barreto<sup>2</sup>; Eduarda Paes Fontoura Alves dos Santos<sup>2</sup>; Juliana Karla Gonçalves Guimarães<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
2. HOSPITAL CRISTIANO MACHADO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

A Síndrome de Lynch (SL) é a causa de câncer colorretal (CCR) hereditária mais comum e trata-se de uma condição genética autossômica dominante rara decorrente da mutação de genes que regulam o reparo do DNA ou no gene EPCAM, gerando um defeito conhecido como instabilidade de microssatélites. Deve ser suspeitada em pacientes com CCR sincrônico ou metacrônico antes dos 50 anos de idade, cânceres múltiplos associados à SL e em casos de agrupamento familiar de cânceres associados a esta síndrome. Seu desenvolvimento ocorre de forma precoce e na maioria das vezes, são assintomáticos até a descoberta da lesão maligna. O rastreamento para CCR tem demonstrado reduzir a morbimortalidade em indivíduos portadores da síndrome, motivando sua aplicabilidade rumo a melhores desfechos para os pacientes acometidos.

RBA, 33 anos, masculino, natural de Belo Horizonte, submetido à confecção de ileostomia desobstrutiva em laparotomia de urgência, com achados de carcinomatose peritoneal e linfonodos difusos em cadeias abdominopélvicas. Obteve diagnóstico confirmado de adenocarcinoma mucinoso de cólon associado a SL estadio IV, a partir de biópsia e imunohistoquímica, apresentando perda de expressão do MSH2 e MSH6 e resultado positivo para pesquisa de instabilidade microssatélite. Histórico familiar de cinco neoplasias distintas em avó materna, sendo a primeira anteriormente aos 40 anos de idade, e tios maternos com história de câncer de cólon e de laringe, no entanto, o paciente não realizou rastreamento para CCR. Atualmente encontra-se em seguimento oncológico em unidade especializada do sistema único de saúde de Belo Horizonte em vigência de quimioterapia e aguarda início de imunoterapia.

Uma história familiar de CCR e outros cânceres apresenta-se como o primeiro passo na identificação da SL e o teste genético passou a ser um componente diagnóstico adicional. Vários guidelines com critérios clinicopatológicos tem sido utilizados para identificar indivíduos com risco para SL. Ainda são limitados em sensibilidade, mas validam a importância primordial da suspeita clínica e auxiliam na aplicabilidade dos testes genéticos. Apesar de serem recomendados por alguns grupos para todos os pacientes diagnosticados com CCR, não tem sido realizados universalmente. Indica-se a colonoscopia para os portadores da SL, a ser realizada anualmente a partir dos 20-25 anos, ou dois a cinco anos subtraídos da idade mais precoce de CCR diagnosticado na família, e/ou bienal até os 40 anos, quando se passa obrigatoriamente ao rastreamento anual. Um estudo prospectivo demonstra que o rastreamento a partir da colonoscopia tende a minimizar a morbimortalidade na progressão da doença, através do diagnóstico inicial. A SL ainda é amplamente sub-reconhecida e pode apresentar-se com melhor prognóstico a depender da conscientização da necessidade do rastreamento e da suspeita clínica oportuna, aplicando as ferramentas atualmente disponíveis para um melhor manejo clínico.

PO 3413

**A IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL E A SÍNDROME DE LYNCH: UM RELATO DE CASO**

Raissa Dalat Coelho Furtado<sup>1</sup>; Amanda Lage Araújo Alves<sup>1</sup>; Christiane Diva Veneroso<sup>1</sup>; Daniel Leite Barreto<sup>2</sup>; Eduarda Paes Fontoura Alves dos Santos<sup>2</sup>; Juliana Karla Gonçalves Guimarães<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
2. HOSPITAL CRISTIANO MACHADO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

A Síndrome de Lynch (SL) é a causa de câncer colorretal (CCR) hereditária mais comum e trata-se de uma condição genética autossômica dominante rara decorrente da mutação de genes que regulam o reparo do DNA ou no gene EPCAM, gerando um defeito conhecido como instabilidade de microssatélites. Deve ser suspeitada em pacientes com CCR sincrônico ou metacrônico antes dos 50 anos de idade, cânceres múltiplos associados à SL e em casos de agrupamento familiar de cânceres associados a esta síndrome. Seu desenvolvimento ocorre de forma precoce e na maioria das vezes, são assintomáticos até a descoberta da lesão maligna. O rastreamento para CCR tem demonstrado reduzir a morbimortalidade em indivíduos portadores da síndrome, motivando sua aplicabilidade rumo a melhores desfechos para os pacientes acometidos.

RBA, 33 anos, masculino, natural de Belo Horizonte, submetido à confecção de ileostomia desobstrutiva em laparotomia de urgência, com achados de carcinomatose peritoneal e linfonodos difusos em cadeias abdominopélvicas. Obteve diagnóstico confirmado de adenocarcinoma mucinoso de cólon associado a SL estadio IV, a partir de biópsia e imunohistoquímica, apresentando perda de expressão do MSH2 e MSH6 e resultado positivo para pesquisa de instabilidade microssatélite. Histórico familiar de cinco neoplasias distintas em avó materna, sendo a primeira anteriormente aos 40 anos de idade, e tios maternos com história de câncer de cólon e de laringe, no entanto, o paciente não realizou rastreamento para CCR. Atualmente encontra-se em seguimento oncológico em unidade especializada do sistema único de saúde de Belo Horizonte em vigência de quimioterapia e aguarda início de imunoterapia.

Uma história familiar de CCR e outros cânceres apresenta-se como o primeiro passo na identificação da SL e o teste genético passou a ser um componente diagnóstico adicional. Vários guidelines com critérios clinicopatológicos tem sido utilizados para identificar indivíduos com risco para SL. Ainda são limitados em sensibilidade, mas validam a importância primordial da suspeita clínica e auxiliam na aplicabilidade dos testes genéticos. Apesar de serem recomendados por alguns grupos para todos os pacientes diagnosticados com CCR, não tem sido realizados universalmente. Indica-se a colonoscopia para os portadores da SL, a ser realizada anualmente a partir dos 20-25 anos, ou dois a cinco anos subtraídos da idade mais precoce de CCR diagnosticado na família, e/ou bienal até os 40 anos, quando se passa obrigatoriamente ao rastreamento anual. Um estudo prospectivo demonstra que o rastreamento a partir da colonoscopia tende a minimizar a morbimortalidade na progressão da doença, através do diagnóstico inicial. A SL ainda é amplamente sub-reconhecida e pode apresentar-se com melhor prognóstico a depender da conscientização da necessidade do rastreamento e da suspeita clínica oportuna, aplicando as ferramentas atualmente disponíveis para um melhor manejo clínico.

PO 3414

**LEIOMIOSSARCOMA PARATESTICULAR, RELATO DE CASO**

Jéssica Eloísa Mosconi; Marcelino Paiva Martins; Alessandra Sivila Alvarez; Chiara Ferracini Campos; Yasmin Padilha; Gabriely Beltramin Faxina; Giovana Balbinot.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** sarcomas são neoplasias do tecido conjuntivo que raramente acometem o trato geniturinário, representando apenas 2% das malignidades urológicas. Apesar disso, são responsáveis por 90% dos tumores paratesticulares malignos, que correspondem a 1,5 % das massas escrotais. Por conseguinte, a apresentação histológica de maior prevalência, 19-32% dos sarcomas paratesticulares, são os leiomiossarcomas, que se originam da musculatura lisa. De modo a acometer o cordão espermático, escroto e epidídimo, sendo raramente diagnosticados em fases pré-operatórias. Diante do exposto, o presente artigo tem por objetivo relatar raro caso de leiomiossarcoma paratesticular em paciente masculino encaminhado para Centro Especializado em Oncologia para investigação de massa escrotal indolor.

**RELATO DE CASO:** paciente J.J.D.P., masculino, 77 anos, lavrador, com histórico de trauma em região escrotal com aumento de volume, mais evidente à direita, há 6 meses. Ao exame físico, exibia massa volumosa palpável com distorção da arquitetura em escroto de aproximadamente 15 cm, predominantemente à direita, indolor, com ausência de sinais flogísticos e de linfonodomegalias regionais. Por conseguinte, foi submetido a orquiectomia direita com linfadenectomia inguinal ipsilateral. Posterior análise anatomopatológica evidenciou neoplasia mesequimatosa de alto grau, paratesticular, medindo 12 x 9 x 6 cm, e linfonodos negativos para malignidade, e imuno-histoquímica revelando leiomiossarcoma pouco diferenciado. Além disso, em decorrência da ausência de sinais de malignidade e metástase em tomografia realizada no pós-operatório, foi determinado estadió clínico IA. Em seguida, iniciado tratamento adjuvante com quimiorradioterapia concomitante local-regional.

**DISCUSSÃO:** o leiomiossarcoma paratesticular é um tumor maligno com pico de incidência em homens entre a sexta e sétima década de vida, apresentando-se como uma massa de crescimento lento, geralmente indolor, podendo estar associada a hidrocele, sendo raramente diagnosticados em fases pré-operatórias. Desse modo, os principais diagnósticos diferenciais incluem hérnia inguinoscrotal, hidrocele e outros tumores, como leiomioma benigno, mesotelioma fibroso e fibromatose. Com relação ao tratamento, a orquidectomia radical inguinal com ligadura alta do cordão espermático é o procedimento cirúrgico de escolha, devido as altas taxas de recorrência local associadas ao tumor. Neste contexto, a radioterapia adjuvante loco-regional tem demonstrado bons resultados na redução da taxa de recidivas. Em relação a quimioterapia adjuvante ainda não há um consenso a respeito de seus benefícios na terapia de sarcomas paratesticulares.

PO 3415

**HÉRNIA PARAESTOMAL: RELATO DE CASO**

Ana Paula Gonçalves Faria<sup>1</sup>; Mariane de Melo Silveira<sup>1</sup>; Edson Antonacci Jr.<sup>1</sup>; Laura de Castro Simão<sup>1</sup>; Amanda Tatiele Carneiro Alves<sup>1</sup>; Maria Luiza Batista Borges Amado<sup>2</sup>; Bruna Aparecida Nunes Marra<sup>1</sup>; Isabella Reis Santiago<sup>1</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS MINAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL

**Introdução:** A hérnia paraestomal é do tipo incisional, uma complicação comum que ocorre no local de exteriorização de estomas intestinais, principalmente nas colostomias terminais, com incidência de 12 a 48%. A principal etiologia é um erro técnico, e o paciente pode apresentar-se com abaulamento do estoma, associado ou não à dor, sangramento, vazamento do conteúdo intestinal, distensão abdominal e náuseas. Encarceramento do conteúdo herniado complica o quadro. Relato de caso: D.A, sexo masculino, 72 anos, em uso de colostomia terminal à esquerda há 15 anos devido à megacólon chagásico. Compareceu ao Hospital Regional Antônio Dias, em Patos de Minas – MG, com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há quatro horas, associado à prolapso da colostomia e alteração da coloração da mucosa intestinal. Relatava crise de tosse como fator desencadeante. Sem outros sintomas. História pregressa de 5 episódios de mau funcionamento da colostomia. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, desidratado +/4+, abdome flácido e ruídos hidroaéreos diminuídos, ausência de sinais de peritonite e prolapso de colostomia de aproximadamente 20 cm com mucosa escurecida. Exames laboratoriais demonstraram apenas leucocitose (11700 leucócitos/campo). Paciente foi submetido à laparotomia exploradora que evidenciou herniação de 10 cm de delgado da transição jejuno-ileal através do orifício da colostomia com sinais de isquemia. Foi realizado ampliação do orifício ao redor da colostomia, teste com soro morno evidenciando peristalse da alça e posterior redução do conteúdo herniado. Além disso, foi realizada colectomia de área necrótica do cólon prolapsado na colostomia. Paciente evoluiu sem complicações pós-operatórias, com colostomia funcionante, recebendo alta hospitalar no 8º dia pós-operatório. **Discussão:** A hérnia paraestomal ocorre por erro técnico, caracterizado pela criação de um defeito aponeurótico excessivamente amplo (maior que 3 cm para as colostomias). O diagnóstico é clínico, e exames de imagem podem auxiliar em casos de dúvida. O tratamento cirúrgico é indicado quando há dor, encarceramento, estrangulamento ou obstrução intestinal, ulceração da pele, fistulização, dificuldade de fixação do dispositivo coletor e defeito estético. Não existe um método ideal recomendado para todos os casos e a escolha da técnica deve ser individualizada com o objetivo de oferecer menor morbidade. A colocação preventiva de tela em pacientes que serão submetidos à colostomia terminal definitiva consiste em uma medida efetiva na prevenção da hérnia paraestomal. Essa conduta é corroborada pela literatura médica que demonstra maior incidência de hérnia em pacientes operados sem a colocação de prótese. Este relato de caso justifica-se pela importância da divulgação de informações no meio médico e acadêmico, associado à necessidade de cuidados que previnam a ocorrência de complicações como a hérnia paraestomal.

PO 3416

**APENDICITE AGUDA NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO**

Eduarda Andres Tomilin; Giovana Maria Fontana Weber; Tatiana Carolina Pavan Poloni; Larissa Moser Rocha; Dóris Medianeira Lazarto Swarowsky.

*UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Devido à fisiologia da gestação, as manifestações de certas patologias diferem do usual. Nesse contexto, podemos destacar a apendicite, considerada a causa de cirurgia não obstétrica mais comum na gestação. Seu diagnóstico é dificultado devido a causas obstétricas que podem obscurecer as manifestações clínicas e aos indicadores bioquímicos, os quais apoiam o diagnóstico de apendicite e podem não ser confiáveis durante a gestação. Sendo assim, o diagnóstico de apendicite na gravidez, se feito tardiamente, pode acarretar danos maternos e fetais. **RELATO DE CASO:** Gestante, 34 anos com idade gestacional de 18 semanas, interna em hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul com queixa de dor abdominal intensa em ambos flancos há 48 horas. Negava demais queixas. Solicitou-se exames laboratoriais e de imagem, apresentando os seguintes resultados: leucócitos 16.400 (2% bastões), hemoglobina 10,3, hematócrito 30,9%, plaquetas 236.000 e EQU normal. A ultrassonografia (US) de abdome não identificou infiltrados ou plastrões nem o apêndice. Tendo em vista o quadro clínico apresentado, a ressonância magnética (RNM) também foi solicitada e demonstrou de alça distendida, tubular, terminando em fundo cego, com paredes levemente espessadas e com diâmetro transversal estimado em 1,9 cm medialmente ao ceco e cólon ascendente, posterior ao útero gravídico e a direita da linha média; leve infiltrado da gordura peritoneal adjacente e alguns linfonodos mesentéricos discretamente aumentados de volume. Paciente foi submetida à apendicectomia por videolaparoscopia apresentando secreção purulenta franca na cavidade, apêndice roto, subcecal e com apêndice epilóico aderido, ressecando-se o apêndice cecal e o tecido necrosado. Paciente apresentou boa evolução pós operatória e recebeu alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** A apendicite aguda é a causa mais comum de cirurgia não obstétrica durante a gestação, afetando de 1:800 a 1:1500 mulheres, principalmente no segundo trimestre (DUQUE, G, 2020). O diagnóstico é um desafio devido às alterações morfológicas da gravidez (DUARTE, C. 2020), e seu atraso representa a principal causa de mortalidade materna e fetal. Nesse sentido, o apêndice não roto está associado a uma taxa de perda fetal de 3% a 5% e de 20% a 25% quando roto, elevando a mortalidade materna para 4% (ZACHARIAH, S. 2019). Os laboratoriais podem indicar leucocitose (DUQUE, G, 2020), mas são insuficientes, sendo necessários exames de imagem, em especial a US e a RNM, sendo a US a primeira escolha, pois é segura, efetiva e fornece informações fetais. Em muitos casos, como o em questão, torna-se necessário a realização da RNM devido ao quadro clínico da gestante. Quanto ao tratamento, é necessário avaliar cada caso, em especial, no que se refere às vantagens da videolaparoscopia e à necessidade de cirurgia convencional no final da gestação.

PO 3417

**EMBOLIIZAÇÃO ESPLÊNICA E ESPLENECTOMIA EM UM PORTADOR DE MIELOFIBROSE PRIMÁRIA**

Jéssica Caixeta Silva Sampaio<sup>1</sup>; Leticia Sampaio Castro<sup>2</sup>; Leticia Sampaio Castro<sup>3</sup>; Isabelle Cristina Abreu Bilio<sup>4</sup>; Eduardo Nogueira Freitas Ximenes<sup>4</sup>; Bruno Queiroz Claro Berbem<sup>4</sup>; Winne Noleto Martins<sup>4</sup>; Larissa Caixeta Sampaio<sup>5</sup>.

1. HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS -HFA, BRASÍLIA - DF - BRASIL
2. UNIEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL
3. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL
4. HFA, BRASÍLIA - DF - BRASIL
5. UNIEVANGELICA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A mielofibrose primária é uma neoplasia mieloproliferativa na qual ocorre expansão clonal de células mieloides e pode ser acompanhada de mutações JAK2, CALR ou MPL. O processo de mieloproliferação clonal se associa à esplenomegalia, uma das principais manifestações da doença que associada a citopenias caracteriza uma condição denominada hiperesplenismo, a qual possui como uma das alternativas de tratamento a embolização esplênica, procedimento realizado com a infusão intra-arterial de micropartículas de gel, que promove a oclusão da microcirculação esplênica. A embolização esplênica parcial consiste em um tratamento não cirúrgico menos invasivo para a condição de hiperesplenismo. O estudo visa relatar caso de um paciente portador de mielofibrose primária com hiperesplenismo sintomático, analisando as possíveis alternativas de condutas terapêuticas, assim como suas particularidades e complicações, bem como a embolização esplênica no contexto de pacientes com contraindicação à realização da esplenectomia. **RELATO:** D.M, 54 anos, ex tabagista, portador de mielofibrose JAK-2 positivo, com esplenomegalia de grande monta e hiperesplenismo. Apresentou gengivorragia, epistaxe e hematúria importantes em fevereiro. Exames laboratoriais apresentavam hemoglobina (Hb) 8,7, plaquetas: 14.000 e demais exames sem alterações. Realizada angiotomografia de abdome evidenciando esplenomegalia homogênea. Optou-se pela embolização esplênica parcial com injeção de solução embolizante, contraste radiológico e gentamicina. Dois meses após o procedimento, paciente deu entrada na mesma unidade hospitalar com queixa de dor abdominal, febre intermitente e hematúria macroscópica. Exames laboratoriais evidenciaram plaquetopenia de 11.000 e Hb 8,2. Tomografia computadorizada de abdome total evidenciando Esplenomegalia com baço de 18,8X13,7X31,6cm (volume 4.256cm<sup>3</sup>). Notou-se áreas compatíveis com degeneração necrótica, usualmente vistos no contexto pós-operatório de quimioembolização, não se excluindo possibilidade de abscesso esplênico. Paciente foi submetido à esplenectomia convencional, identificando-se no intra-operatório áreas de infarto e abscesso esplênico. **DISCUSSÃO:** Em 1973, Maddison introduziu a embolização esplênica como tratamento endovascular de varizes hemorrágicas secundárias à hipertensão portal e do hiperesplenismo. Entretanto, pode haver complicações, desde Síndrome pós embolização, com caráter limitado, apresentando febre, leucocitose e dor abdominal, até abscesso esplênico e rotura esplênica. O mesmo evoluiu com abscesso esplênico, indicação formal de esplenectomia. A escolha foi esplenectomia convencional devido ao volume esplênico, inviabilizando a via laparoscópica. A embolização esplênica pode se configurar como uma alternativa terapêutica isolada, e apesar de se apresentar como uma excelente indicação para esses casos mas complicações podem surgir posteriormente, fazendo com que seja necessária também a realização de uma esplenectomia.

PO 3418

**NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM FIBROADENOMA NA ADOLESCÊNCIA: RELATO DE CASO**

Natália Isaia Browne Maia; Amanda Tomazzoni Michelin; Alice Wichrestiuik D'Arísbo; Bruna Rossetto; Pablo Eduardo Dombrowski; Yasmin Podlasinski da Silva; Vivian Liz de Medeiros Vieira; Eduarda Vanzing da Silva.

*UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O fibroadenoma é a lesão benigna da mama mais prevalente em mulheres de 15 a 30 anos de idade, sendo considerado um fator de risco para o câncer de mama pela perda de seguimento das pacientes. Com característica nodular, sólida, não fixo ao tecido adjacente, móvel ao exame e diagnóstico clínico e com maior prevalência no quadrante súpero-lateral. O tratamento é cirúrgico, majoritariamente por nodulectomia, minimamente invasiva por ablação ou por técnica aberta, ambas visam a retirada completa da lesão. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina ASM, 16 anos, menarca aos 13 anos, nuligesta, nega cirurgias prévias, comorbidades, alergias, uso de medicação, tabagismo, alergias e histórico familiar para carcinoma de mama. Na primeira consulta, queixa-se principalmente a percepção de nódulo na mama direita. Ao exame, axilas livres, notou-se a presença de nódulo, sólido, delimitado, móvel à palpação, de 2,5 cm, no quadrante inferior lateral da mama direita. Após ecografia mamária, foi confirmado nódulo hipoecóico, oval, circunscrito, orientado horizontalmente e medindo 2,4 x 1,4 x 1,2 cm. Posição 8h distando 6 cm do mamilo direito. Foi proposto seguimento com ecografia mamária em 6 meses. Na volta, a paciente referiu dor na mama direita, aumento do nodulação. A ecografia confirmou crescimento, com medidas de 3,1 cm e de aspecto isoecóico. A conduta sugerida foi biópsia nodular, entretanto, a paciente optou por excisão do mesmo. A exérese foi feita através de incisão periareolar, procedimento sem intercorrências. O resultado anátomo-patológico constatou fibroadenoma. Apresentou ótima evolução pós-operatória e cicatriz de aspecto usual. **DISCUSSÃO:** A fisiopatologia do fibroadenoma é desconhecida, no entanto há relação com a resposta acentuada dos lóbulos e do estroma mamário aos estímulos hormonais que ocorrem após a menarca. A incidência de transformação maligna é muito baixa (0,1 a 0,3% dos casos), ocorrendo em faixa etária dos 40 aos 45 anos. Na palpação manual, deve-se verificar a delimitação da lesão e sua consistência, juntamente com a presença ou a ausência de mobilidade da massa. A indicação cirúrgica é baseada nas dimensões da lesão, no quão dolorido é a mesma e na idade da paciente. O tratamento tende a ser cirúrgico em tumores doloridos e com diâmetros maiores que 2 cm, consistindo na exérese simples, que tem como objetivo principal evitar deformidades futuras, pois, apesar de o crescimento do fibroadenoma ser lento, ele tem como característica ser progressivo. A intervenção cirúrgica tem como desvantagens dano no sistema ductal da mama e modificações nas imagens reproduzidas na mamografia (aumento da espessura da pele, distorção arquitetônica e aumento da densidade focal). Em tumores menores, nas pacientes com menos de 25 anos, o acompanhamento clínico é o mais indicado, em conjunto com o controle clínico e/ou ecográfico semestral, sendo recomendada a exérese nos casos de crescimento persistente da lesão e ansiedade da paciente.

PO 3420

**ESTENOSE PÍLÓRICA COMO COMPLICAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA EM PACIENTE COM LINFOMA GÁSTRICO: RELATO DE CASO**

Victor Antônio Brocco; Fábio Herrmann; João Paulo Carlotto Bassotto; Eduardo José Bravo Lopez; Mayara Christ Machry; Pedro Miguel Goulart Longo; Roberto Pelegrini Coral; Rodrigo dos Santos Falcão.

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Quimioterapia (QT) faz parte do arsenal terapêutico no tratamento das neoplasias gástricas, apesar de trazer bons resultados nas doenças linfoproliferativas como terapia padrão, também pode evoluir com complicações. A seguir será relatado um caso de estenose pilórica (EP) como complicação do uso de QT no tratamento do linfoma gástrico.

**RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 37 anos, história de linfoma gástrico difuso de grandes células B que se estendia da grande curvatura até o antro-gástrico tratado com 6 ciclos de QT. Acompanhamento por PET-CT 6 meses após tratamento evidenciou redução importante da doença em corpo e antro-gástrico com resposta satisfatória. Paciente seguiu acompanhamento ambulatorial com perda ponderal expressiva, inapetência e vômitos com resíduos alimentares, sendo submetido à investigação complementar endoscópica demonstrando estenose em topografia pilórica. Sabidamente, concomitante ao quadro obstrutivo, apresentou-se também com suspeita de coledocolitíase, sendo indicado o tratamento cirúrgico híbrido de colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia transoperatória associada à gastrectomia parcial com reconstrução em Y-de-Roux. Biópsia da peça cirúrgica demonstrou diagnóstico de EP sem presença de neoplasia. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** O linfoma é um tumor raro correspondendo a 5% das neoplasias gástricas primárias. O linfoma difuso de grandes células B ocorre em 59% dos casos. O tratamento é feito com QT<sup>1</sup>. Existem poucos trabalhos que descrevem as complicações gástricas que ocorrem com o uso de QT, sendo a EP uma dessas complicações<sup>2</sup>. No estudo de Spectre G. et al., que analisou pacientes submetidos a QT por linfoma gástrico, 8 pacientes (11%) tiveram um quadro descrito como 'obstrução da saída gástrica'. Os quadros ocorreram durante a QT (em média após 4 ciclos). O perfil dos pacientes do estudo foi semelhante ao caso aqui relatado, visto que 75% dos pacientes não tinham evidência de linfoma ativo no momento da obstrução, e que 6 dos 8 pacientes tinham envolvimento antral no momento do diagnóstico. Quanto ao manejo, o tratamento cirúrgico foi indicado em 3 pacientes. A sobrevida média global do estudo foi de 90 meses, e a sobrevida dos pacientes com obstrução foi de 94 meses<sup>3</sup>.

Kadota T. et al. em estudo semelhante, relataram 'estenose gástrica' em 3 pacientes (3%), que ocorreram entre segundo e quarto ciclos de QT (achado semelhante ao estudo anterior), que foi considerado pelos autores como complicação tardia, provavelmente relacionada à cicatrização da lesão. Em todos três pacientes, lesão mostrou ter se espalhado por toda circunferência da zona antral gástrica antes do tratamento, o que vai ao encontro do estudo já citado, podendo ser envolvimento neoplásico do antro um fator relacionado com estenose gástrica. Contudo, percebe-se que EP como complicação de QT é algo pouco frequente na rotina e a cirurgia configura como o tratamento preferencial nessa condição.

PO 3421

**LEIOMIOMA GIGANTE COM RARA TRANSFORMAÇÃO SARCOMATOSA**

Jéssica Eloísa Mosconi; Marcelino Paiva Martins; Chiara Ferracini Campos; Alessandra Sivila Alvarez; Yasmin Padilha; Giovana Balbinot; Gabriely Beltramin Faxina.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Os leiomiomas são tumores benignos da musculatura lisa uterina estrogênio-dependentes, que acometem 20-25% das mulheres em idade fértil, sendo relativamente raro em mulheres jovens e na pós-menopausa. Além disso, constituem a principal indicação de histerectomia devido à morbidade associada as complicações atreladas, como dismenorreia, compressão de estruturas adjacentes, anemia ferropriva e infecções secundárias. Ademais, apesar de extremamente raro, em 0,4 a 1,4% dos casos pode ocorrer a degeneração sarcomatosa dos leiomiomas, que consiste malignização dos tumores. Ainda assim, sarcomas uterinos representam aproximadamente 1% de todas as malignidades do trato genital feminino e 3% a 7% de todos os cânceres uterinos, tendo o leiomiossarcoma como subtipo mais comum. Diante do exposto, o presente artigo tem por objetivo relatar raro caso transformação sarcomatosa de leiomioma em paciente encaminhado para Centro Especializado em Oncologia para investigação de dor e aumento de volume abdominal.

**RELATO DE CASO:** paciente R.C.D.R., feminina, 51 anos, com histórico de dor abdominal há 5 meses, acompanhada de aumento do volume abdominal e menometrorragia, sem evidências de alterações de trato gastrointestinal e urinário, e ausência de sintomas de climatério. Ao exame físico apresentava massa palpável de região pélvica a mesogástrica, com cerca de 25 cm. Tomografia computadorizada de abdome e pelve revelando aumento de volume uterino, sugestivo de miomatose com transformação sarcomatosa. Consequentemente, submetida a laparotomia exploradora, procedida de histerectomia total. Análise anatomopatológica revelando leiomioma gigante com mitoses ativas, medindo 26 x 20 x 19 cm e com 3.455 gramas, com ausência de acometimento linfonodal e de malignidade, e imuno-histoquímica compatível com neoplasia fuso celular com atividade mitótica de moderado grau. Em seguida, iniciado tratamento adjuvante e radioterapia.

**DISCUSSÃO:** leiomiomas são neoplasias miométrio benignas desenvolvidas a partir da proliferação monoclonal de célula muscular lisa do miométrio normal, com apresentação, na maioria dos casos, assintomática. No entanto, quando sintomáticos, a hipermenorreia é a principal manifestação clínica, podendo estar associada à dor pélvica, aumento de volume abdominal, em decorrência da sua grande capacidade de crescimento. Os leiomiossarcomas, assim como os leiomiomas são derivados da musculatura lisa uterina, entretanto, possuem caráter maligno, acometendo mulheres acima de 40 anos de idade e se manifestam através de sangramento vaginal anormal, massa pélvica palpável e/ou dor pélvica. Desse modo, devido aos sinais e sintomas semelhantes associada a possibilidade de transformação sarcomatosa dos miomas à distinção pré-operatória entre o tumores pode ser difícil, assim como, a diferenciação entre condições não neoplásica, como as alterações desencadeadas pela endometriose.

PO 3422

**TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO EM LESÃO TRAUMÁTICA ESPLÊNICA E RENAL GRAUS IV - RELATO DE CASO**

Bruno Venâncio Cacilhas; Renata Franco Gonçalves; Bruno Ferreira de Azevedo; Felipe Franco Gonçalves; Henrique Leal Deschamps; Maria Tereza Costa Lage; Rafaela Valente; Thiago Leão Soares.

*HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Durante várias décadas, o único tratamento aceitável para lesões graves de órgãos intra abdominais provocadas por trauma contuso era cirúrgico. Com o desenvolvimento da medicina e das possibilidades diagnósticas, o tratamento não operatório (TNO) foi empregado com sucesso nas lesões de vísceras maciças abdominais. Porém ainda existem evidências escassas na literatura acerca do TNO em lesões complexas combinadas de dois ou mais órgãos maciços. O referido caso se trata de uma lesão concomitante de rim esquerdo e baço, ambas grau IV, sendo tratada de forma conservadora. **RELATO DO CASO:** Mulher de 21 anos, sofre trauma tóraco-abdominal fechado por colisão de moto contra poste. Socorrida pelo SAMU com pressão arterial (PA) de 80/50, frequência cardíaca (FC) de 104, frequência respiratória (FR) de 22, escala de coma de Glasgow (ECG) de 15. Realizada remoção do local com reposição de 1L de cristalóide durante trajeto. Admitida na sala de urgência aproximadamente 50 minutos após o trauma, já com PA: 130/80, FC: 94, FR: 18, ECG: 15, com boa perfusão capilar, corada e afebril, abdome doloroso em quadrantes superior e inferior esquerdos, sem lesões visíveis em pele. Puncionados dois acessos venosos periféricos calibrosos, realizada sondagem vesical (notou-se hematúria, sem sinais de lesão uretral), analgesia e coleta de sangue para exames iniciais. Realizada tomografia (TC) de crânio e abdome total contrastada, sendo identificadas lesões grau IV em rim esquerdo e baço. Devido à estabilidade clínica durante medidas iniciais e à disponibilidade imediata de exames de imagem e de equipe cirúrgica, optou-se por TNO, internação em CTI, monitorização contínua e eritrograma seriado. As opções terapêuticas, riscos e prognósticos foram apresentadas à paciente e familiares, que concordaram com a conduta proposta. Exames coletados à admissão mostraram leucocitose com desvio à esquerda e hemoglobina: 10mg/dl. Realizada transfusão de 300ml de concentrado de hemácias. Evoluiu sem intercorrências, com reintrodução da dieta após 48h. Radiografia de tórax em 3º dia de internação hospitalar (DIH) mostrou hipotransparência bilateral, levando à realização de TC de tórax, que mostrou derrame pleural bilateral, sem repercussão ventilatória, mantida conduta expectante. Neste dia apresentou-se febril, realizada coleta de culturas e iniciado antibiótico (ATB) venoso, evoluindo com ausência de febre após 72h. Manteve estabilidade hematómica acima de 11mg/dl com queda progressiva de leucócitos até normalização em 6º DIH. Em 9º DIH recebe alta do CTI, encaminhada à enfermaria com melhora clínica progressiva. ATB suspenso após 10 dias. TC abdominal realizadas em 12º e 16º DIH demonstrando melhora. Manteve estabilidade clínico-laboratorial, recebendo alta em 17º DIH. **DISCUSSÃO:** O trabalho em questão é relevante devido a escassez de informações acerca do tema, acrescentando assim, dados na literatura que falam a favor desse tipo de conduta em casos selecionados.

PO 3423

**PÂNCREAS DIVISUM EM ADULTOS: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Julia de Oliveira Melo<sup>1</sup>; Arthur Bispo de Almeida Pinto<sup>2</sup>; Gabriella Santos de Oliveira<sup>2</sup>; Maria Clara Rocha Zica<sup>2</sup>; Reuber Viana de Aguiar<sup>3</sup>; Guilherme Henrique Domingues de Sousa<sup>3</sup>.

1. UNICEUB, ÁGUAS CLARAS - DF - BRASIL
2. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL
3. HOSPITAL HOME, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Introdução:** Pâncreas divisum é a malformação congênita mais comum do pâncreas e ocorre devido a uma falha na fusão dos brotos pancreáticos ventral e dorsal durante a sétima semana de gestação. Cerca de 95% dos pacientes não apresentam sintomas, e aqueles que apresentam manifestam-se durante os primeiros anos de vida. **Relato clínico:** V.S.M., feminino, 73 anos de idade, 63 kg, admitida no Hospital Ortopédico e Medicina Especializada, deu entrada na internação com quadro algico intenso, em barra, no andar superior do abdome e em flanco direito associado a náuseas, vômito e hiporexia. Nega episódios semelhantes anteriormente. Ao exame físico, mal estado geral, hipocorada +/4. Abdome: semigloboso, ruídos hidroaéreos débeis, doloroso a palpação profunda em região epigástrica e em flanco direito. Indolor à palpação superficial. Sinal de Murphy positivo. Ausência de sinais de peritonite. Realizou uma tomografia de abdome total, demonstrando borramento dos planos gordurosos peripancreático e periesplênico com lâmina líquida na goteira parietocólica e pararenal esquerda, inferindo processo inflamatório/infeccioso do pâncreas. Além disso, vesícula biliar distendida, com paredes finas e conteúdo homogêneo. Realizou-se internação e antibioticoterapia empírica (Ciprofloxacina e Metronidazol). A Ultrassonografia evidenciou sinais de pancreatite edematosa aguda, além de hiperdistensão da vesícula biliar e ausência de sinais de colelitíase. Aos exames laboratoriais: queda progressiva da leucocitose e das enzimas pancreáticas e aumento da PCR. Solicitado colangio ressonância magnética, a qual demonstrou Pâncreas Divisum, com ectasia focal da porção proximal do ducto de Santorini, em topografia papila menor, além de pancreatocele e sinais de pancreatite aguda. Achado adicional de pequeno derrame pleural bilateral e ausência de: sinais de dilatação das vias biliares, de coledocolitíase, colelitíase ou colelitíase. Paciente evoluiu com melhora do quadro clínico. **Discussão:** A paciente evoluiu com pancreatite aguda, o que de acordo com a literatura corresponde a síndrome mais frequente em pessoas com o subtipo 1 do pâncreas divisum. Comumente seu diagnóstico, quando sintomático, acontece durante as primeiras décadas de vida, por se tratar de uma alteração congênita. O caso relatado foi descoberto na 7ª década, o que é atípico segundo a literatura. A escolha terapêutica preferencial para pacientes com pâncreas divisum sintomático é a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia da papila menor; todavia, em casos de falha do tratamento endoscópico, pode ser considerada a modalidade cirúrgica. Segundo a literatura, o tratamento endoscópico mostra-se benéfico em casos de pancreatite idiopática recorrente bem definidas, ou seja, quando há dois ou mais episódios de pancreatite. Como no caso relatado a paciente apresentou apenas um caso de pancreatite durante a vida, foi implementado apenas o tratamento clínico.

PO 3424

**TUMORAÇÃO GIGANTE ANEXIAL CURSANDO COM ABDOME AGUDO: RELATO DE CASO PACIENTE DE 15 ANOS**

Jéssica Eloísa Mosconi; Marcelino Paiva Martins; Chiara Ferracini Campos; Alessandra Sivila Alvarez; Gabrieli Beltramin Faxina; Giovana Balbinot; Yasmin Padilha.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** o abdome agudo ginecológico é definido como quadro dor abdominal súbita e aguda oriunda de uma afecção ginecológica, em decorrência de irritação peritoneal, podendo evoluir com quadro de sepse e choque. Ainda, frequentemente associado a gestação ectópica e doenças inflamatória pélvica, e raramente causado por torção anexial e ruptura de cisto anexial. De modo que as torções anexiais correspondem apenas a 3% dos abdomens agudos ginecológicos. No entanto, apesar da baixa incidência, constitui importante causa de dor abdominal aguda em mulheres em idade reprodutiva. Ademais, devido a inespecificidade das manifestações clínicas, associa-se, com frequência, com erros diagnósticos e tratamentos inadequados. Além disso, o diagnóstico tardio da torção anexial pode provocar perda da tuba uterina, do ovário, ou ambos, evoluindo para infertilidade. Diante do exposto, o presente artigo tem por objetivo relatar quadro de abdome agudo decorrente de torção ovariana em paciente de 15 anos encaminhada para Centro Especializado em Oncologia para investigação de dor e aumento de volume abdominal.

**RELATO DE CASO:** paciente J.C.D.S., feminina, estudante, 15 anos, com queixa de dor abdominal há 10 dias, acompanhada de aumento do volume abdominal, sem outras alterações clínicas de trato gastrointestinal e geniturinário. Ao exame físico apresentava massa abdominal palpável de sínfise púbica a região epigástrica, móvel e dolorosa, além de, dor a palpação superficial e profunda de abdome, sem dor a descompressão brusca. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciando tumoração anexial esquerda volumosa, medindo 34 cm de diâmetro em seu maior eixo. Por conseguinte, submetida a laparotomia exploratória, sucedida de salpingo-ooforectomia esquerda. Posteriormente, análise anatomopatológica revelou cisto adenoma seroso integro sem implantes, medindo 37 x 32 x 26 cm e com 9.209 gramas, com ausência de sinais de malignidade.

**DISCUSSÃO:** a torção anexial deriva da rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano, desencadeando estase circulatória, inicialmente venosa, que progredindo para arterial, gangrena e necrose hemorrágica. Seu reconhecimento precoce e a restauração do fluxo sanguíneo são fundamentais para impedir o desencadear de danos irreversíveis. Já, o cisto adenoma seroso de ovário é um tumor com potencial de alcançar tamanhos volumosos e tem incidência, principalmente, em jovens. Por mais, muitos dos seus sintomas são desencadeados pelo efeito de massa das gigantes tumorações, levando a extrínseca compressão de órgãos e estruturas intra-abdominais, podendo resultar em dor abdominal difusa, acompanhada de náuseas, vômitos e dispneia. Desse modo, ambas patologias constituem processo determinante para ocorrência quadro de abdome agudo em mulheres. Assim como, a doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, endometriose, apendicite aguda, ruptura de cisto ovariano e litíase de vias urinárias.

PO 3425

**VOLVO GÁSTRICO SECUNDÁRIO A HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRATADO CIRURGICAMENTE: RELATO DE CASO**

Bruno Venâncio Cacilhas; Renata Franco Gonçalves; Henrique Leal Deschamps; Maria Tereza Costa Lage; Rafaela Valente; Pietra Ziviani Côvre; Leonardo Alves de Sa; Virginia de Almeida Reis Campos.

*HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O volvo gástrico é uma condição patológica pouco comum onde há uma rotação superior a 180° do estômago superior, ocasionando uma obstrução alta do trato gastrointestinal. 75% são secundários à outras patologias, como a hérnia diafragmática. Tem maior incidência em adultos na quinta década de vida, apesar de 10-20% dos casos ocorrerem em menores de 1 ano de idade. Não há predomínio de gênero ou raça. Pode manifestar-se de forma aguda ou crônica através de epigastralgia e vômitos seguidos de esforços inúteis para vomitar. Apesar disso, o quadro sintomatológico da doença costuma ser inespecífico, o que favorece um diagnóstico tardio. O diagnóstico precoce é importante pois o tratamento cirúrgico imediato favorece um melhor prognóstico.

**RELATO:** Homem de 55 anos, encaminhado ao hospital com quadro crônico de vômitos recorrentes, mais frequentes no período pós-prandial. Emagrecimento de 3kg no mês anterior ao atendimento, negando febre ou outros sintomas. Funções excretoras fisiológicas, dentro do habitual. Hipertenso, ex-etilista (última ingestão há 10 anos), tabagista (1 maço/dia). Durante atendimento inicial, apresentava-se em regular estado geral, emagrecido, hipocorado 1+/4+, hemodinamicamente estável, abdome escavado, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Realizado tomografia computadorizada de tórax que evidenciou falha em diafragma esquerdo com estômago em situação intra-torácica, com sinais de estase gástrica associada, além de achados condizentes com hérnia diafragmática. À ultrassonografia abdominal apresentou esteatose hepática moderada; aumento de dimensões pancreáticas; ascite moderada. Foi encaminhado ao bloco cirúrgico após melhora do estado geral com medidas clínicas, onde foi submetido à hernioplastia diafragmática com funduplicatura parcial a Lind com fixação do estômago. Durante pós-operatório evoluiu sem intercorrências, tendo dieta líquida liberada no primeiro dia de pós-operatório (DPO) com boa tolerância. Recebeu alta hospitalar no 4º DPO com melhora completa do quadro clínico.

**DISCUSSÃO:** O volvo gástrico é uma patologia rara e muitas vezes não reconhecida, podendo ser uma emergência cirúrgica. A propedêutica complementar com fins diagnósticos pode apresentar-se normal nas fases assintomáticas da doença. Suspeita-se de volvo gástrico agudo em doentes com dor epigástrica intensa, vômitos e dificuldade na introdução da sonda nasogástrica. A cirurgia de emergência nos casos de manifestações agudas é fundamental e postergar aumenta a mortalidade.

PO 3428

**MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DO ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO**

Rafael Bruno da Silveira Alves<sup>1</sup>; Amanda Lage Araújo Alves<sup>1</sup>; Amanda Machado Ferreira<sup>1</sup>; Fernando Augusto Januário de Menezes<sup>1</sup>; Henrique Rabelo Bernardes<sup>1</sup>; Rafael Reis<sup>1</sup>; Raissa Dalat Coelho Furtado<sup>1</sup>; Gabriela Estevam Agostini<sup>2</sup>.

1. *HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*
2. *UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal (CCR) é uma doença comum e letal, considerado a terceira neoplasia maligna mais frequente. A sintomatologia pode ser inespecífica e o diagnóstico diferencial inclui causas malignas e benignas, como a diverticulite aguda (DA). A diferenciação se faz a partir das características clínicas e os pacientes podem se apresentar de três maneiras: sinais e/ou sintomas suspeitos, indivíduos assintomáticos descobertos em triagem de rotina ou admissão de urgência. Há uma variedade de apresentações atípicas de CCR, incluindo abscessos intra-abdominal ou de parede abdominal devido a um CCR perfurado localizado. O presente relato de caso discorre sobre um paciente admitido com quadro de dor abdominal a esclarecer em um hospital de Belo Horizonte-MG.

**RELATO DO CASO:** Trata-se de paciente masculino, 61 anos, com história prévia de DA, sem história familiar positiva para neoplasias. Apresentou-se com quadro de dor abdominal de início há seis meses em região inguinal esquerda, febre, fezes filiformes, hiporexia e perda ponderal. Evoluiu com coleção abdominal nessa topografia, associada a sinais infecciosos locais e sistêmicos, sendo submetido à drenagem percutânea em duas internações consecutivas. TC de abdome prévia às drenagens apontou espessamento parietal de cólon descendente com sigmoide, descontinuidade da parede intestinal anterolateral nessa topografia e pequena coleção infiltrando musculatura adjacente. Devido à persistência do quadro, realizada laparotomia exploradora em caráter de urgência com identificação de lesão estenosante em sigmoide, aderida à parede abdominal. Realizada retossigmoidectomia, com anastomose primária, sendo diagnosticado adenocarcinoma colônico ulcerado e invasor, moderadamente diferenciado (grau II). Atualmente, encontra-se em acompanhamento oncológico em linha paliativa, devido disseminação secundária da doença.

**DISCUSSÃO:** O adenocarcinoma é o tipo histológico de CCR mais comum e o abscesso de parede abdominal secundário a essa neoplasia do cólon deve ser incluído no diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais benignas, principalmente quando há presença de perda ponderal, hiporexia e massas palpáveis. Além da utilidade diagnóstica, a TC também desempenha um papel fundamental no planejamento cirúrgico e na determinação de terapias adjuvantes. No entanto, em 10 a 20% dos pacientes, permanece difícil distinguir entre DA e um CRC na TC abdominal, sendo que este só pode ser excluído com uma colonoscopia após a resolução da inflamação aguda. O tratamento em contexto de urgência, sempre que possível, deve incluir drenagem do abscesso com controle do processo infeccioso, estadiamento e ressecção cirúrgica da lesão. O relato em questão exemplifica um diagnóstico realizado tardiamente após manifestação atípica e insidiosa da doença. Além de demonstrar o desafio da resolução clínica, reforça a importância da implementação sistemática de programas de prevenção ao CCR no sistema público brasileiro.

PO 3429

**NECESSIDADE DE ESPLENECTOMIA EM PERFURAÇÕES POR ARMA BRANCA E SUAS POSSÍVEIS REPERCUSSÕES: UM RELATO DE CASO**

Alexandre Gabriel Taumaturgo Cavalcanti Arruda; Guilherme de Souza Silva.

*UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** No Brasil são frequentes os casos de perfurações por arma branca (PABs), segundo DATASUS, em 2018 foram 7904 óbitos por agressão com objeto cortante/penetrante. Equipes de urgência/emergência têm que atentar para necessidade de intervenção invasiva ou não, já que a incidência de lesão interna significativa em perfurações na parede anterior do abdome é de 30-40% e na região lombar é de 18-23%, mostrando baixa necessidade de procedimento invasivo. É ideal tentar manter o baço, pois, nesses casos, ele é pouco lesionado, tem alto potencial de cicatrização e sua retirada trás risco de sepse.

**Relato de caso:** Homem, 26 anos, recorreu a Unidade de Pronto Atendimento, vítima de perfuração por arma branca em terço distal do hemitórax esquerdo no dorso. Apresentou murmúrio vesicular em ambos hemitórax, sem ruídos adventícios, ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofônicas, frequências respiratória e cardíaca aumentadas, abdome plano e depressível, pressão arterial 110x70mmHg. Foi realizada expansão volêmica, curativo compressivo local e em seguida seu encaminhamento para hospital de referência solicitando-se avaliação da equipe de cirurgia geral. Depois de encaminhado, foi atendido e avaliado: estado geral bom, orientado, eupneico, afebril, escala de Glasgow 15, sem sinais de irritação peritoneal. Foram solicitadas tomografias computadorizadas de tórax e abdome, que apresentaram pequeno hemotórax à esquerda e lesão esplênica com líquido periesplênico em loja renal esquerda, solicitou-se exames pré-operatórios e indicou-se uma laparotomia exploratória. Durante a laparotomia exploratória encontrou-se sangue em quadrante superior esquerdo e fossa ilíaca esquerda, lesões esplênica em polo superior com sangramento ativo, renal esquerda em polo superior e diafragmática em porção posterior; foram realizadas frenorrafia esquerda, esplenectomia e drenagem torácica fechada esquerda. Na sala de recuperação pós anestésico, o paciente estava sonolento, com dreno funcionando, queixava-se de náuseas, não utilizava suporte de O2 ou drogas vasoativas e estava hemodinamicamente estável. Após receber a conduta adequada o paciente foi encaminhado para o quarto e recebeu alta em três dias.

**Discussão:** Apenas 30% de ferimentos no abdome por PAB chegam a ser intraperitoneais, expondo baixa necessidade de intervenção invasiva, sendo 50% das laparotomias mandatórias negativas (mortalidade de 0% e morbidade de 10%). Então, necessitar de esplenectomia é ainda menos frequente, já que se recomenda cirurgia imediata somente em lesão esplênica grau V. Esta operação tem como riscos: sepse por bactérias encapsuladas, hoje rara pois é evitada por vacinas específicas; e trombose venosa, devido ao aumento de plaquetas depois da cirurgia. Portanto, em PABs com lesão do baço, como a relatada, a equipe médica deve atentar para o grau da lesão e a necessidade de intervenção cirúrgica e esplenectomia, para evitar riscos como os citados.

PO 3431

**TUMOR NEUROGÊNICO BENIGNO ATÍPICO: RELATO DE CASO**

Bruno Venâncio Cacilhas; Henrique Leal Deschamps; Renata Franco Gonçalves; Jansen Ferreira; Gustavo Barbosa; Rafaela Valente; Maria Tereza Costa Lage; Pietra Ziviani Còvre.

*HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** O Schwannoma cérvico-torácico - tumor neurogênico benigno e atípico - é originado das células schwann da bainha nervosa, afetando, entre outras áreas, o mediastino, retroperitônio, pelve, cabeça e pescoço. Uma das possíveis formas de tratamento, é a enucleação subcapsular com preservação neural.

**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 17 anos, assintomática, procurou atendimento médico devido à massa cervical, com três meses de evolução. Localizada na região da tireoide, a massa era indolor, imóvel à deglutição, de consistência rígida e com aparente extensão para o mediastino superior. A ultrassonografia cervical mostrou nódulo único, sólido, regular. A punção aspirativa com agulha fina, revelou neoplasia de células fusiforme com características de benignidade, sugerindo schwannoma. A tomografia computadorizada de tórax e cervical mostrou lesão expansiva, com limites precisos, medindo 8,7x5,8x4,9mm, desviando a traqueia, carótida comum e veia jugular interna para a esquerda.

A paciente foi submetida a cervicotomia por incisão de Kocher. Foi observado ausência de sinais de invasão tumoral e de associação à nervos periféricos. O procedimento foi sem intercorrências ou sequelas neurológicas. O exame anátomo-patológico do tumor comprovou tratar-se de schwannoma. A paciente foi acompanhada por 59 meses, sem recorrência do tumor.

**Discussão:** Apesar da baixa incidência, o schwannoma cérvico-torácico deve ser considerado nos casos em que há aparecimento de qualquer massa na região cervical, associada a tosse ou alterações na fala ou deglutição. O diagnóstico diferencial inclui as doenças da glândula tireoide, linfadenopatia, bem como outros tumores. O diagnóstico é confirmado por meio do exame histológico. A excisão precoce da lesão, utilizando técnica cirúrgica adequada, contribui para o sucesso terapêutico em virtude da menor ocorrência de sequelas, o que melhora a qualidade de vida do paciente.

PO 3432

**DESAFIOS NO TRATAMENTO DE UMA HÉRNIA SUBXIFOIDE: UM RELATO DE CASO**

Larissa Moser Rocha; Eduarda Andres Tomilin; Joarez Furtado; Cecília Mayer Rosa; Mateus de Arruda Tomaz; Juliane Bucco Gomes; Marcelo Randon Gallegos Monterroso; Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky.

*UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO** Hérnia subxifóide e hérnia incisional são patologias cirúrgicas altamente preocupantes que apresentam uma etiologia em comum: defeito na parede abdominal. A hérnia subxifóide se caracteriza pela passagem de conteúdo abdominal através de um defeito -congénito ou adquirido- na parede do abdome. Já a hérnia incisional representa complicação pós cirúrgica da parede abdominal doente do paciente. O tratamento é a cirurgia de reparação da parede e realocamento do conteúdo extravasado. O diagnóstico é clínico, baseado na palpação, mas podem ser necessários exames de imagem para confirmação. Pode ocorrer estrangulamento e necrose do conteúdo herniado, sendo essa a principal complicação. **RELATO DO CASO** Paciente feminina, 76 anos, submetida à hernioplastia de hiato em agosto de 2018, procura atendimento ambulatorial, em outubro de 2019, em um hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul devido à percepção de abaulamento em região subxifoidea, nega demais queixas. Ao exame físico, hérnia incisional visível em região epigástrica quando a paciente em ortostatismo. Paciente foi submetida, então, à hernioplastia epigástrica incisional com colocação de tela de polipropileno. Procedimento sem intercorrências. Paciente apresentou boa evolução com alta no 70 dia pós-operatório. **DISCUSSÃO** A hérnia subxifóide pode provocar dor ao pressionar o abdômen do paciente, aos esforços físicos ou à contração da parede abdominal, mas, na maioria dos casos, é assintomática. Pode ocorrer estrangulamento de vísceras na hérnia, com bloqueio da circulação sanguínea, podendo levar à necrose. Caso o órgão acometido seja uma alça intestinal, pode haver rompimento dessa, levando à forte dor, náuseas e vômitos. A maioria das hérnias incisionais de parede abdominal podem ser tratadas com simples procedimentos cirúrgicos, reparando a parede através de uma tela – o que reduz as chances de recidiva da hérnia quando comparado ao reparo com pontos simples e é a técnica mais recomendada. Quanto ao melhor posicionamento da tela, não há unanimidade, porém há indícios que os reparos inlay e intraperitoneal apresentam maior chance de recorrência e os posicionamentos onlay e sublay não apresentam diferenças quanto às recidivas. Destarte, a experiência do cirurgião é de suma importância na escolha do posicionamento da tela. Aspectos como a infecção crônica, qualidade de vida pós-operatória, reabilitação estética e funcional da parede abdominal e menor custo passam a ter maior importância à medida que a recorrência de hérnias incisionais diminuem. É importante destacar que nesse caso não havia necrose do segmento herniado, o que permite que a cirurgia seja eletiva, trazendo uma melhora da qualidade de vida do paciente. Como há poucos dados na literatura sobre a melhor forma de realizar o procedimento, fica claro que a escolha do cirurgião deve se basear nas suas experiências e no do perfil do paciente. Nesse caso o uso de tela mostrou-se adequado e sem contraindicações.

PO 3435

**NEOPLASIA DE PÁPILA DUODENAL ACOMPANHADA DE CONSEQUENTE ICTERICIA OBSTRUTIVA: RELATO DE CASO**

Alexandre Gabriel Taumaturgo Cavalcanti Arruda; Guilherme de Souza Silva.

*UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** A neoplasia papilar intraductal de vias biliares é uma variante de carcinoma de vias biliares caracterizada por ter crescimento intraductal, pode ocorrer em qualquer local da árvore biliar. É caracterizada por produzir mucina, que em excesso (junto com destaque de fragmentos do tumor) pode resultar em colestase, gerando sintomas clínicos como icterícia obstrutiva (visível quando a concentração sérica de bilirrubina ultrapassa 2mg/100ml), dor abdominal e febre; e pelo alto potencial de malignidade devido à colestase secundária à neoplasia, que destaca a importância de investigar a icterícia criteriosamente para tratar rapidamente patologias graves como essa.

**Relato de caso:** Mulher, 46 anos, iniciou quadro de prurido, icterícia em globos oculares, referiu um episódio de acolia fecal quatro meses antes de chegar ao serviço e houve perda ponderal de 6kg na última semana. Realizados exames laboratoriais, notou-se aumento de bilirrubinas, sendo então encaminhada a um hospital de referência. Ao chegar, apresentava icterícia, sem linfonodomegalias palpáveis e abdome pouco doloroso em hipocôndrio direito. Tomografia computadorizada (TC) abdominal evidenciou formação expansiva com realce hipervascular e homogêneo na papila duodenal que promove acentuada dilatação de vias biliares. Duodenoscopia encontrou abaulamento e hiperemia de papila de Vater. Ultrassonografia de abdome mostrou ectasia de vias biliares e vesícula biliar hiperdistendida. Por fim recebeu o diagnóstico de neoplasia da papila duodenal. Realizou uma duodenopancreatectomia, evoluindo estável hemodinamicamente, fora de acidente vascular mesentérico, sem intercorrências, com liberação da unidade de tratamento intensiva. Entretanto, dias depois foi constatada uma trombose da veia mesentérica, que cursou em óbito.

**Discussão:** Em cerca de 80-90% dos casos o tumor é ressecável, por ter um diagnóstico precoce devido à icterícia, dessa forma deve se dar preferência para métodos diagnósticos padrão-ouro assim que a suspeita for consolidada. Na neoplasia em questão a ecoendoscopia é o exame mais indicado, pois proporciona informações acerca da extensão, dimensão e envolvimento linfonodal e das estruturas adjacentes à ampola de Vater. A colangiopancreatografia retrógrada é necessária em todos os tumores da ampola, pois fornece informações a respeito do crescimento intraductal, permitindo a coleta de fragmentos para a realização de biópsias. Já a TC e a ressonância nuclear magnética não são os mais sensíveis por se tratar de uma estrutura a ser investigada muito pequena, porém são altamente úteis no rastreamento de metástases à distância e devem ser indicadas para identificar focos metastáticos. Identificada a lesão, o tratamento com teor curativo para tumores na ampola de Vater é a remoção cirúrgica, sendo a duodenopancreatectomia o procedimento padrão, além da recomendação de quimioterapia adjuvante, visando destruir focos microscópicos e diminuir a chance de recidiva.

PO 3436

**HEMIPELVECTOMIA TIPO III NO TRATAMENTO DE SARCOMAS DE PELVE – UM RELATO DE CASO**

Luan Aguiar Ferretti; Priscila da Paz Neves; Barbara Batista de Olivera; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO** A localização anatômica mais comum dos sarcomas de partes moles são os membros inferiores. Portanto o conhecimento cirúrgico merece especial atenção. A cirurgia varia conforme a localização, tamanho do tumor, relação anatômica com partes moles, feixe vaso-nervoso e com o osso. Devido a estas complexidades, os tumores pélvicos podem setornar um problema especial. A hemipelvectomia por tempos foi a cirurgia de escolha e devido a evolução do tratamento neoadjuvante, houve aprimoramento cirúrgico, com desenvolvimento de técnicas mais conservadoras. Existem três tipos básicos: a hemipelvectomia tipo I, Tipo II e a Tipo III. No presente relato, mostramos a técnica da Hemipelvectomia tipo III realizada numa paciente portadora Myxofibrosarcoma de musculo pectíneo, comprometendo o ramo íleo-púbico.

**CASO CLÍNICO:** Mulher 73 anos, branca, hipertensa e diabética, encaminhada com queixas de aparecimento de lesão na topografia do triângulo femoral esquerdo, medindo 2,5 x 2,0 cm, endurecido e fixo aos planos profundos, limitando-se superiormente ao nível do ligamento inguinal e medialmente distando 3 cm da linha média no monte de vênus. Realizado RNM demonstrou tumoração acometendo musculo pectíneo, comprometendo parte do púbis e do ramo íleo-púbico, ausência de comprometimento vaso-nervoso. Biopsia incisional demonstrou lesão mesenquimal de baixo grau. O estadiamento pré-cirúrgico não demonstrou sinais de metástases a distância. Foi submetida a hemipelvectomia esquerda tipo III (Obturadora), com retirada do musculo pectíneo, dos ramos superior e inferior do púbis e ísquio até a tuberosidade isquiática. Recebeu alta médica em boas condições, no 5 dia de pós operatório. O anatomopatológico confirmou mixofibrosarcoma de baixo grau, lesão medindo 1.8 cm, margens livres, estadiamento anatomopatológico pT1pN0M0.

**DISCUSSÃO:** A hemipelvectomia interna representa uma alternativa terapêutica em determinados casos de tumores de cintura pélvica e, sempre que possível, deve ser considerada. Os tipos histológicos que mais acometem essa região são os condrossarcomas, na população mais adulta, os osteossarcoma e o sarcoma de Ewing, nos mais jovens. O Myxofibrosarcoma acomete mais frequentemente os membros inferiores em 52 % dos casos e dificilmente infiltram a cintura pélvica. As principais complicações são: sangramento, isquemia de retalho e trombose venosa. O Fator prognóstico mais importante o status da margem cirúrgica. O grau de diferenciação, idade e tipo histológicos são outras variáveis que influenciam no prognóstico dessas lesões.

PO 3437

**DESAFIOS NO TRATAMENTO DE UMA HÉRNIA SUBXIFOIDE: UM RELATO DE CASO**

Larissa Moser Rocha; Eduarda Andres Tomilin; Joarez Furtado; Cecília Mayer Rosa; Mateus de Arruda Tomaz; Juliane Bucco Gomes; Marcelo Randon Gallegos Monterroso; Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky.

*UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO** Hérnia subxifóide e hérnia incisional são patologias cirúrgicas altamente preocupantes que apresentam uma etiologia em comum: defeito na parede abdominal. A hérnia subxifóide se caracteriza pela passagem de conteúdo abdominal através de um defeito -congénito ou adquirido- na parede do abdome. Já a hérnia incisional representa complicação pós cirúrgica da parede abdominal doente do paciente. O tratamento é a cirurgia de reparação da parede e realocamento do conteúdo extravasado. O diagnóstico é clínico, baseado na palpação, mas podem ser necessários exames de imagem para confirmação. Pode ocorrer estrangulamento e necrose do conteúdo herniado, sendo essa a principal complicação. **RELATO DO CASO** Paciente feminina, 76 anos, submetida à hernioplastia de hiato em agosto de 2018, procura atendimento ambulatorial, em outubro de 2019, em um hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul devido à percepção de abaulamento em região subxifóide, nega demais queixas. Ao exame físico, hérnia incisional visível em região epigástrica quando a paciente em ortostatismo. Paciente foi submetida, então, à hernioplastia epigástrica incisional com colocação de tela de polipropileno. Procedimento sem intercorrências. Paciente apresentou boa evolução com alta no 70 dia pós-operatório. **DISCUSSÃO** A hérnia subxifóide pode provocar dor ao pressionar o abdômen do paciente, aos esforços físicos ou à contração da parede abdominal, mas, na maioria dos casos, é assintomática. Pode ocorrer estrangulamento de vísceras na hérnia, com bloqueio da circulação sanguínea, podendo levar à necrose. Caso o órgão acometido seja uma alça intestinal, pode haver rompimento dessa, levando à forte dor, náuseas e vômitos. A maioria das hérnias incisionais de parede abdominal podem ser tratadas com simples procedimentos cirúrgicos, reparando a parede através de uma tela – o que reduz as chances de recidiva da hérnia quando comparado ao reparo com pontos simples e é a técnica mais recomendada. Quanto ao melhor posicionamento da tela, não há unanimidade, porém há indícios que os reparos inlay e intraperitoneal apresentam maior chance de recorrência e os posicionamentos onlay e sublay não apresentam diferenças quanto às recidivas. Destarte, a experiência do cirurgião é de suma importância na escolha do posicionamento da tela. Aspectos como a infecção crônica, qualidade de vida pós-operatória, reabilitação estética e funcional da parede abdominal e menor custo passam a ter maior importância à medida que a recorrência de hérnias incisionais diminuem. É importante destacar que nesse caso não havia necrose do segmento herniado, o que permite que a cirurgia seja eletiva, trazendo uma melhora da qualidade de vida do paciente. Como há poucos dados na literatura sobre a melhor forma de realizar o procedimento, fica claro que a escolha do cirurgião deve se basear nas suas experiências e no do perfil do paciente. Nesse caso o uso de tela mostrou-se adequado e sem contraindicações.

PO 3439

**HIDROCELE DO CANAL DE NUCK**

Paula Fernandes da Silva; Tiago Cypriano Dutra.

*HECI - HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O canal do Nuck pode ser definido como a persistência anormal da abertura do processo vaginal no canal inguinal feminino<sup>1</sup>.

Durante a embriogênese, o peritônio parietal evagina-se em cada lado da linha mediana, isso é denominado processo vaginal e estende-se até o tubérculo genital dando origem ao canal inguinal. A obliteração incompleta e/ou irregular pode originar hérnia inguinal indireta e pequenos cistos ao longo do percurso com secreção líquida originando a hidrocele de Nuck<sup>2</sup>.

Como esses tipos de casos raramente são vistos na prática cirúrgica, apresentamos um caso de tal distúrbio de desenvolvimento em uma mulher de 39 anos.

**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, previamente hígida, referindo abaulamento indolor em região inguinal esquerda, com início há cerca de um ano e meio, se tornando mais evidente nos últimos 3 meses. Não apresenta aumento com esforço físico e nem redução com o repouso. Nega traumas, sinais flogísticos, e outros sintomas associados. Ao exame, apresenta nódulo localizado em região inguinal esquerda, com consistência cística, móvel, indolor, sem alterações com a manobra de Valsava. Optado por iniciar propeidética com ultrassonografia de região inguinal esquerda, que mostrou formação cística de paredes finas, contornos regulares e limites bem definidos, sem septos internos ou nódulo sólidos murais, não redutível com a compressão e sem fluxo ao color Doppler, medindo cerca de 4,0 x 1,4 cm, apresentando uma cauda em forma de vírgula direcionada para o canal inguinal, sugestivo de hidrocele (cisto) do canal de Nuck.

Realizada ressonância magnética da pelve que revelou formação cística de aspecto tubular, de paredes finas, contornos regulares e limites bem definidos, em hipersinal T2 e hipossinal T1, sem septos internos ou nódulo sólidos murais, em região inguinal esquerda, medindo cerca de 4,5 x 2,4 x 1,7 cm (volume estimado de 10 ml), apresentando uma cauda em forma de vírgula direcionada para o canal inguinal, de aspecto compatível com hidrocele (cisto) do canal de Nuck. A paciente foi submetida a exérese cirúrgica, através de acesso por inguilotomia, com ressecção total do cisto. Pós operatório sem intercorrências e sem limitações.

**DISCUSSÃO:** A originalidade do caso consiste na raridade de diagnósticos de hidrocele de Nuck. Incide em 1% das crianças e varia de 5% a 12% em mulheres com edema vulvar. Acredita-se que sua incidência seja maior, sendo alguns casos diagnosticados erroneamente como cisto da glândula de Bartholin, cisto de Gartner, linfadenopatia, hérnia inguinal indireta, tumores malignos ou benignos<sup>2</sup>. Isso ocorre devido à sua raridade, falta de conhecimento do clínico sobre essa entidade e escassez de literatura relevante nos manuais cirúrgicos. Estabelecer um diagnóstico definitivo apenas pela história e pelo exame clínico é um desafio. Os estudos de imagem podem ajudar no diagnóstico pré-operatório, mas a maioria dos casos é diagnosticada no ato cirúrgico<sup>3</sup>.

PO 3441

**HIDROCELE DO CANAL DE NUCK**

Paula Fernandes da Silva; Tiago Cypriano Dutra.

*HECI - HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O canal do Nuck pode ser definido como a persistência anormal da abertura do processo vaginal no canal inguinal feminino<sup>1</sup>.

Durante a embriogênese, o peritônio parietal evagina-se em cada lado da linha mediana, isso é denominado processo vaginal e estende-se até o tubérculo genital dando origem ao canal inguinal. A obliteração incompleta e/ou irregular pode originar hérnia inguinal indireta e pequenos cistos ao longo do percurso com secreção líquida originando a hidrocele de Nuck<sup>2</sup>.

Como esses tipos de casos raramente são vistos na prática cirúrgica, apresentamos um caso de tal distúrbio de desenvolvimento em uma mulher de 39 anos.

**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, previamente hígida, referindo abaulamento indolor em região inguinal esquerda, com início há cerca de um ano e meio, se tornando mais evidente nos últimos 3 meses. Não apresenta aumento com esforço físico e nem redução com o repouso. Nega traumas, sinais flogísticos, e outros sintomas associados. Ao exame, apresenta nódulo localizado em região inguinal esquerda, com consistência cística, móvel, indolor, sem alterações com a manobra de Valsava. Optado por iniciar propeidética com ultrassonografia de região inguinal esquerda, que mostrou formação cística de paredes finas, contornos regulares e limites bem definidos, sem septos internos ou nódulo sólidos murais, não redutível com a compressão e sem fluxo ao color Doppler, medindo cerca de 4,0 x 1,4 cm, apresentando uma cauda em forma de vírgula direcionada para o canal inguinal, sugestivo de hidrocele (cisto) do canal de Nuck.

Realizada ressonância magnética da pelve que revelou formação cística de aspecto tubular, de paredes finas, contornos regulares e limites bem definidos, em hipersinal T2 e hipossinal T1, sem septos internos ou nódulo sólidos murais, em região inguinal esquerda, medindo cerca de 4,5 x 2,4 x 1,7 cm (volume estimado de 10 ml), apresentando uma cauda em forma de vírgula direcionada para o canal inguinal, de aspecto compatível com hidrocele (cisto) do canal de Nuck. A paciente foi submetida a exérese cirúrgica, através de acesso por inguilotomia, com ressecção total do cisto. Pós operatório sem intercorrências e sem limitações.

**DISCUSSÃO:** A originalidade do caso consiste na raridade de diagnósticos de hidrocele de Nuck. Incide em 1% das crianças e varia de 5% a 12% em mulheres com edema vulvar. Acredita-se que sua incidência seja maior, sendo alguns casos diagnosticados erroneamente como cisto da glândula de Bartholin, cisto de Gartner, linfadenopatia, hérnia inguinal indireta, tumores malignos ou benignos<sup>2</sup>. Isso ocorre devido à sua raridade, falta de conhecimento do clínico sobre essa entidade e escassez de literatura relevante nos manuais cirúrgicos. Estabelecer um diagnóstico definitivo apenas pela história e pelo exame clínico é um desafio. Os estudos de imagem podem ajudar no diagnóstico pré-operatório, mas a maioria dos casos é diagnosticada no ato cirúrgico<sup>3</sup>.

PO 3444

**PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM TUMORES AVANÇADOS DE VIA AÉREA ATRAVÉS DE SEPARAÇÃO LARINGO-TRAQUEAL**

Renata Franco Gonçalves; Bruno Venâncio Cacilhas; Renan Fardim Novaes; Jansen Ferreira; Gustavo Barbosa; Rafaela Valente; Pietra Ziviani Côvre.

*HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**OBJETIVO:** Avaliar os resultados do uso da separação laringotraqueal (SLT) em 30 pacientes com tumores avançados de cabeça e pescoço, submetidos à ressecções extensas de segmentos das vias aéreas digestivas superiores (VADS). Foram avaliadas as seguintes variáveis: prevenção da aspiração pulmonar, morbidade e taxa de reversibilidade.

**MÉTODO:** Análise retrospectiva dos registros hospitalares de 30 pacientes com tumores avançados (estágios III e IV) de cabeça e pescoço, submetidos à ressecção tumoral aliada à SLT. Os dados foram coletados de duas instituições: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e Hospital Biocor.

**RESULTADO:** A cirurgia foi eficaz na prevenção da aspiração em todos os pacientes avaliados. A alimentação por via oral foi restabelecida em 23 pacientes. A nutrição enteral exclusiva foi empregada em 7 pacientes, sendo 5 deles por meio de cateter nasoenteral e 2 por gastrostomia. De toda a amostra, 6 pacientes desenvolveram complicações pós-operatórias. Destes, 2 apresentaram edema de traqueostoma, sendo ambos tratados com a introdução de cânula de traqueostomia até melhora clínica. Outros 2 desenvolveram fístula traqueocutânea do coto proximal da traquéia, sendo ambos tratados conservadoramente (dieta oral suspensa, antibioticoterapia e nutrição enteral). A estenose do traqueostoma foi observada em 1 paciente e foi tratada pela colocação de cânula de traqueostomia definitiva. A fístula traqueocutânea do coto traqueal proximal seguida de estenose do traqueostoma ocorreu em apenas 1 paciente. A reversão de SLT foi realizada em 11 pacientes. O período médio de manutenção média da SLT até sua reversão foi de 14,2 meses. A cirurgia de reversão foi bem sucedida em 9 pacientes. Nos outros 2 pacientes, a SLT foi ineficaz. 5 dos 11 pacientes apresentaram complicações pós-operatórias, incluindo leve a moderada aspiração (transitória), que foi superado por mecanismos compensatórios (três pacientes); os outros dois são os pacientes cuja reversão foi ineficaz.

**CONCLUSÃO:** A cirurgia de SLT é efetiva na prevenção da aspiração pulmonar em pacientes submetidos a ressecções de segmentos das VADS. Ela pode ser indicada como alternativa para laringectomia total (LT), sendo vantajosa por possuir potencial de reversibilidade. Contudo, a frequência de complicações para ambas SLT e a sua operação de reversão não pode ser negligenciada.

PO 3446

**LINFOMA DE BURKITT ASSOCIADO A APENDICITE NECROSANTE: UM RELATO DE CASO**

Guilherme de Souza Silva<sup>1</sup>; Alexandre Gabriel Taumaturgo Cavalcanti Arruda<sup>1</sup>; Maria Luiza Tabosa de Carvalho Galvão<sup>1</sup>; Matheus Stillner Eufra<sup>1</sup>; Marcos Cabral da Silva Neto<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL
2. FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE, RECIFE - PE - BRASIL

**Introdução:** O linfoma de Burkitt (LB) representa cerca de 40% dos casos de Linfoma não-Hodgkin (LNH), trata-se de um linfoma com imunofenótipo B, com numerosas figuras de mitose e duplicação celular entre 24-48 horas, sendo fruto de uma translocação constante do proto-oncogene C-MYC. Sendo diagnosticado por meio de biópsia, preferencialmente por punção aspirativa por agulha fina e imunofenotipagem. Há três variantes clínicas e epidemiológicas que se relacionam em diferentes graus com o vírus Epstein-Barr, sendo elas a endêmica, esporádica e associada ao vírus da imunodeficiência humana. Já a apendicite aguda, tem como uma das principais causas a obstrução intraluminal, possuindo um quadro clínico de início dor localizada no epigástrico que migra para fossa ilíaca direita (FID), seguida de anorexia, náuseas e vômitos. O tratamento é cirúrgico, com a apendicectomia. O LB é o tumor humano com maior taxa de crescimento e consequentemente acomete vários órgãos em um curto espaço de tempo, necessitando de um rápido diagnóstico e tratamento.

**Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 10 anos, chega ao pronto socorro com dor abdominal intensa, associada a febre, vômitos e com quadro suspeito de apendicite. Ele foi submetido ao procedimento cirúrgico, observada uma apendicite necrosada e perfurada, achado de massa em válvula íleo-cecal e linfonodos aumentados no mesentério coletados para biópsia por suspeita de malignidade. Após 22 dias da cirurgia, voltou ao pronto socorro com dores abdominais, dificuldade para se alimentar e vômitos, no exame físico foi relatado palidez e massa abdominal em fossa ilíaca direita no local da cicatriz. Foi encaminhado a oncopediatra, ocorreu uma rápida evolução da massa abdominal, indo da FID ao flanco direito, epigástrico e passando da linha média, sendo descrito como tumor em saco de batata. No ultrassom abdominal e tomografia, verificou-se ascite e espessamento parietal em segmento de alça intestinal de delgado, sugestivo de infiltração neoplásica linfonodal. Na tomografia do tórax, apresentou derrame pleural bilateral laminar à direita e discreto à esquerda. Nos exames laboratoriais: creatinina, ureia e aspartato aminotransferase estavam aumentadas. No anatomopatológico e imunohistoquímico, foi diagnosticado com LB e com CD20(L26) que indicam os anticorpos monoclonais que podem ser utilizados no tratamento.

**Discussão:** Por conta da alta replicação celular, o tratamento do LB deve ser iniciado dentro de 48 horas do diagnóstico, com esquema intensivo de poliquimioterapia e profilaxia obrigatória do sistema nervoso central, com prognóstico de cura de 70 a 80% das crianças e jovens adultos quando há uma terapia rigorosa e eficaz. O paciente apresentou um quadro clínico clássico de LB esporádico, sem acometimento dos ossos da face e com tumor inicial na região da válvula ileocecal, que provavelmente obstruiu o apêndice vermiforme localizado a cerca de 2cm abaixo da válvula.

**PO 3447**

**EVISCERAÇÃO DE INTESTINO DELGADO ATRAVÉS DE PERFURAÇÃO EM PROLAPSO RETAL DE PACIENTE PORTADORA DE AUTISMO SEVERO - RELATO DE CASO**

Patrick Silveira Guimarães<sup>1</sup>; Bruno Vaz de Melo<sup>1</sup>; Clara Araújo Scalabrin<sup>2</sup>; Victor Ammar Vidal<sup>1</sup>; Fernanda Orlando Correia<sup>1</sup>; Joana de Souza Lopes<sup>3</sup>; Mateus dos Santos Bandeira<sup>3</sup>; Leonardo Renaux Morais<sup>4</sup>.

1. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. FACULDADE TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, SÃO PAULO - SP - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
4. UNIGRANRIO BARRA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

A definição de prolapso pela Sociedade Brasileira de Proctologia caracteriza-se por um abaulamento ou descida de uma parte do corpo, que normalmente ocorre devido ao enfraquecimento dos tecidos de suporte. O prolapso retal caracteriza-se pela exteriorização do reto através do orifício anal. Seu surgimento é mais frequente nos extremos da vida, isto é, na infância ou na idade avançada. Pode ser causado por vários fatores, geralmente combinados: diminuição da força dos esfíncteres anais, alteração da anatomia da pelve por cirurgia, parto ou trauma, constipação intestinal severa e prolongada, perda de peso acentuada e outros fatores imprevisíveis que podem mudar o equilíbrio anatômico da região.

Paciente do sexo feminino, 32 anos, diagnosticada na infância com autismo severo, deu entrada no serviço de cirurgia geral do HMLJ acompanhada de familiar que relatava que a paciente desde os 12 anos de idade, apresentava episódios de prolapso retal com resolutividade do quadro com redução do conteúdo eviscerado através de manobra manual, muitas das vezes realizadas em casa pelos próprios familiares. Contudo, naquela noite em especial, a paciente que havia apresentado novo processo de prolapso retal foi vítima de trauma por mecanismo de queda da própria altura, caindo em decúbito dorsal sob a área prolapsada. Aproximadamente duas horas após o ocorrido, a paciente deu entrada na emergência de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge, onde após o exame inicial, foi identificada evisceração de conteúdo de Intestino Delgado, pelo orifício anal e levada imediatamente ao centro cirúrgico. Após cuidados de assepsia, anti-sepsia, e posicionar a paciente em litotomia, foi-se identificada área de deserosamento em alça de intestino delgado eviscerado, com posterior rafia da mesma utilizando fio de Polipropileno 3-0. Logo após, foi feita manobra de redução do conteúdo eviscerado manualmente pelo orifício anal. Paciente foi abordada abdominalmente com incisão mediana transumbilical, diérese por planos até inventário de cavidade, onde foi identificada lesão em parede anterior do reto alto, a altura do promontório sacral, a ruptura média aproximadamente cinco centímetros de largura. Foi optado por realizar rafia em dois planos, o primeiro plano com fio poligractina 3-0, e o segundo com fio polipropileno 3-0. Após reparo, foi realizada lavagem mecânica cirúrgica, revisão de cavidade, posicionada sonda nasogástrica e rafia dos planos da parede abdominal. A paciente posteriormente evoluiu com alta hospitalar, sem complicações pós operatórias.

Expõe-se um caso clínico de evisceração do conteúdo de Intestino Delgado, de aproximadamente 40 cm, pelo orifício anal. A precisão diagnóstica e resolução cirúrgica no tempo adequado fizeram diferença no prognóstico da paciente. Houve uma escassez de casos encontrados na literatura para comparatividade. Tal motivo, de exclusividade, motivou o relato do caso ocorrido.

**PO 3449**

**ILEO BILIAR DE COLON SIGMOIDE: UMA RARA CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL**

Amanda Lage Araújo Alves<sup>1</sup>; Raissa Dalat Coelho Furtado<sup>1</sup>; Aurelio Rocha Batista de Oliveira<sup>2</sup>; Roberta Grazielle de Souza Lopes<sup>2</sup>; Tatiana Dalat Coelho Furtado<sup>3</sup>; Amanda Machado Ferreira<sup>1</sup>; Nájila Aélida Oliveira Viana<sup>1</sup>; Rafael Bruno da Silveira Alves<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PARÁ DE MINAS - MG - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO - MG - BRASIL

O íleo biliar (IB) do cólon é causa extremamente rara de obstrução mecânica do intestino grosso, responsável por 2 a 8% dos casos de IB. Geralmente causada pela impactação de cálculo biliar (CB) em ponto de estreitamento colônico, através de uma fistula colecistocolônica (FC). Tende a ocorrer onde há patologia preexistente, como em locais de estenose secundária à doença diverticular. A perfuração intestinal pode estar associada, embora existam poucos casos relatados, o que torna esse diagnóstico de suspeita baixa. É uma doença de alta morbimortalidade devido ao desafio diagnóstico, apresentação tardia, idade avançada do paciente e comorbidades associadas. A resolução da obstrução intestinal (OI) é a base do tratamento, porém a abordagem cirúrgica ideal não está estabelecida. Relatamos um caso de oclusão de cólon sigmóide como complicação de FC em flexura hepática, visando discutir as modalidades diagnósticas e terapêuticas desta rara entidade.

Paciente, 77 anos, masculino, com quadro de dor e distensão abdominal há 20 dias, associado a vômitos, constipação e história pregressa de colelitíase sintomática. À propeidética, TC de abdome demonstrou importante distensão hidroaérea e dilatação de alças de intestino delgado à montante de CB de 3,3cm, situado na porção proximal do sigmóide. Presença de divertículos colônicos, pneumobilia e trajeto fistuloso entre o ângulo hepático do cólon e a vesícula biliar. Realizada laparotomia, com achados de pneumoperitônio, líquido livre purulento em cavidade, perfuração de cólon ascendente e processo inflamatório na topografia vesicular. Optou-se por colecistectomia, retirada do CB impactado e confecção de ileostomia com fistula mucosa. Paciente apresentou piora do quadro clínico por resposta inflamatória exacerbada pós operatória, evoluindo para óbito.

Apesar de ser uma complicação atípica da colelitíase, deve-se considerar o IB dentre os diagnósticos diferenciais durante o manejo de um paciente idoso com sintomas de OI. De acordo com Rigler, descreve-se pneumobilia, CB ectópico e achados de OI como uma tríade de sinais radiológicos patognomônicos dessa patologia. Para tal, a TC contrastada de abdome se mostra a mais indicada, com sensibilidade e especificidade de 93% e 100%, respectivamente. A cirurgia é a base do tratamento, no entanto, em associação aos poucos relatos de caso e estudos sobre tal condição, não há recomendações formais quanto ao melhor manejo diante de um quadro agudo. Recomenda-se a enterolitotomia, no entanto, o tempo cirúrgico da realização ou não de colecistectomia e reparo da FC variam de acordo com as condições clínico-cirúrgicas encontradas. De acordo com o relato de caso em questão, a colectomia pode ser necessária em casos de perfuração ou necrose. Em suma, o relato demonstra a importância da suspeição do ileobiliar como uma causa de abdome agudo. O manejo deve ser individualizado e mais estudos são necessários para aperfeiçoar o tratamento e reduzir a morbimortalidade da doença.

PO 3450

**HEMANGIOMA EPITELIOIDE: RELATO DE CASO DE HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE ASSOCIADO À EOSINOFILIA**

Rafaela Ferro Valente<sup>1</sup>; Bruno Ferreira de Azevedo<sup>2</sup>; Felipe Franco Gonçalves<sup>2</sup>; Amanda Caroline Tiago Oliveira<sup>2</sup>; Maria Tereza Costa Lage<sup>2</sup>; Pietra Ziviani Côvre<sup>2</sup>; Amanda Duarte e Duarte<sup>2</sup>; Leticia Alves Carvalho<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BRASIL - MG - BRASIL
2. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A hiperplasia angioliinfóide com eosinofilia (Hale) é um tumor vascular incomum. Sua etiopatogenia permanece indefinida, mas estudos recentes apontam para uma origem neoplásica vascular ou fenômeno reativo cicatricial após agressão local (trauma, infecção ou desequilíbrio humoral). Sua incidência é maior entre a terceira e quinta décadas de vida, com predomínio no sexo feminino. Localiza-se preferencialmente em área periauricular, couro cabeludo e fronte. A Hale caracteriza-se por nódulos ou pápulas de aspecto angiomatóide, quase sempre superficiais e, na sua maioria, assintomáticos. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica, apesar das recidivas serem frequentes. Remissão espontânea pode ocorrer e não há risco conhecido de transformação maligna.

**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 68 anos, com queixa de prurido em ouvido direito há 6 meses, veio encaminhado pelo dermatologista para retirada de nódulo em conduto auditivo direito. Ao exame, observou-se nódulo granulomatoso em região interna de tragus, tendo sido indicada biópsia incisional em regime ambulatorial, seguida de avaliação anátomo-patológica. O paciente retorna um mês após o procedimento, apresentando ferida operatória com bom aspecto cicatricial. O resultado do exame anátomo-patológico mostrou proliferação de vasos sanguíneos na derme, revestidos por endotélio epitelióide proeminente. Associava-se infiltrado inflamatório linfocitário com esparsos eosinófilos. Neste mesmo momento foi submetido à biópsia excisional com margem macroscópica livre. O material foi novamente enviado para avaliação microscópica, tendo seus achados compatíveis com hemangioma epitelióide (hiperplasia angioliinfóide com eosinofilia). Durante seguimento ambulatorial, manteve-se sem queixas e sem sinais de recidiva, com ferida bem cicatrizada.

**DISCUSSÃO:** Na grande maioria dos casos, a Hale é uma doença assintomática, podendo, contudo, provocar dor, prurido e hemorragias espontâneas ocasionais. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica, devido ao menor índice de recidiva. O paciente em questão se beneficiou da abordagem cirúrgica, sem recorrência da lesão.

PO 3451

**HEMANGIOMA EPITELIOIDE: RELATO DE CASO DE HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE ASSOCIADO À EOSINOFILIA**

Rafaela Ferro Valente<sup>1</sup>; Bruno Ferreira de Azevedo<sup>2</sup>; Felipe Franco Gonçalves<sup>2</sup>; Amanda Caroline Tiago Oliveira<sup>2</sup>; Maria Tereza Costa Lage<sup>2</sup>; Pietra Ziviani Côvre<sup>2</sup>; Amanda Duarte e Duarte<sup>2</sup>; Leticia Alves Carvalho<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BRASIL - MG - BRASIL
2. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A hiperplasia angioliinfóide com eosinofilia (Hale) é um tumor vascular incomum. Sua etiopatogenia permanece indefinida, mas estudos recentes apontam para uma origem neoplásica vascular ou fenômeno reativo cicatricial após agressão local (trauma, infecção ou desequilíbrio humoral). Sua incidência é maior entre a terceira e quinta décadas de vida, com predomínio no sexo feminino. Localiza-se preferencialmente em área periauricular, couro cabeludo e fronte. A Hale caracteriza-se por nódulos ou pápulas de aspecto angiomatóide, quase sempre superficiais e, na sua maioria, assintomáticos. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica, apesar das recidivas serem frequentes. Remissão espontânea pode ocorrer e não há risco conhecido de transformação maligna.

**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 68 anos, com queixa de prurido em ouvido direito há 6 meses, veio encaminhado pelo dermatologista para retirada de nódulo em conduto auditivo direito. Ao exame, observou-se nódulo granulomatoso em região interna de tragus, tendo sido indicada biópsia incisional em regime ambulatorial, seguida de avaliação anátomo-patológica. O paciente retorna um mês após o procedimento, apresentando ferida operatória com bom aspecto cicatricial. O resultado do exame anátomo-patológico mostrou proliferação de vasos sanguíneos na derme, revestidos por endotélio epitelióide proeminente. Associava-se infiltrado inflamatório linfocitário com esparsos eosinófilos. Neste mesmo momento foi submetido à biópsia excisional com margem macroscópica livre. O material foi novamente enviado para avaliação microscópica, tendo seus achados compatíveis com hemangioma epitelióide (hiperplasia angioliinfóide com eosinofilia). Durante seguimento ambulatorial, manteve-se sem queixas e sem sinais de recidiva, com ferida bem cicatrizada.

**DISCUSSÃO:** Na grande maioria dos casos, a Hale é uma doença assintomática, podendo, contudo, provocar dor, prurido e hemorragias espontâneas ocasionais. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica, devido ao menor índice de recidiva. O paciente em questão se beneficiou da abordagem cirúrgica, sem recorrência da lesão.

PO 3453

**HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA CRÔNICA ESTRANGULADA E PERFURADA**

Marcos Alexandre de Souza; Tatiane Alves Gratão; Michele dos Santos Ferreira; Cássio Padilha Rubert.

*HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL*

A hérnia diafragmática traumática (HDT) é uma laceração no diafragma que permite a passagem de vísceras abdominais para o tórax. Sua gênese está relacionada ao trauma abdominal fechado e às lesões penetrantes na região toracoabdominal. Pode ser classificada em aguda, latente ou crônica. Na fase aguda os principais achados dependem do mecanismo da lesão e do trauma, enquanto que na latente os sintomas são vagos e inespecíficos. Na fase crônica, podem ser exuberantes em razão das complicações que estão relacionadas ao encarceramento, estrangulamento e ruptura das vísceras abdominais. O presente relato tem por objetivo descrever um caso de hérnia diafragmática crônica com estrangulamento e perfuração do estômago.

E.F.B, sexo feminino, 36 anos, encaminhada ao Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, com história de dor torácica e abdominal de forte intensidade de início súbito associada a vários episódios de êmese. Havia realizado TC de tórax na cidade de origem, com laudo de hérnia diafragmática volumosa à esquerda com herniação do estômago, derrame pleural, atelectasia pulmonar e balanço mediastinal. Ademais a paciente tinha história de esplenectomia há 5 anos após trauma abdominal. Ao exame, na admissão, estava em mau estado geral, taquipneica, taquicardia, hipotensa e agitada, com murmúrio vesicular presente no hemitórax direito e abolido à esquerda. Abdome era flácido sem sinais de irritação peritoneal. Procedeu-se toracostomia à esquerda com saída de secreção escurecida e com restos alimentares. Foi encaminhada ao centro cirúrgico com urgência sendo submetida à toracotomia exploradora com decorticação pulmonar, pneumorrafia, hernioplastia diafragmática e toracostomia com drenagem fechada. Posteriormente foi realizada laparotomia exploradora com gastrectomia parcial e lise das aderências. Após a cirurgia, foi encaminhada ao CTI, onde permaneceu internada até o 9º PO. Recebeu alta para enfermaria após a retirada do dreno de tórax. No 16º PO recebeu alta hospitalar. Atualmente está em acompanhamento ambulatorial com boa evolução clínica.

A hérnia diafragmática traumática ocorre em aproximadamente 8% dos traumas abdominais fechados. Cerca de 10 a 30 % não são diagnosticadas na fase aguda. De acordo com os dados da literatura, isso acontece em razão da gravidade das lesões associadas. Na fase crônica o diagnóstico é feito por causa das complicações, pois na maioria dos casos são vísceras abdominais ocas que sofrem herniação, como estômago, cólon e intestino delgado, os quais podem encarcerar, estrangular e perfurar. O tratamento HDT é cirúrgico independente da fase e das complicações. Na literatura existem relatos de que lesões no diafragma não diagnosticadas no intraoperatório podem evoluir com complicações dramáticas, tais como as relatadas no nosso caso clínico. Assim, é de suma importância na abordagem das vítimas de trauma na região toracoabdominal uma avaliação minuciosa, quando são submetidas ao tratamento cirúrgico.

PO 3456

**LIPOMA CERVICAL GIGANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO**

Joana de Souza Lopes<sup>1</sup>; Clara Araújo Scalabrin<sup>2</sup>; Mateus dos Santos Bandeira<sup>1</sup>; Patrick Silveira Guimaraes<sup>3</sup>; Leonardo Renaux Morais<sup>4</sup>; Bruno Vaz de Melo<sup>3</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL
2. UNIVERSIDADE TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
3. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
4. UNIVERSIDADE UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Os lipomas são neoplasias mesenquimatosas benignas predominantes nos tecidos moles, a maioria deles possui pequenas dimensões, em geral pesando apenas alguns gramas e medindo menos que 2cm<sup>2</sup> de diâmetro. No entanto, massas superiores a 10 cm em sua maior dimensão e/ou peso acima de 1000g são ocasionalmente encontradas, constituindo os chamados lipomas gigantes. F.A, masculino, 30 anos, ajudante de pedreiro, deu entrada por meios próprios no serviço de Cirurgia Geral do HMLJ no dia 24 de fevereiro de 2020 apresentando miíase em membro inferior esquerdo, após osteossíntese de fratura de fêmur, e importante massa cervical anterior com consistência adiposa e cerca de 18 cm. Paciente referiu crescimento da massa expansiva ao longo de 3 anos, a qual manteve-se assintomática e lhe atribuía queixas estéticas. USG de pescoço (24/02/2020) e TC cervical (28/02/2020) identificaram massa cervical com densidade de tecido adiposo e dimensão superior a 18 cm, comprimindo estruturas adjacentes e gerando abaulamento de partes moles. No dia 19 de março, com auxílio da técnica de broncofibroscopia para intubação do paciente, foi realizada a cirurgia de exérese da massa cervical, sem intercorrências.

Os lipomas gigantes apresentam crescimento lento e indolor. São uma entidade incomum e especialmente raros quando localizados na região cervical anterior. Embora a transformação maligna de lipoma em lipossarcoma seja atípica, relatos sugerem que tumores grandes (>10cm) têm maior probabilidade de conter sarcomas, sendo indicada biópsia pré operatória. Os lipomas gigantes apresentam como diagnóstico diferencial lipossarcomas, histiocitomas fibrosos malignos ou outras lesões benignas dos tecidos moles, como rupturas musculares, cistos epidérmicos, angioliomas, hemangiomas profundos e lipoblastomatose difusa. Há relatos que descrevem as vantagens da remoção de lipoma de tamanho médio (4-10 cm) ou grande (>10 cm) por lipectomia assistida por sucção através de pequenas incisões. Embora este procedimento esteja associado a um resultado estético superior e menor morbidade em comparação com a cirurgia aberta, também foi observado que pode haver um risco maior de recorrência. Dessa forma, a cirurgia aberta ainda é considerada a melhor abordagem para o tratamento de lipomas gigantes. Já que, permite um melhor julgamento para a remoção completa da lesão, evita recorrências e manipulação perigosa para os tecidos vitais adjacentes. É necessário conhecer sua localização anatômica e relação com estruturas circunvizinhas, traçando um plano cirúrgico que permita remoção completa da lesão, manutenção da funcionalidade e melhor resultado estético possível.

A raridade dos lipomas gigantes motivou a realização deste trabalho, cuja pesquisa corroborou que a cirurgia aberta é a melhor abordagem terapêutica, sendo importante um minucioso conhecimento da anatomia da região e das técnicas reconstrutivas, a fim de obter um resultado funcional e estético satisfatório para os pacientes.

PO 3457

**CISTOS DE COLÉDOCO SEGUNDO TODANI: RELATO DE CASO**

Ana Paula Gonçalves Faria<sup>1</sup>; Mariane de Melo Silveira<sup>1</sup>; Edson Antonacci Jr.<sup>1</sup>; Amanda Tatiele Carneiro Alves<sup>1</sup>; Ludymila Silva Dias<sup>2</sup>; Laura de Castro Simão<sup>1</sup>; Bruna Aparecida Nunes Marra<sup>1</sup>; Maria Luiza Batista Borges Amado<sup>1</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL
2. CENTRO UNIVESITÁRIO DE PATOS DE MINAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL

Introdução: Cistos de Colédoco (CC) são dilatações congênitas da árvore biliar, intra e/ou extra-hepática, mais comumente afetando o ducto biliar comum. Sua incidência mundial é de aproximadamente 1:150.000 em países ocidentais. Sua patogênese é multifatorial, sendo a hipótese mais aceita, a malformação da junção biliopancreática. Seu quadro clínico clássico é a dor abdominal associada a icterícia e massa palpável. Relato de caso: B.M.S.R, sexo feminino, 21 anos, compareceu ao Hospital Regional Antônio Dias, em Patos de Minas – MG, queixando dor em hipocôndrio direito (HD) há nove dias, associada a náusea e vômito. Relatou piora da dor a ingestão de alimentos gordurosos. Negava outros sintomas, uso de medicações e comorbidades. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, anictérica, com presença de abdome flácido com plastrão, Murphy positivo, sem sinais de irritação peritoneal. Paciente foi internada para melhor avaliação do quadro já com prescrição de ceftriaxona e metronidazol. Nos dias seguintes, evoluiu com melhora de dor em HD e negava outros sintomas. Em US solicitado na admissão foi visualizado presença de cisto em ducto hepático comum. Ao exame laboratorial apresentava-se com GGT 225, FA 154, PCR 52, TGO 66, TGP 116, LIPASE 132. Foi solicitado uma colangiorrressonância que evidenciou vesícula biliar de paredes espessadas, líquido adjacente, conteúdo homogêneo, com aparente precipitação em seu infundíbulo, discreta ectasia das vias biliares extra-hepáticas e dilatação cística de colédoco, sugerindo cisto com classificação Todani IA; ductos pancreáticos e topografia da papila duodenal sem alterações. Após 9 dias de internação, a paciente recebeu alta com encaminhamento para cirurgia eletiva. Discussão: Todani classificou os CCs em 5 tipos. Os do tipo I limitados ao trato biliar extra-hepático. Esses são subdivididos em: IA que apresenta dilatação cística sacular de toda via biliar extra-hepática; IB caracterizam-se por dilatação focal e segmentar do colédoco distal; IC são dilatações fusiformes de toda via biliar extra-hepática. O tipo II são divertículos saculares da via biliar extra-hepática. O tipo III é chamado de coledocele. Já os do tipo IV possuem subdivisões em IVA e IVB, sendo o primeiro caracterizado por múltiplos cistos intra e extra-hepáticos e o segundo por múltiplos cistos, com localização apenas extra-hepática. O tipo V corresponde a doença de Caroli. O diagnóstico tem como escolha a colangiografia endoscópica, entretanto é um método invasivo. Por ser um método não-invasivo, a colangiorrressonância é a mais utilizada. O tratamento é basicamente cirúrgico, tendo como exceção a Doença de Caroli não avançada. Quando não operados, pode haver complicações, sendo a mais severa, o colangiocarcinoma. Este relato de caso justifica-se pela importância de informar a todos sobre a seriedade do diagnóstico precoce da doença, a fim de evitar complicações.

PO 3458

**DIVERTÍCULO DE MECKEL, NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENTERORRAGIA: RELATO DE CASO**

Wendy do Carmo Aguiar; Ciro Carneiro Medeiros; Igor Arantes Goes; Christian Borna Mattavelli; Antônio Henrique Rebolho Batista da Silva; Monique Raquel Barbosa de Queiroz Fonseca.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL

Resumo: O divertículo de Meckel é a malformação congênita mais frequente do trato gastrointestinal, ocorrendo em 2% da população em geral. Geralmente é assintomático e encontrado incidentalmente. No entanto, o risco de complicações ao longo da vida é de 4-40%. Neste relato, descrevemos um caso com achados clínicos e investigação por exames complementares de imagem que nos levaram cogitar o diagnóstico de divertículo de Meckel e realizar uma descrição das incidências das principais complicações.

Relato de caso: Mulher, 20 anos, deu entrada no pronto socorro com queixa de diarreia enegrecida e fétida há 1 dia, associado a dor abdominal leve. Nega episódios anteriores e alterações do hábito intestinal prévias.

Ao exame, regular estado geral, descorada +1/+4, desidratada, afebril e normocárdica. Em toque retal, presença de melena e fezes amolecidas em ampola retal.

Realizado exames laboratoriais e investigação de hemorragia digestiva alta, como diagnóstico diferencial, com indicação de Endoscopia Digestiva Alta, não evidenciado alterações.

Optado por investigação de provável hemorragia digestiva baixa e realizado Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve contrastado, sem alterações e colonoscopia, evidenciado resíduos hemáticos por todo cólon e íleo, não encontrado foco de sangramento ativo.

Evoluiu no terceiro dia de internação com instabilidade clínica e queda de hemoglobina, sendo indicado Laparotomia Exploradora.

No intraoperatório, evidenciado à 40 cm da válvula ileocecal (VIC), divertículo de Meckel. Realizado enterectomia segmentar, aproximadamente 15 cm, e enterro-enteroanastomose lateral posterior manual. Encaminhado segmento para anatomia patológica.

Discussão: A descrição do divertículo de origem de Meckel ocorreu em 1809 por Johann Friedrich Meckel, é uma malformação congênita mais comumente encontrada do trato gastrointestinal, sendo mais frequente no sexo masculino.

Pode ser assintomático ou um achado intraoperatório, ou menos frequentes, sintomáticas cursando com sangramento gastrointestinal, oclusão intestinal ou diverticulite.

Sua localização é variável, distância média do divertículo à VIC está diretamente relacionada à idade, geralmente é encontrado a 100 cm da VIC, com uma distância máxima relatada de 180 cm.

O diagnóstico por TC é citado na literatura como pouco frequente e ineficaz, sendo a cintilografia com tecnécio radioativo (99 mTc) uma opção diagnóstica com sensibilidade de 90% em crianças e 46% em adultos, porém restrita aos divertículos que apresentam mucosa gástrica ectópica associada.

As abordagens, são definidas conforme confirmação dos estudos de imagem e de acordo com quadro clínico.

Conclui-se, de forma que, o diagnóstico pré-operatório é difícil e singular, pois é uma condição rara que pode imitar outras causas de abdome agudo e se apresenta inespecificamente na maioria dos exames de imagem, a opção de abordagem, foi eficaz ao relato, trazendo em suma, benefícios a esta paciente.

PO 3459

**LIPOMA GIGANTE EM REGIÃO CERVICAL COM EXTENSÃO ATÉ A BASE DO CRÂNIO: RELATO DE CASO**

Maria Tereza Costa Lage; Julia Macedo Maciel; Renata Franco Gonçalves; Bruno Ferreira de Azevedo; Rafaela Ferro Valente; Pietra Ziviani Côvre; Letícia Alves Carvalho; Gustavo Henrique de Oliveira Barbosa.

*HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Lipomas são tumores benignos de origem mesenquimal, que podem acometer qualquer região que contenha tecido adiposo, com maior incidência em tronco, membros superiores e região cervical. É o tumor de partes moles mais comum com incidência estimada de 10% na população, e ocorre com maior frequência em mulheres. 13% dos lipomas gigantes encontram-se em região de cabeça e pescoço. Possuem crescimento lento e, apesar de serem assintomáticos na maioria dos casos, dependendo do seu tamanho e localização, podem gerar comprometimento funcional ou sintomas compressivos. Para que se estabeleça a conduta terapêutica correta é necessário que se faça o diagnóstico diferencial com outros tumores, um deles é o lipossarcoma, que acomete a região de cabeça e pescoço em 5%.

**RELATO DE CASO:** Mulher de 23 anos, procurou o serviço de saúde por apresentar tumor em região cervical posterior, com 4 anos de evolução. A massa era de consistência fibroelástica, imóvel e comprometia, principalmente, o trígono posterior do pescoço. Foi submetida à tomografia computadorizada (TC) de crânio e cervical, que revelou tumor de aproximadamente 18x12cm em seus maiores eixos, de baixa densidade, envolvendo quase a totalidade da zona cervical esquerda até a base do crânio, sem aparente invasão de tecidos adjacentes. Foi submetida à exérese do tumor sob anestesia geral, tendo a massa sido removida com total preservação das estruturas locais, sem dano vascular ou nervoso, com fechamento de pele sem necessidade de enxerto ou retalhos. Durante pós-operatório hospitalar, evoluiu sem intercorrências, recebendo alta após 48 horas. Foi acompanhada durante 8 anos em ambulatório, sem sinais de recidiva local, metástase ou complicações.

**DISCUSSÃO:** Lipomas gigantes acometendo as regiões cervical e cabeça são raros e, na maioria dos casos, assintomáticos. Acomete principalmente indivíduos entre a quarta e sexta década de vida, sendo incomuns na infância. O diagnóstico inicial pode ser dado apenas clinicamente, baseado na história clínica do paciente, realização de exame físico minucioso da lesão, podendo ou não ser auxiliado por exames de imagem (ultrassonografia, TC ou ressonância nuclear magnética). A confirmação diagnóstica será dada pela análise anátomo-patológica. Nestes casos, a principal forma de tratamento é a exérese completa do lipoma, fazendo-se necessário avaliar antes e durante o procedimento, sua extensão e localização. O prognóstico após a cirurgia é bom na maioria dos casos, com taxa mínima de recidiva quando o tumor é retirado em sua totalidade.

PO 3460

**TRATAMENTO CONSERVADOR DO HEMATOMA ESPONTÂNEO DE MÚSCULO RETO ABDOMINAL**

Fabício Fernandes Maciel<sup>1</sup>; Gabriel Martins Lauer<sup>2</sup>; Jhennifer Balbinot da Silva<sup>2</sup>; Flavia Alves Correa de Queiroz<sup>2</sup>; Renata Souza Felício<sup>1</sup>.

1. UNIVERSIDADE UNIDERP, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL
2. ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL

**Introdução** No hematoma espontâneo do músculo reto abdominal ocorre acúmulo de sangue na bainha do músculo reto devido a ruptura dos vasos epigástricos ou do músculo reto. É raro, acometendo cerca de 1/10.000 das urgências e possui diagnóstico tardio. Isso ocorre devido à confusão com outras entidades abdominais, motivo que nos levou a realizar este relato. Relato de caso S.M.G.R., feminina, 69 anos, relatou há 5 dias, dor abdominal difusa, inespecífica, de moderada intensidade, sem fatores de piora ou melhora, associada ao surgimento espontâneo de equimose em abdome superior, mesogástrico e abdome inferior, estendendo até a região vulvar. Tabagista e hipertensa há anos, em uso de captopril 25mg 12/12 horas. No exame físico se apresentava hipocorada 2+/4+, hipotensa (80x46 mmHg), frequência cardíaca 90 bpm, equimose extensa em região de abdome superior e hipogástrico, doloroso a palpação de hemiabdomen esquerdo, com o hipocôndrio e a fossa ilíaca esquerda tensa. Não apresentava abaulamentos e massas palpáveis. Os exames laboratoriais identificaram hemoglobina e hematócrito abaixo do normal (8,4 mg/dL e 24,2%, respectivamente), leucócitos levemente acima do normal (11.610 mg/dL), plaquetas dentro da normalidade e tempo de tromboplastina parcial ativada alargado (60,1s). Em tempo, foi realizada tomografia computadorizada de abdome, evidenciando espessamento do músculo reto abdominal esquerdo sugestivo de hematoma. Sendo assim, foi adotado tratamento conservador, com repouso, analgesia, antibioticoterapia e solicitado acompanhamento junto à clínica médica onde a Hemofilia A foi diagnosticada. Cinco dias após a admissão, a paciente apresentou melhora no quadro de equimose e a hemodinâmica e os níveis hematimétricos se mantiveram estáveis. Logo, recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial. Discussão o hematoma espontâneo do músculo reto abdominal é uma causa rara de dor abdominal aguda, auto limitada, porém em alguns casos pode progredir rapidamente e resultar em choque e morte. Já foram identificados alguns fatores de risco como sexo feminino, idade avançada, hipertensão, distúrbios sanguíneos, gravidez, obesidade e o fator mais importante, terapia anticoagulante. No caso relatado a paciente apresentava além da Hemofilia A, uma discrasia sanguínea onde há anticorpos contra a atividade pró coagulante do fator VIII, sexo feminino e idade avançada. A clínica é inespecífica: dor abdominal aguda e massa palpável, associado à febre, náusea, vômito, taquicardia e hipotensão. O diagnóstico clínico pode ser difícil na emergência devido aos diagnósticos diferenciais semelhantes que devem ser elencados no abdome agudo inflamatório. Sendo assim a tomografia computadorizada é o padrão ouro, pois mostra sangramento ativo e previne intervenções cirúrgicas ao excluir patologias intra-abdominais. O tratamento inicial é a conduta conservadora com repouso em leito hospitalar e uso de analgésicos e anti-inflamatórios, como foi realizado com sucesso nesse relato.

PO 3462

**OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA DEVIDO A COÁGULO INTRALUMINAL EM PÓS-OPERATÓRIO DE GASTRECTOMIA TOTAL**

Marcelo Sa de Araujo; Caroline Rangel Martins Pereira; Josie Marcelle Lira Albuquerque; Ana Luiza Muniz de Souza Vale; Antonio Kneipp Pitta de Castro Neto.

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITERÓI - RJ - BRASIL*

A neoplasia gástrica é uma das formas mais comuns de neoplasias no mundo com alta taxa de mortalidade e o tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma. Apesar da evolução dos quimioterápicos, o tratamento de escolha ainda é cirúrgico que pode cursar com complicações. Neste relato, descreve-se o caso de um paciente do sexo masculino de 82 anos, branco, ex-tabagista, ex-etilista. Atendido no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) com queixa de astenia, perda ponderal, constipação e anemia a esclarecer. Ao exame físico se apresentava emagrecido, hipocorado com abdome plano, peristáltico, timpânico, sem massas ou visceromegalias palpáveis e sem sinais de irritação peritoneal. Foi submetido à endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão ulcerada vegetante em grande curvatura no fundo e corpo do estômago por cerca de 8 cm. O resultado do histopatológico foi de adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado. O tratamento realizado foi a gastrectomia total com linfadenectomia à D1 (higiene do tronco celíaco) que cursou com complicações pós-operatórias. O objetivo deste relato é discutir a complicação pós-operatória de obstrução intestinal por coágulo intraluminal em anastomose cirúrgica pouco relatada na literatura.

PO 3463

**HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE COM MANEJO VIDEOLAPAROSCÓPICO: RELATO DE CASO**

Rodrigo Mariano; Henrique Ulguim Perin; Ricardo Fiado Biolo; Victor Antônio Brocco; Pedro Miguel Goulart Longo; Camila Fiad Biolo.

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Hemangiomas hepáticos (HH) são achados comuns na população. O acompanhamento baseia-se na conduta expectante das lesões, ficando o manejo cirúrgico reservado para alguns casos específicos, como nos HH gigantes sintomáticos. A seguir relataremos caso de HH gigante abordado por videolaparoscopia.

**RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 49 anos, sem comorbidades prévias, em investigação de dor em abdômen superior. Procedida à avaliação complementar com tomografia de abdômen que evidenciou múltiplos nódulos no parênquima hepático, achados compatíveis com hemangiomas, sendo 4 desses menores que 2cm entre os segmentos II,VI e VIII e 1 medindo 13,2 x 12,5 x 10,2 cm, com amplo contato com a cápsula hepática, determinando abaulamento do contorno, no segmento VII com extensão aos segmentos VIII e VI. Lesão determinava ainda compressão de ramos da veia porta, da veia hepática direita e da veia cava inferior. Em virtude dos achados de imagem compatíveis com HH gigante sintomático, paciente foi submetido à lobectomia hepática direita regrada com colecistectomia videolaparoscópica. Anátomo-patológico confirmou diagnóstico de HH. Paciente permaneceu por 12 horas em observação na UTI e teve alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** O HH é o tumor mesenquimal benigno do fígado mais comum. São tumores esporádicos encontrados em 1,2% a 5% das séries de autópsias. A maioria dos tumores é pequena, assintomática e de excelente prognóstico<sup>1</sup>. O diagnóstico pode ser feito por meio de várias modalidades de imagem, sendo o padrão ouro a TC abdominal com contraste<sup>2</sup>.

HH geralmente têm menos de 5 cm de tamanho, sendo aqueles maiores que 5 cm chamados de HH gigantes<sup>1</sup>. Ketchum W.A et al. sugerem em seu estudo a terminologia "mega", para HH medindo mais que 10 cm<sup>2</sup>.

O American College of Gastroenterology em suas diretrizes recomenda que pacientes com HH sintomáticos sejam encaminhados à terapia definitiva<sup>2</sup>. O HH gigante é tradicionalmente tratado cirurgicamente por enucleação ou ressecção, dependendo da localização e do tamanho<sup>3</sup>.

Ressecção laparoscópica de lesões hepáticas tem sido associada à diminuição do estresse cirúrgico, resultando em recuperação precoce e menor tempo de internação em comparação com ressecção hepática aberta, a exemplo do caso relatado, em que o paciente teve alta hospitalar 3 dias após a cirurgia<sup>3</sup>. Risco de hemorragia intraoperatória maciça e a dificuldade de controle tornam o tratamento laparoscópico dos HH gigantes um desafio para os cirurgiões<sup>3</sup>. Porém, a laparoscopia pode ser realizada com segurança por cirurgiões experientes com planejamento operatório adequado<sup>3</sup>. A abordagem anterior é eficaz para restringir perda de sangue durante a ressecção<sup>3</sup>. Portanto, apesar da maioria dos HH terem caráter benigno e não necessitarem de tratamento, HH gigantes representam um desafio na abordagem cirúrgica e ao mesmo tempo trazem à tona a cirurgia videolaparoscópica com melhores resultados globais em relação à técnica convencional aberta.

PO 3464

**HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE COM MANEJO VIDEOLAPAROSCÓPICO: RELATO DE CASO**

Rodrigo Mariano; Henrique Ulguim Perin; Ricardo Fiado Biolo; Victor Antônio Brocco; Pedro Miguel Goulart Longo; Camila Fiad Biolo.

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Hemangiomas hepáticos (HH) são achados comuns na população. O acompanhamento baseia-se na conduta expectante das lesões, ficando o manejo cirúrgico reservado para alguns casos específicos, como nos HH gigantes sintomáticos. A seguir relataremos caso de HH gigante abordado por videolaparoscopia.

**RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 49 anos, sem comorbidades prévias, em investigação de dor em abdômen superior. Procedida à avaliação complementar com tomografia de abdômen que evidenciou múltiplos nódulos no parênquima hepático, achados compatíveis com hemangiomas, sendo 4 desses menores que 2cm entre os segmentos II,VI e VIII e 1 medindo 13,2 x 12,5 x 10,2 cm, com amplo contato com a cápsula hepática, determinando abaulamento do contorno, no segmento VII com extensão aos segmentos VIII e VI. Lesão determinava ainda compressão de ramos da veia porta, da veia hepática direita e da veia cava inferior. Em virtude dos achados de imagem compatíveis com HH gigante sintomático, paciente foi submetido à lobectomia hepática direita regrada com colecistectomia videolaparoscópica. Anátomo-patológico confirmou diagnóstico de HH. Paciente permaneceu por 12 horas em observação na UTI e teve alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** O HH é o tumor mesenquimal benigno do fígado mais comum. São tumores esporádicos encontrados em 1,2% a 5% das séries de autópsias. A maioria dos tumores é pequena, assintomática e de excelente prognóstico<sup>1</sup>. O diagnóstico pode ser feito por meio de várias modalidades de imagem, sendo o padrão ouro a TC abdominal com contraste<sup>2</sup>.

HH geralmente têm menos de 5 cm de tamanho, sendo aqueles maiores que 5 cm chamados de HH gigantes<sup>1</sup>. Ketchum W.A et al. sugerem em seu estudo a terminologia "mega", para HH medindo mais que 10 cm<sup>2</sup>.

O American College of Gastroenterology em suas diretrizes recomenda que pacientes com HH sintomáticos sejam encaminhados à terapia definitiva<sup>2</sup>. O HH gigante é tradicionalmente tratado cirurgicamente por enucleação ou ressecção, dependendo da localização e do tamanho<sup>3</sup>.

Ressecção laparoscópica de lesões hepáticas tem sido associada à diminuição do estresse cirúrgico, resultando em recuperação precoce e menor tempo de internação em comparação com ressecção hepática aberta, a exemplo do caso relatado, em que o paciente teve alta hospitalar 3 dias após a cirurgia<sup>3</sup>. Risco de hemorragia intraoperatória maciça e a dificuldade de controle tornam o tratamento laparoscópico dos HH gigantes um desafio para os cirurgiões<sup>3</sup>. Porém, a laparoscopia pode ser realizada com segurança por cirurgiões experientes com planejamento operatório adequado<sup>3</sup>. A abordagem anterior é eficaz para restringir perda de sangue durante a ressecção<sup>3</sup>. Portanto, apesar da maioria dos HH terem caráter benigno e não necessitarem de tratamento, HH gigantes representam um desafio na abordagem cirúrgica e ao mesmo tempo trazem à tona a cirurgia videolaparoscópica com melhores resultados globais em relação à técnica convencional aberta.

PO 3465

**FORMA RARA DO TERATOMA OVARIANO - STRUMA OVARIÍ: RELATO DE CASO.**

Pietra Ziviani Côvre; Felipe Franco Gonçalves; Henrique Leal Deschamps; Renata Franco Gonçalves; Maria Tereza Costa Lage; Rafaela Ferro Valente; Thayla Brandão Duarte; Vanessa Miranda Borges.

*HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O Struma ovarii, considerado uma forma diferenciada de teratoma maduro do ovário, é histologicamente classificado como carcinoma papilar de tireóide. Representa 1% dos tumores sólidos do ovário e aproximadamente 3% dos tumores dermóides do ovário. Em geral, 5-8% produzem clínica de hipertireoidismo e 5-10% desses tumores são malignos. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica simples, em casos de malignidade a abordagem deverá ser individual.

**RELTO DE CASO:** Mulher de 33 anos, veio encaminhada à nossa instituição com suspeita de teratoma ou cisto ovariano esquerdo após realizar ultrassonografia gestacional de rotina. Após coleta de história minuciosa, onde negou alterações do ciclo menstrual prévias à gestação ou quaisquer outros sintomas, foi submetida à ecografia transvaginal, que confirmou a presença de tumefação cística multiloculada com septos e parede espessadas. Foi submetida à cesária pré termo (34 semanas) e ooforectomia unilateral à esquerda. O exame histológico identificou teratoma benigno de ovário, constituído essencialmente por tecido tireóideo. A paciente manteve-se assintomática e com valores normais de TSH e T4 livre no pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** O struma ovarii maligno pode ser diagnosticado no pré-operatório. Os sinais clínicos e exames de imagem não são característicos e não é fácil diferenciá-los de outros tumores ovarianos. Uma amostragem extensiva deve ser realizada e imunohistoquímica pode ser decisiva para estabelecer a natureza do epitélio de revestimento. Em pacientes jovens, a ooforectomia unilateral e estadiamento cirúrgico completo devem ser considerados quando o tumor está confinado a um ovário (estádio IA).

PO 3467

**COLELITIASE HEMORRÁGICA: RELATO DE CASO**

Lorena Ribeiro Teixeira<sup>1</sup>; Esther Victoria Lima de Mello<sup>2</sup>; Ana Clara Bastos<sup>1</sup>.

1. HGNI, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL
2. HGNI, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL

A doença calculosa da vesícula biliar - Colelitíase - é uma clínica recorrente nos serviços de Cirurgia Geral e geralmente necessitam de abordagem cirúrgica como tratamento preconizado, quando há queixa principal de náusea, vômito e dor abdominal sem melhora significativa com terapêutica medicamentosa. O relato em questão propõe um achado raro, o hemocolecisto, este é caracterizado como presença de líquido hemático no interior da Bolsa de Hartmann, que pode ser associado a traumas abdominais, câncer de células pequenas da vesícula biliar e colelitíase crônica, elucidando os fatores de risco e comorbidades do paciente. Ao que fora proposto pelo conteúdo descrito no material, o relato tem intuito de sinalizar profissionais da clínica médica e cirúrgica sobre os possíveis agravos do trato biliar associados a comorbidades e seus diagnósticos diferenciais. Como também notificar a sociedade médica o caso de hemocolecisto, servindo de referência para futuros casos, devido ao número reduzido de relatos. Vale salientar a importância da abordagem cirúrgica, devido a alta probabilidade de ruptura da vesícula edemaciada e definir o diagnóstico do paciente que não curse com a clínica clássica.

PO 3470

**TUMOR NEUROENDÓCRINO DO APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**

Vanessa Del Hoyo.

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Os tumores neuroendócrinos são tumores não epiteliais, originados de células neuroendócrinas localizadas na camada submucosa. De acordo com a literatura, o apêndice é o segundo sítio mais frequente de surgimento dos tumores neuroendócrinos em todo o trato digestivo, com frequência relativa de 25 a 30%, tendo sua maioria surgindo da ponta do apêndice. Prevalece em mulheres jovens. Eles raramente são sintomáticos, mas podem cursar com sintomatologia dolorosa em fossa ilíaca ou flanco direito, eventualmente com quadros de dor testicular à direita, associada à náuseas e vômitos, quadro compatível com diagnóstico diferencial de apendicite aguda. O tratamento cirúrgico se determina pelo tamanho do tumor e de suas características histológicas. Os que são menores de 1 cm se trata com apendicectomia simples, enquanto que os maiores de 2cm requerem hemicolectomia direita e linfadenectomia. A literatura recomenda o acompanhamento e a revisão periódica dos doentes diagnosticados com tumor neuroendócrino, sendo, por vezes, necessário o uso de dosagem de cromogranina A e tomografia computadorizada de abdome em busca de possíveis sítios de metástases. O prognóstico é normalmente favorável.

RELATO DE CASO: Homem, 53 anos, deu entrada no Pronto Atendimento do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto com história de dor em região epigástrica há 9 dias que migrou para fossa ilíaca direita, associada a febre aferida de 38°C, náuseas, vômitos e hiporexia. Negou outras comorbidades, etilismo e tabagismo. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, abdome rígido, dor à palpação profunda de fossa ilíaca direita, Rovsing positivo e Blumberg positivo. Exame laboratorial evidenciou PCR aumentada. O paciente foi submetido à apendicectomia convencional sem intercorrências. O exame anátomo patológico da peça cirúrgica demonstrou apêndice cecal apresentando, na extremidade distal, neoplasia constituída por blocos de células com núcleo arredondado, cromatina salpicada e citoplasma escasso, medindo 0,3cm no maior eixo e infiltrando até a camada muscular, com margem proximal de ressecção cirúrgica livre de neoplasia nos cortes avaliados. Raio-X realizado sem evidências de abdome agudo. O exame imuno-histoquímico revelou neoplasia neuroendócrina bem diferenciada, grau I histológico segundo a OMS/Enets. Realizado tomografia de tórax e de abdome inferior que descartou lesões secundárias nos seguimentos estudados. No período pós-operatório paciente evoluiu com dor à palpação profunda de região hipogástrica e de fossa ilíaca direita.

DISCUSSÃO: Este relato de caso foi feito visto que se trata de um caso raro de tumor neuroendócrino em homens. O paciente em questão recebeu conduta cirúrgica baseada no grau da lesão, tamanho e ausência de comorbidades adicionais. Tanto a epidemiologia como quadro clínico e tratamento seguiram compatíveis de acordo com os achados da literatura.

PO 3471

**NEOPLASIA MUCINOSA DO APÊNDICE CECAL: UM RELATO DE CASO**

Juliana Oliveira de Miranda<sup>1</sup>; Thais Ayumi Nagano<sup>1</sup>; Phillip Andrade Cerqueira<sup>1</sup>; Vanessa Cristina Cação<sup>1</sup>; Camila Tamassia Marcato<sup>1</sup>; Yasmin Sales Medeiros<sup>2</sup>; Guilherme Kened Souza Amorim<sup>1</sup>; Marina Fernanda Brum Ribeiro<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - SP - BRASIL
2. HOSPITAL GERAL DE ITAPERECICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - BA - BRASIL

Introdução: A neoplasia mucinosa do apêndice compreende 0,2-0,7% de todas as patologias do apêndice [1] e 0,5% de todas as neoplasias intestinais [2]. O quadro clínico é similar ao da apendicite aguda, sendo o diagnóstico muitas vezes realizado acidentalmente na análise da peça cirúrgica. As neoplasias do apêndice são classificadas histologicamente em adenocarcinoma tipo-colônico, adenocarcinoma mucinoso (AM), adenocarcinoma de células calciformes e carcinoma neuroendócrino. O AM, acomete ambos os sexos, geralmente por volta dos 60 anos e é dividido em baixo (BG) e alto grau (AG) de displasia. Relato de caso: Masculino, 66 anos, com quadro de dor abdominal difusa, sem irritação peritoneal, associada à êmese e diarreia há quatro dias. Laboratoriais apresentavam leucocitose com desvio a esquerda e elevação da proteína C reativa, além de Tomografia Computadorizada evidenciando coleção líquida com paredes espessadas e focos gasosos de permeio em fossa ilíaca direita (FID) de 11x4,7cm, sem visualização do apêndice cecal e distensão colônica com níveis hidroaéreos, sem fator obstrutivo. Indicada laparotomia exploradora, com grande quantidade de secreção purulenta em toda cavidade abdominal, bloqueio de alças em FID, apêndice edemaciado, com pontos de perfuração e saída de secreção mucoide clara. Artéria apendicular obliterada e base viável. Realizada apendicectomia com invaginação do coto à Oschner, lavagem exaustiva de cavidade e drenagem de cavidade. Iniciada nutrição parenteral em primeiro pós-operatório (PO), por programação de jejum prolongado, duração de sete dias. Introdução de dieta de prova no terceiro PO, com progressão lenta, até aceitação de dieta geral no sexto PO. Apresentou retorno de hábito intestinal no quarto PO, dreno tubolaminar mantendo secreção serohemática, sendo retirado no sexto PO e alta hospitalar no oitavo PO. Resultado anatomopatológico descreve apêndice cecal de 8x4,5cm com AM de BG, ausência de invasão e margens cirúrgicas livres, estadiamento pTis Nx Mx. Discussão: O AM geralmente apresenta clínica após sua ruptura, com liberação de células tumorais e mucina na cavidade, mimetizando um quadro de apendicite, podendo levar ao pseudomixoma peritoneal (PMP), tipo de metástase regional. O BG é caracterizado por células bem diferenciadas glandulares, que, apesar de ser classificada como não invasiva, ainda pode levar ao PMP e é considerada uma patologia maligna. O tratamento definitivo da BG sem rupturas é a apendicectomia, se houve ruptura e liberação de mucina na cavidade, deve-se inspecionar no intra-operatório para a retirada de toda a tumoração macroscópica (citoredução) e associar a quimioterapia [3]. A taxa de sobrevida para os casos sem invasão regional é de 5 anos em 91% dos casos, se houver sinais de metástase, essa taxa declina para 41% dos casos [4]. Concluindo, apesar de ser uma patologia rara, deve-se sempre estar atento, pois seu diagnóstico precoce e manejo adequado, pode evitar desfechos desfavoráveis.

PO 3472

**SÍNDROME DE BOUVERET**

Marcos Alexandre de Souza<sup>1</sup>; Iago Fernando Alencar Amorim<sup>1</sup>; José Guilherme Gutierrez Saldanha<sup>2</sup>; Thiago Eberhad Dutra<sup>1</sup>; Cássio Padilha Rubert<sup>1</sup>; Robson Luiz Silveira Jara<sup>1</sup>.

1. HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL
2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MATO GROSSO DO SUL - UEMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL

A síndrome de Bouveret (SB) é uma condição clínica rara, representa aproximadamente 1 a 3% dos casos de obstrução causadas por cálculos biliares. Sua gênese está relacionada com a impação pilórica de um cálculo biliar proveniente de uma fistula entre a vesícula biliar e o estômago, que impede o esvaziamento gástrico. Acomete principalmente mulheres, idosas, com múltiplas comorbidades e histórico de litíase biliar. Sua apresentação clínica caracteriza-se por dor e distensão abdominal, associada a episódios de êmese com característica biliar. O diagnóstico é baseado na história clínica e nos achados dos exames de imagem. O presente relato tem por objetivo descrever um caso dessa doença incomum.

M.C.S, 66 anos, sexo feminino, procurou o Pronto Atendimento do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul com história de dor abdominal difusa, plenitude gástrica, náusea e êmese, associada a perda ponderal. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, descorada +/- e desidratada +/-+. O abdome era plano, com RHA+ dolorido a palpação profunda difusamente, sem massas palpáveis e sem sinais de irritação peritoneal. Em razão do quadro inespecífico foi solicitada uma endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou um orifício fistuloso no bulbo duodenal, tomografia e ressonância nuclear magnética do abdome superior com colangiressonância que mostraram vesícula biliar distendida, com paredes espessadas, irregulares com cálculo grande no interior, medindo aproximadamente 6,3 x 3,6 cm. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora. No intraoperatório foi evidenciada uma grande aderência entre omento, o estômago e o fígado. Após a liberação dessa, foi visualizada uma fistula entre a vesícula biliar e a parede gástrica. Procedeu-se a abertura da parede gástrica para a retirada de 2 cálculos de aproximadamente 6 cm da região pré-pilórica com posterior gastrografia. A paciente foi encaminhada para enfermaria, onde apresentou boa evolução clínica e recebeu alta hospitalar no 7º PO para acompanhamento ambulatorial.

As fístulas colecisto-entéricas são raras, verificando-se forte associação com a presença de colelitíase volumosa (cálculos > 2,5 cm). Cálculos biliares, sobre a mucosa vesicular, por vezes promove um processo de pericolecistite, formação de aderências com os órgãos adjacentes e erosão gradual, culminando na formação de um trajeto fistuloso. Dentre essas destacamos a síndrome de Bouveret. O diagnóstico dessa síndrome baseia-se na história clínica associada aos exames complementares. No entanto, ele nem sempre é fácil já que a sintomatologia é inespecífica. O tratamento é cirúrgico em razão do quadro obstrutivo. A SB é um verdadeiro desafio pois na literatura atual existem poucos casos relatados, dessa forma esperamos contribuir relatando mais um caso dessa condição rara.

PO 3473

**TUMOR NEUROENDÓCRINO DO APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**

Vanessa Del Hoyo; Felipe Rigotto Zera; Helena Rodrigues Alves Ferreira; Roberto Bevia Filho; Leonardo Cláudio Orlando; Marcelo Engracia Garcia.

*UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL*

Os tumores neuroendócrinos são tumores não epiteliais, originados de células neuroendócrinas localizadas na camada submucosa. De acordo com a literatura, o apêndice é o segundo sítio mais frequente de surgimento dos tumores neuroendócrinos em todo o trato digestivo, com frequência relativa de 25 a 30%, tendo sua maioria surgindo da ponta do apêndice. Prevalence em mulheres jovens. Eles raramente são sintomáticos, mas podem cursar com sintomatologia dolorosa em fossa ilíaca ou flanco direito, eventualmente com quadros de dor testicular à direita, associada à náuseas e vômitos, quadro compatível com diagnóstico diferencial de apendicite aguda. O tratamento cirúrgico se determina pelo tamanho do tumor e de suas características histológicas. Os que são menores de 1 cm se trata com apendicectomia simples, enquanto que os maiores de 2cm requerem hemicolectomia direita e linfadenectomia. A literatura recomenda o acompanhamento e a revisão periódica dos doentes diagnosticados com tumor neuroendócrino, sendo, por vezes, necessário o uso de dosagem de cromogranina A e tomografia computadorizada de abdome em busca de possíveis sítios de metástases. O prognóstico é normalmente favorável.

**RELATO DE CASO:** Homem, 53 anos, deu entrada no Pronto Atendimento do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto com história de dor em região epigástrica há 9 dias que migrou para fossa ilíaca direita, associada a febre aferida de 38°C, náuseas, vômitos e hiporexia. Negou outras comorbidades, etilismo e tabagismo. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, abdome rígido, dor à palpação profunda de fossa ilíaca direita, Rovsing positivo e Blumberg positivo. Exame laboratorial evidenciou PCR aumentada. O paciente foi submetido à apendicectomia convencional sem intercorrências. O exame anátomo patológico da peça cirúrgica demonstrou apêndice cecal apresentando, na extremidade distal, neoplasia constituída por blocos de células com núcleo arredondado, cromatina salpicada e citoplasma escasso, medindo 0,3cm no maior eixo e infiltrando até a camada muscular, com margem proximal de ressecção cirúrgica livre de neoplasia nos cortes avaliados. Raio-X realizado sem evidências de abdome agudo. O exame imuno-histoquímico revelou neoplasia neuroendócrina bem diferenciada, grau I histológico segundo a OMS/Enets. Realizado tomografia de tórax e de abdome inferior que descartou lesões secundárias nos seguimentos estudados. No período pós-operatório paciente evoluiu com dor à palpação profunda de região hipogástrica e de fossa ilíaca direita.

**DISCUSSÃO:** Este relato de caso foi feito visto que se trata de um caso raro de tumor neuroendócrino em homens. O paciente em questão recebeu conduta cirúrgica baseada no grau da lesão, tamanho e ausência de comorbidades adicionais. Tanto a epidemiologia como quadro clínico e tratamento seguiram compatíveis de acordo com os achados da literatura.

PO 3474

**ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO, NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO**

Wendy do Carmo Aguiar; Ciro Carneiro Medeiros; Igor Arantes Goes; Monique Raquel Barbosa de Queiroz Fonseca; Christian Borna Mattavelli; Antônio Henrique Rebolho Batista da Silva.

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL*

**Relato de Caso:** J.A.R., 38 anos, deu entrada no pronto socorro com queixa de distensão e dor abdominal difusa, tipo cólica, com início há 5 dias, referindo piora progressiva, associada a episódios de vômito. Ainda, parada de eliminação de fezes e flatos nesse período e tentativas de realização de clister via retal, sem melhora do quadro.

Nega alterações de hábito intestinal, comorbidades e cirurgia prévias.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, com fâscias de dor e hipocorada.

Abdome distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso à palpação profunda difusa, sem massas palpáveis. Toque retal nota-se ausência de fezes em ampola retal, sem lesões.

Realizado Radiografia de rotina de abdome agudo, que evidenciou distensão de alças e níveis hidroaéreos por colón e delgado, por conseguinte, Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste evidenciando importante dilatação das alças de delgado e moderada quantidade de líquido livre em pelve, sendo indicado Laparotomia Exploradora.

No intra operatório, nota-se conglomerado de alças de delgado a 25 cm da Válvula Ileocecal (VIC). Realizado Enterectomia segmentar de 15 cm à 25 cm da VIC, enteroanastomose latero-lateral isoperistáltica. Encaminhado para anatomia patológica, com diagnóstico de Lipoma medindo 3,5cm com áreas de necrose e hemorragia, ainda, processo inflamatório crônico exudativo, com áreas e infarto isquêmico em parede de intestino delgado.

**Discussão:** A intussuscepção intestinal em adultos é uma entidade rara, que difere em vários aspectos daquela observada na faixa etária pediátrica. Origina-se da entrada de um segmento do tubo gastrointestinal (TGI) em direção ao segmento adjacente, anterior ou posteriormente, mais frequente no intestino delgado do que no cólon.

Em adultos, a sintomatologia é variável e inespecífica, dificultando o diagnóstico e tornando-se quase sempre um achado intraoperatório, diferentemente como ocorre nas crianças

O mecanismo exato que leva à invaginação ainda é desconhecido, porém, acredita-se que qualquer lesão ou processo irritativo e inflamatório dentro do lúmen intestinal é capaz de desencadeá-la.

Neste relato, trata-se de um caso de intussuscepção intestinal por um lipoma em delgado, tumor benigno constituído por células gordurosas tipo adulto envoltas por cápsula fibrosa.

O diagnóstico de certeza é baseado nos achados cirúrgicos, assim como ocorreu neste caso. Entretanto, exames de imagem e procedimentos minimamente invasivos podem ser esclarecedores.

Em suma, além de tratar-se de uma patologia rara, a intussuscepção é uma condição que desafia o cirurgião, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à terapêutica. O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, devido ao quadro clínico semelhante a outras causas de abdome agudo obstrutivo e por estar associado à sintomatologia subaguda e inespecífica. A opção de abordagem, forneceu o diagnóstico definitivo e o tratamento eficaz ao relato, trazendo assim, benefícios a esta paciente.

**PO 3475**

**ABDOMEN AGUDO OBTURATIVO, NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO**

Wendy do Carmo Aguiar; Ciro Carneiro Medeiros; Igor Arantes Goes; Monique Raquel Barbosa de Queiroz Fonseca; Christian Borna Mattavelli; Antônio Henrique Rebolho Batista da Silva.

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL*

Relato de Caso: J.A.R., 38 anos, deu entrada no pronto socorro com queixa de distensão e dor abdominal difusa, tipo cólica, com início há 5 dias, referindo piora progressiva, associada à episódios de vômito. Ainda, parada de eliminação de fezes e flatos nesse período e tentativas de realização de clister via retal, sem melhora do quadro.

Nega alterações de hábito intestinal, comorbidades e cirurgia prévias.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, com fáscias de dor e hipocorada.

Abdome distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso à palpação profunda difusa, sem massas palpáveis. Toque retal nota-se ausência de fezes em ampola retal, sem lesões.

Realizado Radiografia de rotina de abdome agudo, que evidenciou distensão de alças e níveis hidroaéreos por cólon e delgado, por conseguinte, Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste evidenciando importante dilatação das alças de delgado e moderada quantidade de líquido livre em pelve, sendo indicado Laparotomia Exploradora.

No intra operatório, nota-se conglomerado de alças de delgado a 25 cm da Válvula Ileocecal (VIC). Realizado Enterectomia segmentar de 15 cm à 25 cm da VIC, enteroanastomose latero-lateral isoperistáltica. Encaminhado para anatomia patológica, com diagnóstico de Lipoma medindo 3,5cm com áreas de necrose e hemorragia, ainda, processo inflamatório crônico exudativo, com áreas e infarto isquêmico em parede de intestino delgado.

Discussão: A intussuscepção intestinal em adultos é uma entidade rara, que difere em vários aspectos daquela observada na faixa etária pediátrica. Origina-se da entrada de um segmento do tubo gastrointestinal (TGI) em direção ao segmento adjacente, anterior ou posteriormente, mais frequente no intestino delgado do que no cólon.

Em adultos, a sintomatologia é variável e inespecífica, dificultando o diagnóstico e tornando-se quase sempre um achado intraoperatório, diferentemente como ocorre nas crianças

O mecanismo exato que leva à invaginação ainda é desconhecido, porém, acredita-se que qualquer lesão ou processo irritativo e inflamatório dentro do lúmen intestinal é capaz de desencadear-la.

Neste relato, trata-se de um caso de intussuscepção intestinal por um lipoma em delgado, tumor benigno constituído por células gordurosas tipo adulto envoltas por cápsula fibrosa.

O diagnóstico de certeza é baseado nos achados cirúrgicos, assim como ocorreu neste caso. Entretanto, exames de imagem e procedimentos minimamente invasivos podem ser esclarecedores.

Em suma, além de tratar-se de uma patologia rara, a intussuscepção é uma condição que desafia o cirurgião, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à terapêutica. O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, devido ao quadro clínico semelhante a outras causas de abdome agudo obturativo e por estar associado à sintomatologia subaguda e inespecífica. A opção de abordagem, forneceu o diagnóstico definitivo e o tratamento eficaz ao relato, trazendo assim, benefícios a esta paciente.

**PO 3476**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO NASOALVEOLAR BILATERAL - RELATO DE CASO.**

Bruno de Araujo Pinheiro; Felipe Franco Gonçalves; Bruno Ferreira de Azevedo; Maria Tereza Costa Lage; Rafaela Ferro Valente; Pietra Ziviani Côvre; Vanessa Miranda Borges; Janssen Ferreira de Oliveira.

*HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O cisto nasoalveolar, descrito por Zuckerkandl em 1882, possui origem embrionária, não odontogênica e de origem na região labial superior. Sua ocorrência é incomum, sendo a apresentação bilateral extremamente rara. A maior incidência é entre a quarta e quinta décadas de vida com maior acometimento do sexo feminino. O aumento de volume bem localizado e indolor no sulco nasogeniano e na base alar nasal é a principal manifestação clínica. Os exames complementares que contribuem para o diagnóstico e conduta terapêutica são: nasofibroscopia flexível, tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RM). O tratamento preferencial é cirúrgico.

**RELATO DE CASO:** A.R.D, 44 anos, sexo feminino, branca, veio ambulatório médico devido a obstrução mecânica em ambas fossas nasais, apresentando tumores de crescimento progressivo há 1 ano. Sem dor local, epistaxe ou rinorreia.

À rinoscopia notava-se tumor cístico em ambas as fossas nasais. Durante avaliação de cavidade oral era possível palpar a lesão até a região de sulco gengivolabial superior bilateralmente. Foi solicitada TC dos seios da face, que evidenciou material com densidade de partes moles no assoalho das fossas nasais, medindo 2cm à esquerda e 1,5cm à direita. Tendo sido indicada exérese cirúrgica, a paciente foi submetida a incisão intraoral distando 5mm do fundo de saco vestibular superior, compreendendo a bateria labial (canino direito a canino esquerdo), com descolamento mucoperiosteal, expondo a abertura piriforme e espinha nasal anterior. As lesões foram dissecadas e removidas por completo, tendo sido posteriormente enviadas para avaliação anátomo-patológica.

O estudo histológico evidenciou lesão cística com epitélio de revestimento do tipo pseudoestratificado cilíndrico com células calciformes. A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo alta no dia seguinte ao procedimento. Durante seguimento ambulatorial, não apresentou sinais de recidiva.

**DISCUSSÃO:** O cisto nasoalveolar é usualmente unilateral (90%), mais comum no sexo feminino (5,5:1) e na raça negra, e entre os 50 e 60 anos de idade. Em 50% dos casos há ocorrência de processo infeccioso podendo ocasionar fístula oronasal. Dessa forma torna-se necessário o diagnóstico correto e abordagem cirúrgica da lesão. Nossa paciente apresentou uma forma rara da doença, mas com boa evolução após ser submetida ao tratamento preconizado.

PO 3477

**HERNIA DIAFRAGMÁTICA TIPO IV: UM RELATO DE CASO**

Thais Ayumi Nagano; Juliana Oliveira de Miranda; Phillip Andrade Cerqueira; Vanessa Cristina Cação; Camila Tamassia Marcato; Yasmin Sales Medeiros; Guilherme Kened Souza Amorim; Marina Fernanda Brum Ribeiro.

*HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - SP - BRASIL*

Introdução: Hérnia hiatal é uma condição patológica que consiste no deslocamento de conteúdo abdominal, principalmente a junção gastroesofágica (JGE) e estômago, para acima do diafragma através do hiato esofágico, adentrando o mediastino (1). É uma condição frequente, causada pelo aumento da pressão intra-abdominal, com seguintes fatores de risco: obesidade, idade avançada, multiparidade e cirurgia esofagiana prévia. A classificação atual divide em quatro tipos: tipo I, 90% dos casos, são as hérnias por deslizamento; tipo II, as hérnias paraesofageanas verdadeiras, pois a JGE permanece na posição anatômica; tipo III, as hérnias mistas, combinação do tipo I e II, na qual tanto o fundo gástrico quanto JGE são deslocados pelo hiato; tipo IV, hérnias gigantes, que apresentam outras estruturas abdominais além do estômago, acima do diafragma (2). Essa última representa 0,1% dos casos de hérnia hiatal, e está associado a uma alta taxa de mortalidade, 56%, quando tratados na urgência (3). Relato de caso: Masculino, 69 anos, DPOC, deu entrada no pronto-socorro devido dor abdominal difusa, com distensão importante, associada a constipação há 03 dias. Raio-X de abdome agudo com grande distensão de intestino delgado, endoscopia digestiva alta referindo JGE ao nível de pinçamento diafragmático e exames laboratoriais sem alterações. Diagnosticado hérnia hiatal tipo IV por meio da tomografia, com protrusão gástrica e de alças intestinais em região intratorácica. Locada sonda nasogástrica, com saída de pouco débito de estase gástrica. Indicada abordagem laparoscópica identificando hérnia hiatal tipo IV, contendo esôfago, estômago e intestino delgado, com distensão de alças de jejuno. Necessidade de conversão laparotômica por dificuldade técnica e de material. Realizada redução do conteúdo herniário, funduplicatura à Toupet e hiatoplastia anterior sem intercorrências, com melhora imediata de aspecto de alças. Paciente evoluiu com distensão abdominal no quinto pós operatório (PO) devido restrição ao leito, com melhora após deambulação, medidas laxativas e fisioterapia motora. Obteve alta hospitalar no oitavo PO, com boa aceitação de dieta oral, hábitos intestinais regulares, sem queixas dispépticas. Aguarda retorno ambulatorial. Discussão: Os tipos de hérnias II,III e IV possuem maior risco de obstrução e mínimo alívio dos sintomas com terapia medicamentosa. Por esses motivos, o tratamento de primeira linha é a funduplicatura à Nissen (360°) ou à Toupet (270°). A técnica laparoscópica apresenta como vantagem menor tempo de internação, menos queixa algica pós-operatória e menor taxa de complicação pulmonar, porém, as desvantagens incluem imagem bidimensional, limitação de movimentos e piora ergonômica para os cirurgiões<sup>2</sup>. A abordagem pode ser via transabdominal ou transtorácica esquerda, tendo a última visualização direta do esôfago e melhor acessibilidade a hérnia, favorecendo mobilização esofageana adequada com reparo sem tensão (4).

PO 3478

**DUPLICAÇÃO DE VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO**

Evandro Andrade Sperotto; Carlos Horacio Vargas Urzagaste.

*HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUI, IJUI - RS - BRASIL*

INTRODUÇÃO: A duplicação da vesícula biliar é uma malformação congênita rara, que ocorre em cerca de um em 3800-4000 nascimentos<sup>1</sup>. Este tipo de anomalia não tem predominância sobre gênero, idade ou etnia, e é comumente relatado durante procedimentos cirúrgicos e autópsias. Duplicação da vesícula biliar pode desenvolver-se a partir de duas origens separadas<sup>2</sup>. Em casos presentes onde tem dois ductos císticos a conlangiografia intra operatoria será precisa para serem completamente dissecados e seccionados com segurança.<sup>3</sup> Muitos desses pacientes apresentarão sintomas atípicos da doença biliar tradicional, e é muito importante suspeitar da duplicação da vesícula biliar como um possível origem. Ressecção laparoscópica bem-sucedida requer que o cirurgião considere a anatomia aberrante como um possibilidade quando situações atípicas são encontradas.<sup>4</sup>

RELATO DE CASO: Paciente A.C.F. feminina, 44 anos, raça branca, com relato episódios de dor em hipocôndrio direito e dispepsia após refeições há um ano, nega sinais colestáticos ou febre, abdome sem massa palpável, Murphy negativo.

Colangioprosonancia: duplicação da vesícula biliar evidenciando dois císticos, com calculo biliar único.

Feita Colectomia laparoscópica com colangiografia intra-operatória evidenciando vesícula biliar duplicada com dois císticos com calculo biliar unico.

Paciente com boa evolução e alta 24 horas após a admissão hospitalar.

DISCUSSÃO: A duplicação da vesícula biliar é uma rara anomalia congênita, que requer atenção especial das vias biliares da anatomia ductal e arterial. Não há sintomas específicos atribuíveis a uma vesícula biliar duplicada. A remoção cirúrgica simultânea de ambas as vesículas é recomendado evitando quadros de colelitíase sintomática ou colecistite do órgão remanescente. Colectomia laparoscópica com colangiografia intraoperatória é o tratamento adequado na vesícula biliar duplicada sintomática. A remoção de uma vesícula biliar duplicada assintomática permanece controversa<sup>1</sup>.

Imagens pré-operatórias são muito importantes no diagnóstico de vesícula biliar duplicada<sup>4</sup>. Os cirurgiões sempre devem estar cientes das diferentes formas de apresentação da vesícula biliar, já que a pode-se deparar com situações que não se vem diariamente<sup>3</sup>

REFERÊNCIAS:

- 1.- Pillay Y. Gallbladder duplication. Int J Surg Case Rep. 2015;11:18-20. doi:10.1016/j.ijscr.2015.04.002.
- 2.- Apolo Romero EX, Gálvez Salazar PF, Estrada Chandi JA, et al. Gallbladder duplication and cholecystitis. J Surg Case Rep. 2018;2018(7):rjy158. Published 2018 Jul 3. doi:10.1093/jscr/rjy158.
- 3.- Gupta R, Verma P, Yadav J, Singh AK, Bhat H, Singh SK. Laparoscopic Cholecystectomy for Gallbladder Duplication. J Gastrointest Surg. 2019;23(5):1075-1076. doi:10.1007/s11605-018-3922-7.
- 4.- Causey MW, Miller S, Fernelius CA, Burgess JR, Brown TA, Newton C. Gallbladder duplication: evaluation, treatment, and classification. J Pediatr Surg. 2010;45(2):443-446. doi:10.1016/j.jpedsurg.2009.12.015.

PO 3479

**ADENOCARCINOMA DE VÁLVULA ILEOCECAL COM OBSTRUÇÃO CRÔNICA - RELATO DE CASO**

Adriana de Freitas Fantinelli; Fernando Bráulio Ponce Leon P. de Castro.

*UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A obstrução intestinal é um achado frequente durante a anamnese de pacientes com neoplasias colônicas, sendo que por vezes o curso da doença torna-se arrastado e perde-se a oportunidade diagnóstica. Nestas situações, especialmente em se tratando da região ileocecal, o acometimento das adjacências impõe uma abordagem mais ampla, que compreenda a dissecação de estruturas, bem como a realização de linfadenectomia. **Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, procurou a emergência com sinais de hipotensão arterial (80 x 40 mmHg) e taquicardia (138 bpm), referindo dor abdominal de forte intensidade em quadrante inferior direito, com início há sete dias, com associação a uma diarreia paradoxal. Negou febre ou emagrecimento. Comorbidades: hipertensão arterial sistêmica, em uso de losartana, e diabetes mellitus, em uso de metformina. Exames de imagem: foi realizada tomografia computadorizada abdominal, onde constatou-se a presença de uma massa em topografia ileocecal, compatível com os sintomas da paciente. **Cirurgia:** a lesão da válvula ileocecal foi abordada por laparotomia exploradora, que incluiu a realização de linfadenectomia retroperitoneal. O arco duodenal, ângulo de Treitz e ureter direito foram dissecados, bem como a veia mesentérica superior para que todos os linfonodos da cadeia 14V fossem ressecados. A peça foi encaminhada para o estudo histopatológico, sendo identificada a presença de um adenocarcinoma. A paciente teve evolução favorável no pós-operatório, não tendo sido registradas interferências. **Discussão:** A linfadenectomia retroperitoneal é um procedimento cirúrgico complexo e de grande porte, com potencial de conferir considerável morbidade adicional a pacientes portadores de neoplasias avançadas. Nos quadros obstrutivos, a ressecção vai depender das condições do paciente e do local de atendimento. Cirurgias radicais, com linfadenectomia ou ressecções associadas de outros órgãos, em caráter de urgência, têm alta incidência de complicações e nem sempre permitem uma radicalidade adequada, podendo isso ser determinante no prognóstico do tratamento pós-cirúrgico do paciente. Justifica-se, portanto, o aprimoramento das técnicas operatórias em situações como esta, sabendo-se que a cirurgia oncológica não eletiva merece um capítulo à parte quando comparada ao planejamento da abordagem eletiva. **Referências bibliográficas:** Chang GJ, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Moyer VA. Lymph node evaluation and survival after curative resection of colon cancer: systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2007 Mar 21;99(6):433-41; Le Voyer TE, Sigurdson ER, Hanlon AL, Mayer RJ, Macdonald JS, Catalano PJ, et al. Colon cancer survival is associated with increasing number of lymph nodes analyzed: a secondary survey of intergroup trial INT-0089. *J Clin Oncol* 2003; 21: 2912 – 9

PO 3482

**PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE INSULINOMA: RELATO DE CASO E REVISÃO LITERÁRIA**

Michele Medeiros Demutti; Thiago Boechat de Abreu; Vinícius Gouvêa Rodrigues; Lara Batalha Santos.

*HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** Dentre os TNE do pâncreas, o mais comum é o insulinoma, com prevalência estimada em 1-4 casos por 100000 pessoas/ano. Geralmente são benignos, apresentam-se como nódulo único, < 2 cm e esporádico. Porém, até 10% dos insulinomas decorrem da síndrome de Neoplasia Endócrina Múltipla tipo1.

As manifestações clínicas resultam do hiperinsulinismo: sintomas adrenérgicos (náusea, ansiedade, suor); ou neuroglicopenicos (confusão, cefaleia, convulsão). O diagnóstico clássico se dá pela observação da tríade de Whipple – sintomas precipitados por jejum, hipoglicemia (<45mg/dL), remissão à ingesta de carboidratos.

Após a confirmação bioquímica do hiperinsulinismo, deve-se realizar localização do tumor por meio de exames de imagem (de preferência TC contrastada em fase arterial precoce).

Este trabalho destina-se a relatar o emprego da videolaparoscopia para tratamento de insulinoma pancreático.

**Relato:** Paciente feminina, 29 anos, apresentou quadro de síncope recorrentes associadas à hipoglicemia severa com teste de supressão de pepitídio C sugerindo produção exacerbada de insulina. Durante investigação foi submetida à tomografia que evidenciou lesão hipercaptante em região anterossuperior, na transição entre corpo e cauda pancreáticos, de cerca de 1,9 cm, sem comprometimento dos ductos pancreáticos.

Realizou-se pancreatectomia distal e esplenectomia videolaparoscópica sem intercorrências. No pós-operatório apresentou 2 episódios de hiperglicemia com bom controle glicêmico após o 4o dia, tendo recebido alta hospitalar sem outras complicações.

O histopatológico confirmou múltiplas lesões nodulares, sendo a maior de 3,5x 2 cm, sugestivas de neoplasia neuroendócrina pancreática grau 1 – imunomarcagem positiva para cromogranina e sinaptofisina, índice mitótico < 2 e Ki67 menor que 3% - estadiamento pT2Nx.

No momento a paciente segue em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** O tratamento cirúrgico é curativo em 90% dos casos, sendo o tratamento de escolha; quando este não é viável – lesões metastáticas extensas – pode-se optar pelo manejo clínico aliado a técnicas intervencionistas: injeção de octreotida, ablação guiada por ecoEDA, ablação por radiofrequência, embolização.

Enucleação é o procedimento de escolha em nódulos pequenos, únicos, não comunicantes ao o ducto pancreático, superficiais, de localização precisa nos exames de imagem e durante a cirurgia.

Entretanto, a pancreatectomia é indicada para lesões maiores, que invadem ou são próximas à grandes vasos, na suspeita de malignidade, na presença de dilatação dos ductos pancreáticos ou de comprometimento linfonodal. Devendo-se, sempre que possível, preservar parênquima para minimizar o risco de insuficiência exócrina/endócrina

A laparoscopia é preconizada no tratamento de lesões em corpo e cauda de pâncreas, se identificação visual ou com usg intraoperatório garantindo margens livres.

Optou-se por laparoscopia pois a paciente preenchia critérios para tal e por ser uma abordagem com benefícios comprovados.

PO 3484

**DIAGNÓSTICO DE VESÍCULA RESIDUAL NO PÓS OPERATÓRIO: RELATO DE CASO**

Maria Olivia da Silva<sup>1</sup>; Jacqueline Jéssica de Marchi<sup>2</sup>; Vivyan Vanessa de Lira Isidro<sup>3</sup>; Vitória Paglione Balestero de Lima<sup>2</sup>; Joanna Maria Alves Morais<sup>2</sup>; Júlia Ribeiro Borges<sup>2</sup>.

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE- UNIVAG BRASILEIRA, VÁRZEA GRANDE - MT - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO CAMPUS SINOP, SINOP - MT - BRASIL
3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE BRASILEIRA, SANTO AMARO - PE - BRASIL

**Introdução:** Colecistite aguda é o processo inflamatório da vesícula biliar. Cerca de 95% casos são por persistente obstrução do ducto cístico devido à impactione por cálculo. Nos 5% restantes, acontece a colecistite acalculosa, decorrente da contratilidade ineficaz da vesícula e a formação de lama biliar, que desencadeia uma inflamação localizada corroborando à congestão da parede, colonização bacteriana e necrose. O diagnóstico é feito pela clínica e Ultrassonografia (USG). A colecistectomia é o tratamento de escolha, associada a antibioticoterapia. O tratamento eficaz dessa patologia é crucial, uma vez que a persistência da inflamação pode causar perfurações, íleo biliar, isquemia e necrose. **Caso Clínico:** Paciente masculino, 47 anos, obeso, com histórico de Síndrome do Intestino Irritável, em uso de Sillif. Em novembro de 2019, iniciou dor em hipocôndrio direito associada à náuseas e vômitos. Realizado USG de Abdome, sendo constatada litíase biliar com espessamento da parede vesicular, confirmando o diagnóstico de colecistite aguda. Submetido à Colecistectomia Videolaparoscópica (20/01/20), ocorreu sangramento importante, devido a esteatose e friabilidade hepática. A cirurgia seguiu-se com ligadura de artéria cística e ducto cístico, sem presença de alterações anatômicas. O anatomopatológico da vesícula constatou colecistite crônica inespecífica e colesterolose. Paciente evoluiu bem e recebeu alta em 24 horas. Retornou em consulta (31/01/20), assintomático. Em Julho de 2020, em consulta e assintomático, foi solicitado USG de abdome, realizado dia 21/07 (no leito da vesícula biliar uma imagem tubular, anecóica, de paredes espessadas com conteúdo heterogêneo medindo 4,4x2,0x1,6 centímetros nos seus maiores eixos). Impressão diagnóstica: esteatose hepática, vesícula biliar não caracterizada e formação de aspecto cístico tubular, com conteúdo na topografia da vesícula. Para elucidação foi solicitado a Colangiorrisonância (13/08) que identificou aspecto cístico alongado no leito vesicular sugestivo de neovesícula, negou a presença de cisto de colédoco. **Discussão:** Existem poucos relatos referentes a vesícula remanescente e neovesícula biliar pós-colecistectomia. A colecistectomia subtotal é a principal causa de vesícula remanescente, umas das indicações são nos casos de difícil abordagem cirúrgica com comprometimento inflamatório da árvore biliar e visibilidade cirúrgica difícil. Outrossim, nessas situações prioriza-se o clampeio do ducto cístico para que não ocorra sintomas de cólica biliar e deixa somente resquícios da camada serosa da vesícula biliar, na qual mantêm contato com a região hepática. Como diagnóstico diferencial há o cisto de colédoco, patologia rara, que se apresenta como dilatações de origem congênita dos ductos biliares nas vias intra ou extra-hepáticas, manifestação frequente na infância. No caso descrito, ficam-se os questionamentos: o diagnóstico seria de vesícula remanescente ou neovesícula?

PO 3486

**ULTRASSOM COMO MELHOR MÉTODO DE IMAGEM PARA DEFINIÇÃO CONDUTA EM CASO DE DOR ABDOMINAL – RELATO DE CASO**

Julia Macedo Maciel; Renan Fardim Novaes; Bruno de Araujo Pinheiro; Amanda Caroline Tiago Oliveira; Henrique Leal Deschamps; Bruno Venâncio Cacilhas; Bruno Ferreira de Azevedo; Carlos Eduardo de Castro Areal.

*HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG – BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Desde seu surgimento, a Tomografia computadorizada (TC) tem sido método bastante confiável, com alto valor de sensibilidade e especificidade, demonstrando assim, grande acurácia no diagnóstico de patologias que cursam com dor abdominal. Em contrapartida tem a Ultrassonografia (USG) que, apesar de um método mais antigo e com valor de especificidade e sensibilidade não tão elevados quando se comparado a TC nas maioria dos casos de dor abdominal, em alguns casos tem se tornando método mais eficaz.

Neste estudo realizaremos uma comparação entre esses dois métodos de imagem no diagnóstico e conduta terapêutica diante de um caso de dor abdominal.

**RELATO DE CASO:** Paciente sexo masculino, 14 anos, previamente hígido, procurou pronto atendimento devido reincidência de dor abdominal associada a febre, náuseas, vômitos e diarreia. Referia diagnóstico prévio de intoxicação alimentar após mesmo quadro há 15 dias.

Ao exame físico apresentava abdome flácido, peristaltismo presente, dor em região de meso e hipogástrico sem sinais de irritação peritoneal, exames de laboratório apontavam PCR 254 e discreta leucocitose sem desvio. Realizou TC de abdome total com contraste venoso com visualização de volumosa coleção pélvica de paredes espessa e com realce proeminente pelo meio de contraste, contendo focos gasosos de permeio, com volume estimado de 310ml, mais provavelmente relacionada a processo perfurativo.

Devido a discrepância entre exame físico e o achado tomográfico, optou-se por realização de USG de abdome em que foi visualizado espessamento difuso de alças do intestino grosso, com aumento da ecogenicidade da gordura adjacente. Foi evidenciado também, dois pontos ecogênicos em paredes intestinais e pequena captação de fluxo ao mapeamento Doppler em alças de flanco inferior esquerdo, sugestiva de processo inflamatório e possíveis ulcerações.

Realizados também exames laboratoriais com marcadores de doença inflamatória intestinal e pesquisade BAAR, sendo ambos negativos. Em uma discussão multidisciplinar, ficou evidenciado que a coleção visualizada pela TC se tratava de alças intestinais espessadas e que devido ao peristaltismo diminuído e a estática das imagens tomográficas foi visto como coleção. Tal fato foi confirmado pelo USG por seu dinamismo.

**CONCLUSÃO:** Diante do caso descrito, pode-se observar que mesmo lançando mão de um método diagnóstico mais acurado e específico diante dos sintomas clínico, o exame de imagem sugeriu dúvidas quanto ao achado no exame. Por se tratar de uma possível coleção o USG seria o exame mais indicado e foi definidor da conduta terapêutica adotada.

PO 3488

**SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL LAPAROSCÓPICA - RELATO DE CASO**

Adriana de Freitas Fantinelli; Silvio Henriques da Cunha Neto; Fernando Bráulio Ponce Leon P. de Castro; Juliana Mynssen da Fonseca Cardoso.

*UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

**Introdução:** A produção em demasia da aldosterona por parte do córtex adrenal é a forma mais comum de hipertensão arterial sistêmica com potencial de cura. O excesso de aldosterona aumenta o risco de eventos vasculares e danos aos órgão-alvo quando se comparam pacientes com esta patologia com aqueles cujo motivo da hipertensão é o essencial. **Caso Clínico:** Paciente de 50 anos, sexo feminino, aposentada, casada, negra, evangélica, natural de Duque de Caxias- RJ, procurou o serviço do HUCFF (UFRJ) com queixa de falta de ar e dificuldade no controle da hipertensão arterial, diagnosticada há 15 anos. Foi constatada, ainda, no último ano, redução persistente do potássio (2.9 mmol/l), e elevação sérica da aldosterona (215 mg/dl. Valor de referência: 1.8 a 23 mg/dl), além do agravamento da insuficiência cardíaca congestiva. **Planejamento:** Foi identificado, ao exame de imagem, em topografia suprarrenal esquerda, um espessamento de baixa densidade. Localizado no braço lateral da glândula adrenal e medindo 23 mm, o achado era compatível a hipótese de adenoma. **Suporte clínico pré operatório:** Diuretoterapia venosa e otimização de demais antihipertensivos, além de manutenção dos níveis séricos de potássio. **Técnica cirúrgica:** Abordagem transperitoneal, com a paciente em semi-decúbito lateral direito. **Preditor de dificuldade:** grande quantidade bridas em decorrência de colecistectomia e cesária prévias. Após acesso da região suprarrenal esquerda, e remoção da glândula, a estrutura foi encaminhada para o estudo anatomo-patológico. **Pós-operatório:** Boa evolução, a paciente não necessitou de fludrocortisona para compensação da esperada diminuição do corticoide endógeno. **Discussão:** O hiperaldosteronismo primário está associado principalmente ao adenoma produtor de aldosterona ou à hiperplasia adrenal bilateral. Para a evidência do aumento primário da aldosterona sérica são investigados: hipertensão associada à hipocalemia espontânea ou associada ao tratamento diurético; hipertensão resistente ao tratamento (tratamento tripla e incluindo um diurético); incidentaloma adrenal; história de hipertensão ou doença vascular cerebral em parentes próximos com menos de 50 anos. Quando comparada à adrenalectomia por via convencional, a adrenalectomia laparoscópica está associada a menor tempo de permanência hospitalar, menor uso de analgésicos, menos sangramento, início de dieta oral precoce, resultado estético superior, além de permitir o retorno precoce do paciente as atividades laborativas, sendo estes os motivos pelos quais planejou-se esta abordagem para esta paciente. **Referência:** Schmiemann G, Gebhardt K, Hummers-Pradier E. Prevalence of hyperaldosteronism in primary care patients with resistant hypertension. JABFP 2012;1:98-103.

PO 3489

**COLECISTITE AGUDA ALITIÁSICA EM UMA GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPSIA**

João Felipe Federici de Almeida; Luigi Rodrigues Brianez; Lucas Machado Vieira; Guilherme Ramos Montenegro; Wemerson José Corrêa de Oliveira; Caio Carvalho Santos.

*UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL*

**Introdução:** A incidência de abdome agudo em gestantes é de aproximadamente 1 a cada 500 gestações. A colecistite aguda alitiásica (CAA) é uma das causas de abdome agudo, e raramente ocorre de forma isolada, habitualmente surgindo após quadro clínico de um paciente grave, como cirurgias de grande porte, traumas e, como no caso a ser apresentado, em pós-operatório de uma cesárea com óbito fetal e síndrome HELLP.

**Relato:** Paciente A.S.E.L.A., feminino, 23 anos, idade gestacional de 29 semanas, com doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) grave e síndrome HELLP, atendida em cidade do interior do Mato Grosso com febre, taquicardia e epigastria há 1 dia. Exames laboratoriais evidenciaram leucopenia, plaquetopenia, TGO 297, TGP 241, LDH 1135 e leucocitúria. Evoluiu com óbito fetal sendo submetida a parto cesárea. Paciente foi transferida a unidade de terapia intensiva em Cuiabá/MT, sendo admitida apenas com queixa de dor em incisão cirúrgica de Pfannestiel, regular estado geral, lúcida, hidratada, hipocorada, acianótica, anictérica, afebril, estável do ponto de vista hemodinâmico e respiratório. Exame abdominal sem alterações, exceto pela dor em ferida operatória. Dois dias depois, evoluiu com dor à palpação em hipocôndrio direito, Murphy positivo, e elevação de transaminases. Em USG de abdome total evidenciou-se importante espessamento da parede da vesícula biliar com lama biliar espessa. Exames laboratoriais evidenciaram hemograma normal; TGO 335, TGP 312, LDH 865, FA 530, Amilase 44. Paciente foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica no terceiro dia de sintomas da admissão, evidenciando múltiplas áreas esbranquiçadas dispersas por todo fígado, com padrão de infarto/isquemia, por vezes confluentes, sugestivas de necrose hepatocelular aguda e linfonodo de Mascagni aumentado recobrimdo a região infundibular. Pós-operatório sem intercorrências.

**Discussão:** A gravidez, devido suas alterações hormonais, pode contribuir para o desenvolvimento da colecistite aguda alitiásica devido a maior agregação de colesterol e redução do tônus da musculatura lisa da vesícula biliar. A pré-eclâmpsia e, nos casos mais graves, a síndrome HELLP pode causar danos como infarto hepático, necrose dos hepatócitos e hemorragias intraparenquimatosas. Além disso, os casos de CAA podem estar presentes em pacientes graves devido à resposta inflamatória sistêmica e a estase biliar. A associação desses fatores pode propiciar a formação de CAA. A CAA apresenta-se com dor em quadrante superior direito do abdome, febre, náuseas e vômitos. Os achados à USG incluem espessamento de parede e aumento de volume da vesícula biliar, hiperecogenicidade, "Murphy ultrassonográfico e gás intramural.

**Conclusão:** É importante o conhecimento do quadro de sintomas e da evolução clínica de pacientes com CAA, bem como de seu manejo, tendo em vista que uma gama fonte de patologias podem cursar com esta doença, como visto no caso acima relatado.

PO 3490

**TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA RENAL COM DILATAÇÃO ANEURISMÁTICA ADQUIRIDA PÓS-BIÓPSIA: RELATO DE CASO**

Lucas Cardoso Siqueira Albernaz; Ana Julia Amaral Albernaz; Thalita Pereira de Oliveira Rocha; Rodrigo Chicralla de Almeida; Leandro Naked Chalita.

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL*

As malformações arteriovenosas com formação de pseudoaneurisma de vasos renais são uma complicação vascular rara, a qual está associada etiologicamente à nefrectomia parcial, procedimentos percutâneos, biópsia renal, trauma penetrante e, mais raramente, trauma contuso. Normalmente, possuem detecção clínica incomum e necessitam de alto grau de suspeição clínica, pois são de difícil diagnóstico. O objetivo deste relato é descrever um caso de embolização em paciente que recebeu o diagnóstico de fístula arteriovenosa renal associada à dilatação aneurismática dez anos após procedimento percutâneo. Apresentamos o caso de um homem branco que, em 2006, buscou atendimento nefrológico com queixa de “dor na coluna” e colúria, trazendo consigo laudo de sedimento urinário com 75 a 80 hemácias por campo, proteinúria moderada e dismorfismo eritrocitário. Decorrente disso, foi submetido à biópsia renal percutânea guiada por tomografia computadorizada e recebeu o diagnóstico de nefropatia por IgA, iniciando a pulsoterapia com metilprednisolona 1g por 3 dias, seguindo-se com prednisona. Permaneceu com segmento nefrológico com melhora da proteinúria, porém mantendo hematúria microscópica. Em 2014, devido a queixa de dispepsia, uma ultrassonografia abdominal total revelou cistos simples em rim esquerdo. Nos três anos seguintes tendo acompanhado o crescimento progressivo desses cistos, optou-se por suspender a pulsoterapia e por solicitar uma ressonância magnética que evidenciou fístula arteriovenosa adquirida e aneurisma venoso renais. Logo após, o paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico vascular da lesão adquirida tardiamente após a biópsia renal percutânea. Foi solicitada arteriografia e angiogramografia, por qual esta última mostrou a malformação vascular arteriovenosa renal e uma dilatação aneurismática, no aspecto inferolateral do rim. A lesão foi cateterizada com microcateteres reforçados sendo a embolização realizada com molas de destacamento controlado e com o sistema embólico líquido Onyx®. O paciente teve excelente recuperação pós-operatória e recebeu alta em 48h. A angiotomografia de controle, realizada após 6 meses de seguimento, demonstrou oclusão total do aneurisma e preservação da circulação renal distal. Os pseudoaneurismas que, na grande maioria dos casos, evoluem com fistulização arteriovenosa renal têm como tratamento de primeira linha a embolização arterial em pacientes hemodinamicamente estáveis ou instáveis, uma técnica minimamente invasiva que apresenta reduzida morbimortalidade e eficácia crescente ao preservar a função renal.

PO 3493

**DAMAGE CONTROL – LESÃO DE ARTÉRIA HEPÁTICA, RELATO DE CASO**

Mateus dos Santos Bandeira<sup>1</sup>; Joana de Souza Lopes<sup>1</sup>; Patrick Silveira Guimarães<sup>2</sup>; Clara Araújo Scalabrin<sup>3</sup>; Leonardo Renaux Morais<sup>4</sup>; Rodrigo Andrade Vaz de Melo<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL
2. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
3. UNIVERSIDADE TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
4. UNIVERSIDADE UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

As lesões hepáticas são a principal causa de morte em pacientes com trauma abdominal, correspondendo a aproximadamente 5% das admissões de urgência nos centros cirúrgicos. Isso se deve à posição anatômica do fígado e ao seu tamanho, que o tornam susceptível ao trauma contuso e frequentemente às lesões penetrantes. Suas formas mais graves, mesmo mediante a avanços tecnológicos, ainda constituem um desafio aos cirurgiões. Sendo o sangramento descontrolado, oriundo dos ferimentos, a principal causa de morte entre os pacientes.

Apresentar um relato de caso sobre cirurgia de Damage Control, consequente à lesão em ramo de artéria hepática em paciente de 17 anos do sexo masculino. Esse utilizou-se de dados do prontuário do mesmo e informações da equipe médica que assistiu o doente desde sua admissão até o procedimento cirúrgico.

R.M.O.S., sexo masculino, 17 anos, deu entrada no serviço de Cirurgia Geral do HMLJ no dia 18 de agosto de 2020, com trauma contuso na região abdominal, queixando-se de dor no quadrante superior direito. Foi realizada uma tomografia computadorizada de abdome que indicou presença de lesão hepática e grande quantidade de líquido livre na cavidade.

Realizou-se uma laparotomia exploratória onde foi identificado sangramento ativo em ramo de artéria hepática que inicialmente foi controlado por meio de compressas. Ao inventário de cavidade não foram identificadas demais lesões. Foi realizada manobra de Pringle (manobra de wanderley) com fita cardíaca, foi identificado o ramo lesado e realizada rafia com prolene 4-0. Após retirada a pringle, foram colocadas compressas para tamponar o fígado. Paciente foi encaminhado para o CTI em peritoneostomia, aguardando nova abordagem. O paciente recebeu concentrado de hemácias e plasma antes e durante o procedimento cirúrgico.

A abordagem convencional para grandes traumas abdominais é voltada para cirurgia reparadora de órgãos ou tecidos lesados. Por um longo período, era realizado o tratamento definitivo de todas as lesões encontradas durante a operação. No entanto, os pacientes com trauma apresentam o risco da agressão operatória ultrapassar as reservas fisiológicas, tendo em vista seu estado instável devido à perda de sangue.

O traumatizado está sujeito a complicações como acidose, hipotermia e coagulopatia (triade letal) que são reconhecidas como causas significativas de morte. Porém, a prevenção da triade letal é realizada pelo controle precoce do sangramento e prevenção de novas perdas de calor.

Diante disso, a damage control, realizada em três etapas, surgiu como alternativa terapêutica. Apresentando como principal vantagem técnica evitar o choque hemorrágico, proporcionando uma maior estabilidade ao doente e, conseqüentemente, reduzindo as chances de um resultado adverso. Uma vez que natureza hemodinâmica instável do trauma exige manobras rápidas de controle do sangramento, evitar procedimentos extensos a fim de interromper o ciclo da “triade letal” pode definir o prognóstico do paciente.

PO 3495

**RUPTURA TARDIA DO BAÇO APÓS TRAUMA INICIAL: RELATO DE CASO**

Andrea Rizia de Souza Carmo Guimaraes; Danilo Di Lascio Sobrinho.

*CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA, CARANGOLA - MG - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** As lesões esplênicas são produzidas pela desaceleração rápida ou pela punção proveniente de uma fratura de uma costela adjacente (TOWNSEND et al., 2004). Na lesão esplênica, se o intervalo assintomático exceder 48 horas, a entidade é chamada de ruptura do baço em dois tempos (REDT) ou tardia. Essas lesões passam despercebidas com frequência, apresentando um risco considerável de óbito. O trauma do baço era tratado, até a década de 1950, por esplenectomia total, mas Diamond em 1969, introduziu o conceito de Infecção Fulminante Pós-Esplenectomia (IFPE), estimulando a realização de esplenorrafia e esplenectomia parcial (CAMPOS et al., 1997).

**RELATO DE CASO:** JBS, sexo masculino, 66 anos de idade, admitido no Pronto Socorro da Casa de Caridade de Carangola (CCC- Minas gerais) no dia 15 de maio de 2020, após queda de escada, queixando de dor torácica. Ao Exame Físico, paciente apresentava-se estável hemodinamicamente, murmúrio vesicular diminuído à esquerda, abdômen flácido e indolor à palpação. Realizado Tomografia de Tórax revelando fraturas de arcos costais à esquerda e Tomografia de abdômen sem alterações. Instalado dreno de tórax à esquerda. Após dois dias da alta hospitalar, paciente retorna à CCC devido queixa de dor abdominal. Foi realizado hemograma, Tomografia de Tórax e Tomografia de abdômen que revelou lesão esplênica grau II. A princípio foi instituído tratamento não operatório com avaliação seriada de hematócrito, suporte clínico, soroterapia e analgesia. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo submetido a laparotomia com esplenorrafia.

**DISCUSSÃO:** A preservação do baço, tenta diminuir a ocorrência de sepse fulminante pós esplenectomia. Uma regra fundamental para considerar-se um tratamento não cirúrgico é a necessidade do paciente estar hemodinamicamente estável e a presença de recursos institucionais que permitam a monitorização e avaliação clínica continuada do paciente. A maioria das lesões graus I e II pode ser tratada não- cirurgicamente (TOWNSEND et al., 2004), mas no caso de hemorragia persistente em lesão de grau II e lesões variadas em grau III essas poderão ser tratadas por esplenorrafia (MATTOX et al., 2005). Em vista da elevada mortalidade devemos ficar atentos na abordagem da REDT e em caso de tratamento cirúrgico caso haja possibilidade de preservação do baço, essa é uma medida importante pois ajuda a diminuir ocorrência de infecções.

PO 3496

**DOENÇA DE CROHN ISOLADA DO APÊNDICE COMO MANIFESTAÇÃO PRIMÁRIA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

Jéssica Caixeta Silva Sampaio<sup>1</sup>; Eduardo Nogueira Freitas Ximenes<sup>2</sup>; Bruno Queiroz Claro Berbem<sup>1</sup>; Winne Noletto Martins<sup>1</sup>; Fernanda Gonçalves Reis<sup>1</sup>; Larissa Caixeta Sampaio<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS -HFA, BRASÍLIA - DF - BRASIL
2. HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - HFA, BRASÍLIA - DF - BRASIL
3. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL

**Introdução:** A Doença de Crohn é uma doença inflamatória crônica que pode acometer todo o trato gastrointestinal, de forma salteada, assimétrica e transmural, sendo a porção do íleo terminal uma das regiões mais acometidas. A doença também pode se manifestar com formas extraintestinais, como cutâneas, oculares, articulares e outros sintomas sistêmicos. Dentre suas complicações, a Doença de Crohn Isolada do Apêndice (DCIA) ocorre raramente. Ela se manifesta com dor abdominal, podendo-se apresentar de forma arrastada, massa palpável, febre e leucocitose, além de evidências tomográficas sugestivas de apendicite aguda. O tratamento de escolha para esta entidade é a apendicectomia. **Relato de caso:** Paciente 14 anos com história de dor abdominal, crônica, hiporexia e perda ponderal há um mês. Iniciada investigação com endoscopia digestiva alta que evidenciou duodenite inespecífica e gastrite de antro gástrico. Realizado também exames laboratoriais mostrando anemia ferropriva, plaquetose e elevação de provas inflamatórias (PCR e VSH). Posteriormente paciente evoluiu com piora da dor abdominal, sendo realizada tomografia de abdome total e exames laboratoriais. Tomografia de abdome total mostrando "estrutura tubular de extremidade cega localizada na fossa ilíaca direita, em íntimo contato com o intestino delgado distal, com paredes acentuadamente espessadas, apresentando sinais inflamatórios e densificação de gordura peritoneal e linfonodos proeminentes de permeio, compatível com apendicite aguda. Ao exame físico paciente apresentava abdome doloroso à palpação difusamente e descompressão brusca positiva em fossa ilíaca direita. Realizada laparoscopia diagnóstica evidenciando apendicite aguda complicada e sinais de ileíte. A mesma apresentou ainda PCR e VHS ainda elevados durante sua evolução e Anticorpos Anti-saccharomyces cerevisiae IGA e IGG, ambos positivos. A alta hospitalar ocorreu no sétimo dia de pós operatório. Seis semanas depois, realizada colonoscopia com biópsia, evidenciando ileíte crônica, colite ativa moderada e retite. Paciente segue acompanhamento ambulatorial com a coloproctologia para doença inflamatória intestinal, em uso de prednisolona e infliximabe e se mantém assintomática. **Discussão:** A DCIA também pode ser chamada de apendicite granulomatosa. Geralmente esta entidade se manifesta com dor em abdome inferior, mais acentuado em fossa ilíaca direita, febre, hiporexia e leucocitose e mais raramente com enterorragia. Paciente submetida a laparoscopia diagnóstica evidenciando apendicite aguda e ileíte periapendicular, o que em conjunto com a clínica da mesma, sugeriu Doença de Crohn. A paciente citada apresentou a DCIA como primomanifestação da Doença de Crohn. A mesma segue em acompanhamento ambulatorial, sem novas recorrências da doença e em uso de prednisolona e infliximabe, eficazes na prevenção de recidiva da doença.

PO 3499

**RESSECÇÃO LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES EM REGIÃO POSTERIOR DE MAXILA**

Camilla Siqueira de Aguiar; Lohana Maylane Aquino Correia de Lima; Esdras Marques da Cunha Filho; Rodrigo Henrique Mello Varela Ayres de Melo; Deise Louise Bohn Rhoden; Milena Mello Varela Ayres de Melo Pinheiro; Julia de Souza Beck; Ricardo Eugênio Varela Ayres de Melo

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** A Lesão Central de Células Gigantes (LCCG), é uma lesão intraóssea, de comportamento agressivo e localizado. Quanto à epidemiologia os estudos indicam que a prevalência se dá 75% em adultos jovens entre a 3ª e 4ª décadas de vida, tendo predileção maior pelo sexo feminino. Sua etiologia é incerta e ainda hoje há debates sobre a lesão central de células gigantes ser uma lesão reacional ou uma neoplasia benigna no entanto, sabe-se que as taxas de recidiva chegam até 49% dos casos. De acordo com suas características clínicas e radiográficas, podemos dividir essas lesões em 2 categorias: agressivas e não-agressivas. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 20 anos, leucoderma, compareceu ao Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Universidade Federal de Pernambuco apresentando um aumento de volume na região de maxila direita indolor à palpação com aproximadamente 2 anos de evolução. Clinicamente apresentava-se como uma lesão dura à palpação, séssil, com acometimento em região posterior de maxila direita. O exame de imagem apresentava uma lesão predominantemente radiopaca envolvendo a maxila e seio maxilar direito, com deslocamento do terceiro molar superior direito para fossa infra-temporal. Foi realizada uma biópsia com diagnóstico de Lesão Central de Células Gigantes e para melhor planejamento cirúrgico foi realizada com auxílio da reconstrução tridimensional, uma prototipagem. O tratamento preconizado foi a ressecção da lesão, sob anestesia geral. A peça cirúrgica foi enviada para o serviço de Histopatologia do Hospital das Clínicas onde foi comprovado o diagnóstico de lesão central de células gigantes. A paciente continua sendo acompanhada e não houve nenhum sinal de recidiva da lesão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela paciente, permitindo o uso de dados, exames e imagens para divulgação científica. **Discussão:** Observa-se que o presente caso relatado diverge da literatura quanto a idade de acometimento, mas corrobora com o sexo mais prevalente e mesmo diversos autores apresentarem uma grande taxa de recidiva, a paciente em questão, não demonstrou características clínicas e radiográficas após 2 anos de pós-operatório.

PO 3502

**COVID-19 E ABSCESSO HEPÁTICO PIOGÊNICO: UM RELATO DE CASO**

Rafael Alvarenga dos Santos<sup>1</sup>; Luís Otávio Amarante Franco<sup>2</sup>; Arthur Bispo de Almeida Pinto<sup>3</sup>; Pedro Victor Matos Moreno da Silva<sup>3</sup>; Daniele Natalia Rocha Barbosa<sup>1</sup>; Leonardo Costa Lopes<sup>3</sup>; Marcos Giovani Pereira<sup>1</sup>.

1. HRAN, BRASÍLIA - DF - BRASIL
2. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL
3. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A pandemia de COVID-19 foi responsável por aproximadamente 10 milhões de casos e mais de 500.000 mortes, após 6 meses do primeiro caso. No Brasil, o Ministério da Saúde decretou Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Já no DF, o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) é considerado referência para o combate ao COVID-19. Com incidência de 2,3 casos por 100.000 habitantes, o abscesso hepático é definido como uma coleção encapsulada de material supurativo dentro do parênquima hepático. Possui como principais etiologias as infecções bacterianas ou parasitárias e é uma importante causa de internação hospitalar.

**RELATO DE CASO:** C.E.A.C, masculino, 51 anos, apresentou febre com calafrios, hiporexia, coriza, cefaléia, mialgia e astenia, evoluindo com fadiga e dispneia após uma semana. Positivou para COVID-19, sendo prescrita a alta com azitromicina. Após 15 dias iniciou novo quadro, sucedido por crises convulsivas, levando-o a procurar o serviço de emergência.

A TC de tórax mostrou achados compatíveis a COVID-19, além de lesões hipodensas em lobo hepático direito. Fez-se hidratação venosa, suporte de O<sub>2</sub>, diazepam, heparina, ceftriaxona e foi solicitada sua remoção para serviço de referência.

Na admissão, apresentava injúria renal aguda e choque séptico, logo iniciou-se antibioticoterapia de amplo espectro e noradrenalina, mantendo a azitromicina. Exames de imagem constataram lesões hepáticas hipodensas. Com a evolução do quadro, iniciou-se o descalonamento do antibiótico para Ceftriaxone. Houve melhora e novos testes de COVID-19 negativados.

Pela presença de sinais confirmatórios do abscesso hepático à USG, adicionou-se metronidazol à conduta e realizou-se a drenagem percutânea guiada com inserção de cateter, com retirada de líquido purulento. Houve agravo clínico, onde constatou-se a retirada do dreno e necessidade de nova drenagem, com saída de coleção similar à anterior e remoção do dreno novamente, com piora.

Aumentou-se o suporte de O<sub>2</sub> e bicarbonato, devido à piora respiratória e dessaturação persistente; noradrenalina, devido a hipotensão grave; além de lidocaína, fentanil, succinilcolina e etomidato por parte da anestesiologia para realizar sedoanalgesia.

Posteriormente, foi necessária ventilação mecânica e transferência para o para leito de UTI. Atualmente, o paciente continua internado à espera da Radiologia Intervencionista para avaliar o abscesso e mantém tratamento.

**DISCUSSÃO:** Ainda há pouca evidência da relação entre COVID-19 e abscessos hepáticos. Contudo, estudos prévios mostram que esses abscessos possuem predileção pelo sexo masculino, com idade média de 50 anos e pico de incidência em torno de 54 anos. Tende a cursar com febre, icterícia e dor em quadrante superior direito. O lobo hepático direito é o mais acometido, com a TC e USG como principais métodos diagnósticos. O tratamento inclui antibioticoterapia de início imediato e drenagem.

**PO 3505**

**HEMOTÓRAX MACIÇO IATROGÊNICO TRATADO COM CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS EM PACIENTE PEDIÁTRICO**

Alberto Bruning Guimarães.

*HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL*

Introdução: A técnica de controle de danos consiste na realização de manobras para estabilização do paciente e posterior reabordagem em melhores condições clínicas. É classicamente usada no trauma e há relatos de técnicas semelhantes desde a 2ª Guerra Mundial. Objetiva-se relatar caso de hemotórax maciço, que evoluiu com instabilidade hemodinâmica em criança, cuja abordagem se deu por cirurgia de controle de danos. Relato de caso: Paciente, 3 anos, sexo feminino, queixava-se de vômitos há 2 dias e dispneia nas últimas 24 horas, foi admitida com desconforto respiratório leve e boa saturação. Exames: Hb 7.7; Ht 24%; Leuc 10240 (seg 71%); PlaQ 257,000; PCR 1.16. PCR para COVID-19 negativo; radiografia de tórax com velamento do hemitórax esquerdo e desvio contralateral da traqueia. À toracotomia houve secreção sero-hemática em moderado volume. Procedeu-se a drenagem torácica com alto débito de sangue, e optado pela realização de videotoracoscopia. Observou-se tumor lacerado pelo dreno e implantes neoplásicos em pleura parietal. Apresentou instabilidade hemodinâmica e a cirurgia foi convertida para toracotomia, na qual foi identificada massa de mediastino posterior lacerada, com sangramento ativo. Procedeu-se a ressecção parcial do tumor com uso do eletrocautério, ligadura de vasos intercostais e uso de clips metálicos. Foi constatado que o tumor não tinha plano de clivagem com a aorta, apresentava extensão para o abdome e havia persistência de sangramento difuso. Foi optado pela técnica de controle de danos com duas compressas cirúrgicas sobre a lesão para controle do sangramento. No pós-operatório, houve estabilização hemodinâmica e redução significativa do débito do dreno. Usou-se ácido tranexâmico para a prevenção de sangramentos no segundo tempo cirúrgico, no 4º dia de pós-operatório, o qual correu sem intercorrências. Anatomopatológico diagnosticou neuroblastoma. Paciente seguiu acompanhamento conjunto com Oncologia Pediátrica. Discussão: O caso em questão trata-se de hemotórax maciço iatrogênico tratado com cirurgia de controle de danos. Em grandes perdas sanguíneas em que há insucesso da abordagem cirúrgica tradicional, a técnica de controle de danos pode apresentar bons resultados. Objetiva conter hemorragias, reduzir contaminações e priorizar tempo cirúrgico curto. Pode ser utilizada em situações como hipotermia, coagulopatia e acidose graves; sangramento refratário; necessidade de grande esforço para ressuscitação volêmica; e predição de tempo cirúrgico prolongado. Permite a recomposição volêmica e correção de coagulopatias antes da reaborgem de segundo tempo.

**PO 3507**

**ENTEROPATIA ASSOCIADA AO LINFOMA DE CÉLULAS T: RELATO DE CASO**

Phillip Andrade Cerqueira; Juliana Oliveira de Miranda; Thais Ayumi Nagano; Vanessa Cristina Cação; Camila Tamassia Marcato; Yasmin Sales Medeiros; Guilherme Kened Souza Amorim; Marina Fernanda Brum Ribeiro.

*HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - SP - BRASIL*

Introdução: Os linfomas de células T Periféricas (LCTP) são um grupo heterogêneo de neoplasias geralmente agressivos que representam menos de 15% dos linfomas não Hodgkin nos adultos, sendo a enteropatia associada ao linfoma de células T (EALCT) a segunda patologia menos frequente dentre elas. Como principal fator de risco associado está doença celíaca (DC), porém ainda não existe uma associação conhecida entre as doenças. Afeta mais comumente o jejuno proximal na forma de úlceras, frequentemente associadas à perfuração intestinal. Sintomas iniciais são dor abdominal, obstrução, perfuração ou sangramento intestinal. Relato de Caso: Feminina, 48 anos, gastrectomia vertical prévia (2016), apresentou perda ponderal, febre baixa diária e hemorragia digestiva exteriorizada por enterorragia. A endoscopia alta evidenciava lesão ulcerada em transição gastroesofágica sem sinais de sangramento recente, colonoscopia com polipo em reto, marcadores tumorais negativos e Tomografia Computadorizada com múltiplas adenomegalias, nodulações em mesentério e espessamento de intestino delgado segmentar. Após 06 transfusões de hemococoncentrados e contínuas quedas do nível de hemoglobina, optou-se pela realização de laparotomia exploradora com identificação de alça aberta bloqueada por conglomerado linfonodal, provável linfonodo abscedado. Realizada enterectomia segmentar com anastomose termino-terminal. Também foi visualizada massa endurecida em mesocolón de aspecto linfonodal, irressecável por aderência em grandes vasos. Evolui no sexto dia de pós operatório (PO) com baixa aceitação de dieta e saída de secreção turva de ferida operatória, realizada reabordagem cirúrgica evidenciado deiscência de anastomose por isquemia de meso adjacente a borda intestinal, optado por retirada de anastomose prévia e nova anatomose laterolateral. Evolui com boa aceitação de dieta, trânsito intestinal regularizado e alta hospitalar no décimo PO. Análise do anatomopatológico de peça cirúrgica com infiltrado linfoide atípico, atipia em linfonodos mesentericos (35/35) e imunohistoquímica (IH) consistente com EALCT, índice de proliferação moderado e positividade de CD3, CD8, CD20, CD30, CD45, MUM1 e Ki67 em 30% dos linfócitos. Paciente sem investigação para DC, aguarda avaliação por serviço de oncologia. Discussão: O diagnóstico é geralmente realizado pela análise patológica da peça do intestino delgado ressecado no intraoperatório. O diagnóstico patológico é baseado na combinação das características histológicas e IH. Os EALCT expressam antígenos pan-T (CD7 e CD3), antígeno CD103 mucoso linfoide e não expressam CD4, CD5 e CD8. O tratamento inicial é realizado com uma associação de quimioterapia e transplante de células hematopoiéticas autólogas (TCHA), porém é um linfoma agressivo e com prognóstico ruim. Apesar disso, pacientes com doença localizada podem ser curados após ressecção cirúrgica, com relatos de sobreviventes em longo prazo após TCHA.

PO 3509

**LIGADURA DE VEIA CAVA INFERIOR EM PACIENTE VÍTIMA DE PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO**

Talita Dourado Rocha; Laura Silva de Oliveira; Rayanne de Araujo Silva; Victor Hugo Peixoto Machado; Natália de Oliveira Duarte Diniz; Gabriel Henrique Lamy Basílio; Marcelo de Avila Trani Fernandes.

*HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Introdução: A lesão das estruturas vasculares abdominais, são as mais difíceis no que diz respeito ao paciente vítima de trauma abdominal penetrante, sendo a principal causa de morte nesses casos. A mortalidade varia conforme a lesão vascular envolvida e aos demais ferimentos associados. A magnitude dessas lesões é referente a localização anatômica das mesmas, a dificuldade de exposição intra-operatória e a hemorragia vigorosa. O trauma da veia cava inferior (VCI) está relacionado a lesão por arma de fogo e arma branca, apresentando alta taxa de mortalidade, de 33 a 66%, sendo o seguimento infra-renal o mais atingido. Aproximadamente 30-50% dos pacientes morrem em ambiente pré-hospitalar e 34-57% dos pacientes vivos morrem no intra hospitalar. A ligadura da VCI infra-renal é uma realidade no contexto da cirurgia de controle de danos, dessa forma, este é um relato de caso sobre a realização dessa técnica e suas adversidades. Relato de caso: Paciente masculino, 33 anos, sem comorbidades, admitido na sala de trauma do Hospital Estadual Getúlio Vargas, vítima de perfuração por arma de fogo apresentando orifício de entrada em parede anterior do abdome, estável hemodinamicamente. Submetido a laparotomia exploradora, onde visualizou-se lesão transfixante em duodeno e cólon transverso, além de hematoma retroperitoneal à direita em expansão. Durante a exploração do retroperitônio evidenciou-se sangramento extenso através de lesão na VCI infra-renal, acarretando instabilidade hemodinâmica após a manobra de Cattell. Após tentativas de contenção do sangramento, e piora clínica do paciente, com necessidade de aminas em doses altas para manutenção de pressão arterial, foi optado por realizar ligadura da VCI, além de ligadura de veia renal esquerda, rafia de duodeno, transversectomia com confecção de colostomia e fistula mucosa. Foi encaminhado no pós-operatório ao CTI, devido à gravidade do quadro, em uso de aminas em doses elevadas. Evoluiu com melhora clínica, porém manteve importante edema de membros inferiores até alta hospitalar, recebendo seguimento ambulatorial. No retorno ambulatorial o paciente já se encontrava sem edema de membros inferiores e assintomático. No contexto de lesão de VCI infra-renal algumas técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas, a depender do estado hemodinâmico e do segmento acometido. A maioria das lesões podem ser reparadas com rafia simples, no entanto, lesões maiores e mais graves podem necessitar de técnicas mais complexas, como enxerto de veia autógena, que exigem maior tempo cirúrgico. Em relação à ligadura de VCI infra-renal a literatura mostra que é segura, porém pode determinar alta morbidade, enquanto que a ligadura da VCI supra-renal deve ser evitada devido à alta taxa de mortalidade envolvida. Portanto, o caso clínico acima, levanta discussão sobre a escolha da técnica de reparo da lesão vascular de acordo com a condição hemodinâmica do paciente na admissão e no intra-operatório e o seguimento da VCI acometido.

PO 3510

**RESSECÇÃO DE DISPLASIA FIBROSA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA**

Camilla Siqueira de Aguiar; Bruna Heloisa Costa Varela Ayres de Melo; Rodrigo Henrique Mello Varela Ayres de Melo; Deise Louise Bohn Rhoden; Milena Mello Varela Ayres de Melo Pinheiro; Lohana Maylane Aquino Correia de Lima; Esdras Marques da Cunha Filho, Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo

*UFPE, RECIFE - PE - BRASIL*

Introdução: A displasia fibrosa é uma lesão fibro-óssea benigna, caracterizada pela substituição de osso normal por um crescimento excessivo de tecido conjuntivo fibroso celular entremeado com trabéculas ósseas irregulares. Clinicamente existem duas categorias primárias da doença: displasia fibrosa monostótica e a displasia fibrosa poliostótica. Radiograficamente apresentam-se como principal característica radiográfica uma opacificação com aspecto de "vidro-fosco". O tratamento mais indicado é a ressecção cirúrgica. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 21 anos de idade, leucoderma, compareceu ao Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Universidade Federal de Pernambuco apresentado um aumento de volume indolor na região anterior da maxila direita, com aproximadamente sete meses de evolução. Clinicamente apresentava-se como uma lesão dura à palpação, sésil, em região de incisivos e pré molares de maxila direita. Foi solicitada uma tomografia computadorizada onde foi possível observar a destruição óssea da lesão e característica imagiológica de opacificação compatível com a displasia fibrosa. Foi realizada uma biópsia incisiva que confirmou a hipótese diagnóstica. Com base nos exames o tratamento realizado na paciente foi a ressecção cirúrgica total da lesão, devido ao seu rápido crescimento e expansão óssea. No acompanhamento pós-operatório houve total cicatrização do local sem comprometimento funcional e estético, sem recidivas da lesão, sendo possível realizar a reabilitação protética da paciente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado. Discussão: As lesões fibro-ósseas descritas são um grupo de patologia em que um tecido ósseo é substituído por tecido conjuntivo fibroso e é classificado em três tipos. A paciente do presente caso foi diagnosticada com lesão fibro-óssea do subtipo displasia fibrosa. Quando a lesão afeta vários ossos sendo conhecida como displasia fibrosa poliostótica e quando afeta um único osso sendo denominada displasia fibrosa monostótica. A forma monostótica é mais comum em mulheres e representa 80% dos casos. É uma doença considerada rara fazendo parte de 7,5% dos tumores ósseos benignos e tem crescimento lento e progressivo iniciado na puberdade e tende a cessar o seu crescimento na conclusão dos centros de crescimento facial. Na face acomete mais a maxila e a mandíbula. No presente caso verifica-se uma patologia monostótica com acometimento de osso maxilar e um crescimento da patologia durante a puberdade corroborando com a literatura, bem como no sexo da paciente. As opções de tratamento relatadas incluem preservação com acompanhamento, terapia gênica e tratamento cirúrgico. Os autores também pontuam que o tratamento cirúrgico deve ser adiado até o final do crescimento a fim de evitar recidivas. A paciente foi submetida a uma ressecção da lesão, após o crescimento facial completo, conforme descrito em literatura.

PO 3515

**SÍNDROME DE HAMMAN: UM RELATO DE CASO**

Ranielli Auxiliadora Assem França<sup>1</sup>; Paulo Antonio Martins Filizzola<sup>2</sup>; Isabelle Nascimento Costa<sup>1</sup>; Gerson Barcelar do Nascimento<sup>1</sup>; Magnum Adriel Santos Pereira<sup>1</sup>; Amanda dos Reis Bezerra<sup>2</sup>; Erick Vinicius Fernandes Pacheco<sup>2</sup>.

1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

Introdução: A síndrome de Hamman (SH), ou pneumomediastino espontâneo, é definida como o surgimento de ar livre no mediastino não relacionado com trauma, cirurgia ou outros procedimentos médicos. É uma condição rara que acomete principalmente homens adultos jovens e que apresenta curso benigno. Acredita-se que a frequência da SH pode ser maior devido a subnotificação, com pacientes não buscando assistência médica, ou não sendo evidenciado à radiografia de tórax e atribuída a dor musculoesquelética. Apresentamos o relato de um paciente que se apresentou com SH.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 18 anos, deu entrada no Pronto-Socorro com dor torácica moderada em região retroesternal, de início após crise de tosse e náuseas, associado a dispneia e dor respiratório-dependente. Ao exame físico, se apresentava em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, dispneico, acianótico, afebril ao toque, normocorado, apresentando enfisema subcutâneo em região cervical anterior e supraclaviculares. Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas e sem sopros ou crepitações.

Foi solicitado radiografia de tórax em PA e perfil, com imagens sugestivas de ar em espaço retroesternal. A tomografia computadorizada de tórax confirmou o pneumomediastino, além de ar em espaços cervicais inferiores e supraclaviculares, pneumorraqui e pequeno pneumotórax bilateral. Iniciou-se suporte clínico com oxigênio suplementar, analgesia, e monitorização contínua. Radiografias seriadas mostraram regressão do pneumomediastino, acompanhando a melhora clínica do paciente. Após 4 dias, realizou TC de tórax de controle e recebeu alta após remissão dos sintomas.

Discussão: A SH é definida como a presença de ar no mediastino sem causa evidente. Porém, alguns autores definem SH mesmo em pacientes com fator causal identificado, como broncoconstrição em asmáticos, uso de drogas ilícitas ou manobras de Valsalva como tosse e vômitos.

O sintoma mais comum é a dor torácica, do tipo pleurítica, retroesternal, de início súbito. Em seguida, enfisema subcutâneo, em particular em região cervical. Outros sinais e sintomas comuns incluem dispneia, dor e edema cervical e facial. A crepitação à ausculta cardíaca sincronizada com o ritmo cardíaco (sinal de Hamman) é patognomônico, mas, como no presente caso, nem sempre está presente.

Não há consenso sobre o método diagnóstico, com até 70% dos casos sendo identificados com radiografia simples de tórax. O restante é identificado por TC de tórax, como ocorrido neste relato. A SH é autolimitada, benigna e de tratamento conservador, com repouso ao leito, analgesia e suporte de oxigênio. Restrição de dieta oral e antibioticoprofilaxia não possuem consenso na literatura. Deve-se sempre considerar SH no diagnóstico diferencial de dor torácica, mesmo na ausência de sinais clássicos, como sinal de Hamman.

PO 3516

**SÍNDROME DE HAMMAN: UM RELATO DE CASO**

Ranielli Auxiliadora Assem França<sup>1</sup>; Paulo Antonio Martins Filizzola<sup>2</sup>; Isabelle Nascimento Costa<sup>1</sup>; Gerson Barcelar do Nascimento<sup>1</sup>; Magnum Adriel Santos Pereira<sup>1</sup>; Amanda dos Reis Bezerra<sup>2</sup>; Erick Vinicius Fernandes Pacheco<sup>2</sup>.

1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

Introdução: A síndrome de Hamman (SH), ou pneumomediastino espontâneo, é definida como o surgimento de ar livre no mediastino não relacionado com trauma, cirurgia ou outros procedimentos médicos. É uma condição rara que acomete principalmente homens adultos jovens e que apresenta curso benigno. Acredita-se que a frequência da SH pode ser maior devido a subnotificação, com pacientes não buscando assistência médica, ou não sendo evidenciado à radiografia de tórax e atribuída a dor musculoesquelética. Apresentamos o relato de um paciente que se apresentou com SH.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 18 anos, deu entrada no Pronto-Socorro com dor torácica moderada em região retroesternal, de início após crise de tosse e náuseas, associado a dispneia e dor respiratório-dependente. Ao exame físico, se apresentava em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, dispneico, acianótico, afebril ao toque, normocorado, apresentando enfisema subcutâneo em região cervical anterior e supraclaviculares. Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas e sem sopros ou crepitações.

Foi solicitado radiografia de tórax em PA e perfil, com imagens sugestivas de ar em espaço retroesternal. A tomografia computadorizada de tórax confirmou o pneumomediastino, além de ar em espaços cervicais inferiores e supraclaviculares, pneumorraqui e pequeno pneumotórax bilateral. Iniciou-se suporte clínico com oxigênio suplementar, analgesia, e monitorização contínua. Radiografias seriadas mostraram regressão do pneumomediastino, acompanhando a melhora clínica do paciente. Após 4 dias, realizou TC de tórax de controle e recebeu alta após remissão dos sintomas.

Discussão: A SH é definida como a presença de ar no mediastino sem causa evidente. Porém, alguns autores definem SH mesmo em pacientes com fator causal identificado, como broncoconstrição em asmáticos, uso de drogas ilícitas ou manobras de Valsalva como tosse e vômitos.

O sintoma mais comum é a dor torácica, do tipo pleurítica, retroesternal, de início súbito. Em seguida, enfisema subcutâneo, em particular em região cervical. Outros sinais e sintomas comuns incluem dispneia, dor e edema cervical e facial. A crepitação à ausculta cardíaca sincronizada com o ritmo cardíaco (sinal de Hamman) é patognomônico, mas, como no presente caso, nem sempre está presente.

Não há consenso sobre o método diagnóstico, com até 70% dos casos sendo identificados com radiografia simples de tórax. O restante é identificado por TC de tórax, como ocorrido neste relato. A SH é autolimitada, benigna e de tratamento conservador, com repouso ao leito, analgesia e suporte de oxigênio. Restrição de dieta oral e antibioticoprofilaxia não possuem consenso na literatura. Deve-se sempre considerar SH no diagnóstico diferencial de dor torácica, mesmo na ausência de sinais clássicos, como sinal de Hamman.

PO 3517

**COLANGIOCARCINOMA: DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA E COUINAUD-SOUPAULT**

Leonardo Renaux Morais<sup>1</sup>; Clara Araújo Scalabrin<sup>2</sup>; Mateus dos Santos Bandeira<sup>3</sup>; Joana de Souza Lopes<sup>3</sup>; Patrick Silveira Guimarães<sup>4</sup>; Rodrigo Andrade Vaz de Melo<sup>4</sup>.

1. UNIVERSIDADE UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. FACULDADE TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL
4. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

O colangiocarcinoma (CCA) é a segunda neoplasia maligna primária mais frequente no fígado e representa cerca de 3% de todos os cânceres gastrointestinais. É uma patologia progressivamente fatal que geralmente ocorre devido a malignização dos colangiócitos, podendo ser anatomicamente categorizado como CCA peri-hilar, CCA distal e CCA intra-hepático. Mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágio avançado, levando a uma sobrevida média geral de aproximadamente sete a oito meses. Pacientes submetidos à ressecção cirúrgica apresentam melhor prognóstico, com sobrevida em cinco anos de 30% e sobrevida média de 30 meses. A incidência do CCA tem aumentado em todo o mundo e há uma necessidade urgente de estratégias eficazes de diagnóstico e tratamento contra essa doença devastadora.

M.C, feminino, 70 anos, tabagista, deu entrada no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge apresentando uma síndrome icterícia há 6 dias. Relato de colúria, acolia fecal, prurido intenso, náuseas sem vômitos e uma perda ponderal de 4kg em 3 meses. Apresentava diarreia há 20 dias. Negava dor abdominal. Sem comorbidades e nega medicamentos de uso contínuo. Laboratório de admissão mostra BT: 9,4 , BD: 7,4 , FAL: 1706, GGT: 1119; AST e ALT aumentados em 2 vezes. USG evidenciando dilatação da árvore biliar intra-hepática com predomínio em hilo, cálculo de 1cm no ducto cístico e colédoco de calibre normal. Foi realizada uma colangioressonância recebendo o diagnóstico de colangiocarcinoma sendo indicada a cirurgia. Visualizado tumor em topografia de ducto hepático esquerdo intra hepático. Realizada identificação do ducto hepático comum, artéria hepática e veia porta. Minuciosa dissecação do pedículo hepático até a identificação do ducto hepático esquerdo, construindo uma boa margem para a anastomose biliodigestiva. Realizada enterectomia do delgado com anastomose látero-lateral. Paciente foi encaminhada ao CTI, evoluiu sem intercorrências tendo alta hospitalar.

A abordagem do ducto hepático esquerdo na placa hilar, técnica descrita por Hepp e Couinaud, obteve grande aceitação por parte dos cirurgiões que se dedicam à cirurgia hepatobiliar. Além da situação anatômica favorável, o ducto hepático esquerdo dificilmente é exposto a trauma cirúrgico nas operações rotineiras das vias biliares, e geralmente apresenta um diâmetro superior ao do ducto hepático direito. Isso permite sua exposição numa extensão suficiente para realizar anastomoses seguras e de excelente diâmetro, adicionada a vantagem de que as suturas são executadas em tecido normal

PO 3518

**SÍNDROME DE HAMMAN: UM RELATO DE CASO**

Ranielli Auxiliadora Assem França<sup>1</sup>; Paulo Antonio Martins Filizzola<sup>2</sup>; Isabelle Nascimento Costa<sup>1</sup>; Gerson Barcelar do Nascimento<sup>1</sup>; Magnum Adriel Santos Pereira<sup>1</sup>; Amanda dos Reis Bezerra<sup>2</sup>; Erick Vinicius Fernandes Pacheco<sup>2</sup>.

1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

Introdução: A síndrome de Hamman (SH), ou pneumomediastino espontâneo, é definida como o surgimento de ar livre no mediastino não relacionado com trauma, cirurgia ou outros procedimentos médicos. É uma condição rara que acomete principalmente homens adultos jovens e que apresenta curso benigno. Acredita-se que a frequência da SH pode ser maior devido a subnotificação, com pacientes não buscando assistência médica, ou não sendo evidenciado à radiografia de tórax e atribuída a dor musculoesquelética. Apresentamos o relato de um paciente que se apresentou com SH.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 18 anos, deu entrada no Pronto-Socorro com dor torácica moderada em região retroesternal, de início após crise de tosse e náuseas, associado a dispneia e dor respiratório-dependente. Ao exame físico, se apresentava em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, dispneico, acianótico, afebril ao toque, normocorado, apresentando enfisema subcutâneo em região cervical anterior e supraclaviculares. Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas e sem sopros ou crepitações.

Foi solicitado radiografia de tórax em PA e perfil, com imagens sugestivas de ar em espaço retroesternal. A tomografia computadorizada de tórax confirmou o pneumomediastino, além de ar em espaços cervicais inferiores e supraclaviculares, pneumorraqui e pequeno pneumotórax bilateral. Iniciou-se suporte clínico com oxigênio suplementar, analgesia, e monitorização contínua. Radiografias seriadas mostraram regressão do pneumomediastino, acompanhando a melhora clínica do paciente. Após 4 dias, realizou TC de tórax de controle e recebeu alta após remissão dos sintomas.

Discussão: A SH é definida como a presença de ar no mediastino sem causa evidente. Porém, alguns autores definem SH mesmo em pacientes com fator causal identificado, como broncoconstrição em asmáticos, uso de drogas ilícitas ou manobras de Valsalva como tosse e vômitos.

O sintoma mais comum é a dor torácica, do tipo pleurítica, retroesternal, de início súbito. Em seguida, enfisema subcutâneo, em particular em região cervical. Outros sinais e sintomas comuns incluem dispneia, dor e edema cervical e facial. A crepitação à ausculta cardíaca sincronizada com o ritmo cardíaco (sinal de Hamman) é patognomônico, mas, como no presente caso, nem sempre está presente.

Não há consenso sobre o método diagnóstico, com até 70% dos casos sendo identificados com radiografia simples de tórax. O restante é identificado por TC de tórax, como ocorrido neste relato. A SH é autolimitada, benigna e de tratamento conservador, com repouso ao leito, analgesia e suporte de oxigênio. Restrição de dieta oral e antibioticoprofilaxia não possuem consenso na literatura. Deve-se sempre considerar SH no diagnóstico diferencial de dor torácica, mesmo na ausência de sinais clássicos, como sinal de Hamman.

PO 3520

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ADENOCARCINOMA EM REGIÃO POSTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO**

Camilla Siqueira de Aguiar; Victor Leonardo Mello Varela Ayres de Melo; Rodrigo Henrique Mello Varela Ayres de Melo; Deise Louise Bohn Rhoden; Frederico Marcio Varela Ayres de Melo Junior; Milena Mello Varela Ayres de Melo Pinheiro; Esdras Marques da Cunha Filho; Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo

*UFPE, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** O adenocarcinoma polimorfo é uma neoplasia maligna das glândulas salivares incomum em região de cabeça e pescoço. Ocorre quase exclusivamente em glândulas salivares menores. A lesão ocorre com maior frequência em indivíduos idosos do sexo feminino, entre a sexta e oitava décadas de vida, com maior prevalência para as regiões do palato duro e palato mole. Clinicamente a lesão em cavidade oral apresenta-se de difícil palpação; nódulo assintomático; crescimento lento; ulceração da mucosa do revestimento; infiltrativo, ocasionalmente sangramentos e desconforto são relatados. O tratamento cirúrgico mais indicado é a ressecção cirúrgica ampla, incluindo algumas vezes o osso subjacente. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, com 63 anos de idade, leucoderma, procurou o Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Universidade Federal de Pernambuco, apresentando lesão com aspecto tumoral na região de maxila esquerda. Na anamnese o paciente relatou que aproximadamente há 10 anos havia realizado uma exodontia na arcada superior esquerda e a partir desse procedimento cirúrgico surgiu uma tumoração na respectiva região, que foi progredindo ao longo do tempo, sem sintomatologia dolorosa. Clinicamente apresentava características nodulares, com consistência fibrosa, lisa, fixa, séssil, formato ovalado com limites nítidos. Ao exame radiográfico (Panorâmica), foi observada lesão com densidade radiográfica mista projetada em região de tuberosidade da maxila do lado esquerdo. Foi solicitado um exame Tomográfico Computadorizado e posterior reconstrução das imagens em 3D para melhor delimitação da lesão. Como forma de tratamento o paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico de ressecção sob anestesia geral. A peça operatória foi encaminhada ao Laboratório de Histopatologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco, onde confirmou as suas margens livres e com diagnóstico de adenocarcinoma polimorfo. **Discussão:** Os sítios de maior acometimento dessa neoplasia são: palato duro, palato mole, sendo o lábio superior e a mucosa jugal outros sítios de acometimento. Corroborando com a literatura, relata-se neste presente caso uma rara neoplasia maligna de glândula salivar menor. O sexo feminino tem sido apontado como o de maior incidência dessa patologia, divergindo com o caso ora descrito. Foi relatado que a faixa etária de acometimento é entre 5ª e 8ª décadas de vida, ratificando com o presente trabalho já que o paciente deste estudo encontrava-se inserido nesta faixa etária, e o mesmo tinha 63 anos na época do diagnóstico. Clinicamente e radiograficamente observa-se concordância entre o caso e a literatura. A excisão cirúrgica da lesão é relatada por diversos autores e foi a forma de abordagem da lesão.

PO 3522

**SÍNDROME DE BOUVERET: UM RELATO DE CASO RARO**

Mallú Emrich Leão; Eduardo Hélio Intelizano de Souza; Mayume Silva Kavagutti; Larissa Ganança Buosi; Maira Navarro de Padua Arantes; Eduardo Brenner Cavalcante Marques; Nathieli Pinhatti Colatreli.

*SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DE RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL*

**Introdução.** A síndrome de Bouveret resume o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da obstrução piloro-duodeno por cálculos biliares enormes impactados. É uma complicação rara, causada por uma fístula que abre passagem do cálculo para o trato gastrointestinal. A maior causa deste tipo de fístula são episódios repetidos de colecistite aguda, levando a inflamação crônica da vesícula biliar.

**Descrição do caso.** Homem, de 74 anos, admitido com quadro de distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes há três dias. Durante a investigação clínica, paciente referiu um quadro de dor abdominal de forte intensidade, contínua, em hipocôndrio direito, com piora após as alimentações, associado a três episódios de vômitos e alguns picos febris não aferidos há 20 dias. Relatou também que essas crises álgicas aconteciam com frequência nos últimos meses. Possuía ultrassonografia de abdome com colelitíase. Ao exame físico paciente apresentava abdome globoso, ruídos diminuídos, timpânico e com dor a palpação difusa, Sinais de Murphy e Blumberg ausentes. Radiografia de abdome agudo sem alterações.

Foi optado pelo tratamento clínico, com dieta zero, medidas de hidratação e laxativas por 48 horas. Paciente conseguiu evacuar e teve melhora da distensão e da dor. Porém ao tentar reintroduzir dieta paciente fez distensão abdominal importante e três episódios de vômitos e com piora da leucocitose, e aumento substancial da creatinina, chegando a 7,5 mg/dl. Foi então submetido a Tomografia de abdome total com sinais sugestivos de obstrução intestinal delgada por jejuno biliar associado a colecistopatia aguda calculosa enfisematosa/gangrenosa e aerobilia.

Realizado a laparotomia foi encontrada massa endurecida, palpável em local de antro gástrico, aderido a topografia de vesícula biliar, sem conseguir decenir a anatomia da mesma. Objeto intragástrico, endurecido, arredondado e móvel. Outro objeto móvel, arredondado e endurecido em duodeno e outro em região de íleo proximal. Realizado dissecação de massa em topografia de vesícula biliar, completamente aderida a parede gástrica e duodenal, com exposição de mucosa gástrica e cálculo biliar enorme em seu interior de cerca de 5cm e ileotomia para retirada de terceiro cálculo, o qual era causa da obstrução intestinal, com cerca de 4cm. Com posterior, gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux. Paciente evoluiu desfavoravelmente com fístula bileoduodenal, insuficiência renal e sepse, com óbito no 5º pós-operatório.

**Discussão**

O íleo biliar representa em media 2% de todos os abdome agudos obstrutivos de causas mecânicas, tem relação com a idade avançada. Quando o cálculo impacta no estômago ou no duodeno, determina um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam a síndrome de Bouveret. Os pacientes se apresentam com quadro de obstrução intestinal alta, com vômitos precoces, desidratação, dor epigástrica e parada de eliminação de flatos e fezes. A história de cólica biliar é variável.

PO 3523

**ABLAÇÃO DOS NÓDULOS TIREOIDIANOS POR RADIOFREQUÊNCIA GUIADO POR ULTRASSONOGRAFIA: RELATO DE CASO.**

Paloma Kelly Lima Santos; Thalyta Sthefany Barbosa de Santana; Rebeca Martins de Paula da Mota Silveira; Tássia Campos de Lima e Silva; Priscila Florêncio Santos; Fernando Cerqueira Norberto dos Santos Filho; Paulo José de Cavalcanti Siebra; Jorge Pinho.

MEMORIAL SÃO JOSÉ, RECIFE - PE - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A Ablação por Radiofrequência (RFA) é uma modalidade minimamente invasiva na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP) que usa calor para atingir o tecido patológico por meio de cateteres. A técnica se mostra eficaz e segura para o tratamento de nódulos tireoidianos benignos, por ser pouco invasiva e evitar cicatrizes, permitindo também a preservação do parênquima tireoidiano, mantendo a função hormonal da glândula, sem a necessidade de reposição hormonal que ocorre na cirurgia convencional. Este relato abordará a utilização desse método, guiado por ultrassonografia (USG) em um procedimento de redução de nódulo tireoidiano, com o objetivo de evidenciar sua viabilidade na utilização da técnica na redução dos nódulos. **RELATO DE CASO:** Paciente V.G.R, mulher, 39 anos, após realização de USG constatou-se nódulo tireoidiano no lobo direito, com diagnóstico de neoplasia benigna de tireoide. A conduta de escolha foi ablação completa do nódulo utilizando agulha fina de radiofrequência guiado por USG. Inicialmente, a paciente encontrava-se em DDH, sob sedação anestésica. Prosseguiu-se com a colocação de placa descartável Polyhesive REM II (Valleylab®). No transoperatório, a USG confirmou a localização do nódulo em lobo direito com preservação da estrutura anatômica e funcional da glândula. Em seguida, foi realizada anestesia subcapsular com Lidocaína 1% sem vasoconstritor, com agulha SPINOCAN 22Gx3 1/2 para raquianestesia 9B-Braun associado a hidrodissecção em três planos. Foi realizada a hidrodissecção da artéria carótida afastando da glândula tireoide. A ablação foi realizada com uma agulha 18G (40W) com emissão de radiofrequência promovendo a necrose coagulativa total do volume do nódulo no lobo direito da tireoide. Foi feito curativo com Tegaderm Film 10cm x 12cm. Procedimento sem intercorrências e sem complicações pós-operatórias. **DISCUSSÃO:** A RFA é amplamente utilizada em tratamentos para arritmias, hepatopatias e neoplasias. No entanto, no cenário da CCP, essa técnica se apresenta ainda em crescimento. Os nódulos da tireoide são entidades patológicas muito comuns e frequentemente benignos, nesse contexto, o caso relatado evidenciou uma técnica inovadora de ablação de nódulos tireoideanos utilizando a radiofrequência para promover a necrose coagulativa por calor. Nos casos elegíveis a esse tipo de correção são relatados a redução no volume do nódulo na faixa de 51% a 92% no período de seis meses. Dessa forma, a RFA possui eficácia semelhante à da cirurgia tireoidiana e superior à ablação a laser, sendo assim uma alternativa segura, eficaz e viável no tratamento de nódulos tireoidianos benignos.

PO 3526

**MALFORMAÇÃO DE COMPLEXO CLOACAL ASSOCIADA A MEGACÓLON: INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA: RELATO DE CASO**

Thales Albuquerque Rocha<sup>1</sup>; Gessyelle Amaral Cavalcante de Queiroga<sup>1</sup>; Clara de Araújo Dantas Teixeira<sup>1</sup>; Arthur Ferreira Cerqueira Amorim<sup>1</sup>; Isabella Beserra Ramos<sup>1</sup>; Vinícius Almeida da Nóbrega<sup>2</sup>; João Bezerra da Silva Neto<sup>2</sup>; Letícia de Souza Formiga<sup>2</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL
2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL

**Introdução:** As malformações anorretais e o megacólon congênito (MC) representam patologias com incidência de 1 em cada 5.000 nascidos vivos. Embora sejam frequentemente associadas a outras malformações, a associação de ambas as doenças é rara e ainda incompreendida. **Relato de caso:** V.M.L apresentou-se, no exame físico neonatal, com genitália ambígua: grandes lábios hipertrofiados e coaptados posteriormente, clitoremegalia, ausência de orifício vaginal e presença de apenas um orifício de drenagem na vulva. Exames laboratoriais foram inconclusivos e o cariótipo revelou 46XX. Aos 2 meses, realizou USG pélvica, que evidenciou: útero de aspecto didelfo; ovário direito ausente, vagina com duplicação e bexiga de aspecto duplicado. Aos 3 meses, realizou uretrocistografia que evidenciou bifurcação do canal urogenital e vagina em fundo cego, fechando o diagnóstico de Malformação do Complexo Cloacal. Em seguida, foi realizada terapia com corticóides pela hipótese de hiperplasia adrenal congênita (HAC), que foi descartada. Aos 6 meses, a paciente internou-se com quadro grave de obstrução intestinal e a tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou: fecaloma de grande volume ocupando cólon sigmoide e descendente direito. Diante dessa descrição, foi diagnosticado o Megacólon e submetida à redução de fecaloma em bloco cirúrgico. No dia seguinte, foi submetida à laparotomia exploradora com colostomia e maturação de coto distal e vesicostomia. O material das 4 porções do cólon e reto foram submetidos a biópsia e imuno-histoquímica, sendo encontrada ausência de células ganglionares em cólon sigmoide descendente, transversal e ascendente. Após 1 mês e meio, V.M.L foi readmitida ao serviço para realização de anoretoplastia sagital posterior e reconstrução de trânsito intestinal. Evoluiu bem e sem intercorrências. **Discussão:** A paciente apresentou-se com exame histopatológico positivo para (MC) e, apesar da pouca literatura disponível recomendar colectomia do colón acometido, a paciente foi submetida apenas à colostomia e posterior reconstrução de trânsito. Até o presente momento não houve recidiva de obstrução. Essa conduta conservadora mostrou um desfecho positivo para a paciente que já apresentava a malformação do complexo cloacal e diversas cirurgias anteriores. Assim, é notório que o presente estudo traz à luz novos conhecimentos científicos em cirurgia.

PO 3527

**LINFOMA DIFUSO DE GRANDE CÉLULAS B DE ANTRO GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO**

Sharly Nataly Schilling<sup>1</sup>; Mariusi Glasenapp dos Santos<sup>1</sup>; Guilherme Brugnera Borin<sup>2</sup>; Rosy Elvine Chindje Ngankak<sup>2</sup>; Felipe André Marasca<sup>2</sup>.

1. *FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL*

2. *SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL*

**Introdução:** O linfoma não-Hodgkin (LNH) gástrico primário é uma neoplasia rara que corresponde a apenas 1-4% das neoplasias do trato gastrointestinal e 10-15% do total de pacientes com LNH, sendo o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), responsável por 30-40% dos casos. Este relato tem por objetivo apresentar um caso de LDGCB, de forma a ressaltar a importância desta patologia no diagnóstico diferencial de neoplasia gástrica. Relato de caso: Paciente masculino, 60 anos, com início de quadro de pirose, dor epigástrica, náuseas, vômitos e perda ponderal há cerca de 04 meses, com aceitação de dieta líquida e pastosa somente. Ao exame físico apresentava-se emagrecido e com dor moderada a palpação epigástrica. Na endoscopia digestiva alta identificou-se no canal pilórico, lesão infiltrativa, ulcerada e estenosante. Na tomografia de abdome identificava-se acentuada distensão gástrica e importante espessamento das paredes do antro gástrico e piloro, com leve espessamento das paredes da primeira e segunda porções duodenais e presença de linfonodomegalias paraórticas, ao redor do tronco celíaco e hilo hepático, a maior medindo 3,6 X 3,0 cm de diâmetro, localizada junto à cabeça do pâncreas. Na biópsia do estômago obteve-se o diagnóstico de úlcera gástrica e *Helicobacter pylori* positivo. O paciente foi internado para continuação da investigação e cerca de 2 semanas após apresentou novamente quadro de vômitos de repetição, sem melhora com tratamento conservador, sendo submetido a laparotomia. No transoperatório identificou-se importante espessamento do antro gástrico, linfadenomegalias fusionadas em linfonodos perigástricos, tronco celíaco e peripancreáticos. Foi realizada gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux. No anátomo-patológico obteve-se o diagnóstico de linfoma não-hodgkiniano difuso de grandes células, de alto grau, em parede gastro-duodenal, com invasão do tecido adiposo adjacente e extensão para linfonodos da grande e pequena curvatura, proximais e distais ao tumor, alguns deles com infarto extenso. Na imuno-histoquímica as células neoplásicas foram positivas pan B, BCL2 e Ki67 (85%) e negativas para os demais, concluindo o diagnóstico de LDGCB. **Discussão:** A maioria dos casos de LDGCB ocorre no sexo masculino, na 6ª década de vida. Conforme a literatura, a positividade de marcadores como BCL2 e CD10 sugere a forma primária (de novo) deste tipo de linfoma, em contraposição a negatividade que indica transformação de um tipo mais benigno, como o linfoma de zona marginal (MALT). Embora a infecção por *H. pylori* seja central na imunopatogênese, uma coorte chinesa recente de 129 pacientes com esta patologia associou a presença do mesmo ao diagnóstico com maior sobrevida em 5 anos. Conclui-se que o LDGCB é uma patologia agressiva, que pode ser de difícil diagnóstico e cujos aspectos endoscópico e imunofenotípico devem ser de conhecimento da comunidade médica geral.

PO 3529

**EXÉRESE DE LINFANGIOMA CÍSTICO EM PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA CUTÂNEA DE VON RECKLINGHAUSEN: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Camilla Siqueira de Aguiar; Victor Leonardo Mello Varela Ayres de Melo; Maria Luisa Alves Lins; Rodrigo Henrique Mello Varela Ayres de Melo; Deise Louise Bohn Rhoden; Esdras Marques da Cunha Filho; Milena Mello Varela Ayres de Melo Pinheiro; Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo

*UFPE, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** Os linfangiomas são lesões hamartomatosas dos vasos linfáticos. Representam proliferações benignas que envolvem o sistema linfático tendo uma predileção pela cabeça, pescoço e cavidade bucal. Esses podem ter origem congênita ou constituir lesões que se desenvolvem ao longo da vida, acometendo sobretudo crianças. Podem ser tratados cirurgicamente, por substâncias esclerosantes ou por meio de radioterapia, no entanto sua recidiva acontece em até 40% dos casos. A doença cutânea de Von Recklinghausen é uma doença hereditária, com predileção para homens, tem etiologia desconhecida e é classificada em 9 tipos. A do tipo I, mais frequente, apresenta como sinais patognômicos: nódulos Lisch, massas plexiformes e máculas cutâneas hiperpigmentadas. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 37 anos de idade, portador de doença cutânea de Von Recklinghausen tipo I, o qual compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Universidade Federal de Pernambuco, queixando-se de aumento de volume com evolução de 6 anos, macio à palpação e bem circunscrito na região submandibular direita. Solicitou-se exames imagiológicos cujo resultado demonstrou uma lesão 9x7 cm de dimensões. Foi realizado o tratamento cirúrgico com acesso submandibular de Risdon para ressecção da lesão, que teve como resultado de avaliação histopatológica o linfangioma cístico. O paciente continuou sendo acompanhado pela equipe durante 5 anos, cujas anamneses e análises imaginológicas demonstraram o sucesso do tratamento e ausência de recidiva da lesão. **Discussão:** De acordo com a literatura o paciente encontra-se no sexo mais prevalente para ambas as patologias, porém não encontra-se na faixa etária em que mais comumente ocorre o linfangioma, que se dá entre a. 2 e 3 décadas de vida. Todos os sinais patognômicos da doença de Von Recklinghausen que são os nódulos Lisch, massas plexiformes e máculas cutâneas hiperpigmentadas, descritos na literatura foram observados no paciente. A região em que ocorreu a patologia excisionada, está de acordo com a mais prevalente na literatura e já ocasionava queixas estéticas e deformidade no contorno facial do paciente. Não foram observados episódios de linfangite ou quaisquer perdas de função. A escolha do tratamento segundo os autores pode variar de acordo com o profissional, porém como no caso relatado, a excisão cirúrgica é o mais indicado. A taxa de recidiva é baixa e a possibilidade de regressão é quase nula.

PO 3531

**HEMANGIOMA DE VEIA JUGULAR EXTERNA: RELATO DE CASO**

Juliana Garcia Silva; Francielle Maria Barbosa Fonseca; Aldemir Magalhães Cavalcanti; Tássia Campos de Lima e Silva; Priscila Florêncio Santos; Fernando Cerqueira Norberto dos Santos Filho; Paulo José de Cavalcanti Siebra; Jorge Pinho.

*HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** Hemangioma é um tumor vascular benigno comum na infância, consiste em um crescimento excessivo e anômalo dos vasos sanguíneos acometendo mais o sexo feminino. As lesões vasculares podem ser classificadas em tumores (hemangiomas) ou malformações vasculares. O hemangioma pode ser congênito ou da infância sendo superficial, profundo ou misto. Apresenta-se geralmente como uma massa isolada, podendo variar em tamanho, cor e forma. O diagnóstico diferencial das massas cervicais como doenças congênitas, inflamatórias, neoplásicas e traumáticas é essencial para a definição da melhor conduta para o paciente. Dessa forma o objetivo deste relato é expor dentre tantos diagnósticos diferenciais, quando o exame de imagem é inconclusivo, a necessidade de definir a conduta apropriada para o caso específico do paciente visto por uma ótica além do exame de imagem juntando visões de diferentes especialidades como cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião oncológico e radiologista. **Relato de Caso:** T.F.M.C, 53 anos, sexo feminino, sem antecedentes de massa ou tumor vascular, encaminhada pelo Ortopedista com história de incômodo no ombro e na região clavicular direita além de dispnéia. Após consulta com cirurgião de cabeça e pescoço realizou ultrassonografia (USG) o qual obteve laudo inconclusivo necessitando realizar TC o qual evidenciou lesão expansiva sólida situada na região supraclavicular à direita com contornos irregulares apresentando íntima relação com a parede medial e inferior da veia jugular externa direita. Com o laudo apresentando descrição atípica e pela localização da lesão ao contrario de biopsiar primeiramente a lesão, foi necessário uma conduta cirúrgica. A paciente foi submetida a Cervicotomia Exploradora Direita com Monitorização Bipolar Neurológica Intra-operatória do Nervo Laringeo e Nervo Vago e biópsia por congelação, a qual evidenciou tumor de região cervical direita sendo hemangioma capilar, linfonodo cervical direito nível III e linfonodo cervical direito nível III/V sendo Hiperplasia Folicular Linfóide Reativa. **Discussão:** Este caso é raríssimo havendo menos de 10 casos publicados na literatura, e ainda mais raro quando especificamente em veia jugular externa. O tratamento do hemangioma em veia jugular deve ser individualizado, sendo a cirurgia para ressecção do tumor com melhores resultados, indicada para impedir a compressão das estruturas locais e complicações como trombose do vaso. Os hemangiomas tem suas principais localizações anatômicas em região de cabeça e pescoço em 60% dos casos, porém com origem descrita no relato é considerado raro, chegando-se ao diagnóstico após abordagem cirúrgica e posterior análise histopatológica, como no caso. Os exames de imagem auxiliam para o direcionamento diagnóstico e tratamento cirúrgico do hemangioma. A monitorização dos nervos laringeo e vago durante a abordagem garante segurança à preservação nervosa que mantém relação próxima ao campo cirúrgico.

PO 3533

**ADENOCARCINOMA DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**

Louise Pessoa de Araujo Guedes; João Paulo de Freitas Sucupira; Déborah Nóbrega de Farias; Michelly Mellinny Queiroga Gomes; Raylanne Marcelino Soares de Medeiros.

*SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A apendicite aguda é definida como a inflamação aguda do apêndice devido a sua obstrução luminal, sendo a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico. Porém, os tumores do apêndice são pouco frequentes, correspondendo a 0,5% das neoplasias intestinais. Estima-se que 50% das neoplasias apendiculares se apresentem como apendicite aguda e sejam diagnosticadas apenas no exame patológico da peça cirúrgica. As neoplasias malignas primárias de apêndice cecal são patologias raras que podem se apresentar como tumores carcinoides, adenocarcinomas ou adenocarcinoides. O adenocarcinoma do apêndice ocorre com uma frequência de 0,08% a 0,1% dentre todas as apendicectomias e se apresentam de duas maneiras: o cistoadenocarcinoma e o tipo intestinal (colônico). **RELATO DE CASO:** RJNC, 57 anos, sexo masculino, com quadro de dor abdominal, inicialmente difusa que a posteriori tornou-se localizada em região de fossa ilíaca direita, associada a parada de eliminação de flatos e evacuação por um período de dois dias. Foi diagnosticado com apendicite aguda, através do quadro clínico apresentado e exame de imagem (tomografia computadorizada de abdome). Submetido a tratamento cirúrgico (apendicectomia por videolaparoscopia), no qual foi retirado o apêndice cecal que, macroscopicamente, apresentava um aspecto tumoral. A peça cirúrgica foi enviada para anoaomopatológico que evidenciou a presença de aspectos morfológicos compatíveis com Adenocarcinoma de células caliciformes do apêndice ("Appendiceal goblet cell adenocarcinoma"). Após esse resultado, o nosso paciente foi submetido a um novo tratamento cirúrgico, sendo realizada uma ileocelectomia direita videolaparoscópica com reconstrução primária do trânsito intestinal. A peça anatômica desse novo procedimento, também enviada para estudo anatomopatológico, não evidenciou a presença de comprometimento neoplásico residual nas amostras. Com isso o paciente seguiu o fluxo habitual de acompanhamento pós cirúrgico, sem a necessidade de tratamento adjuvante. **DISCUSSÃO:** Sendo a apendicite uma patologia comum no dia a dia do cirurgião, é fundamental que haja uma análise do anatomopatológico da peça cirúrgica pois, a maioria dos pacientes com adenocarcinoma de apêndice apresentam sinais e sintomas sugestivos de apendicite aguda e, durante a cirurgia, mais da metade dos casos permanece com esse diagnóstico, sem a suspeita de tumor. A literatura, relata que o tratamento para o adenocarcinoma de apêndice é idêntico ao do adenocarcinoma de ceco, consistindo na hemicolectomia direita com linfadectomia regional, sendo isso um consenso. Foi então, devido a isso, que foi optado por uma segunda abordagem cirúrgica para o nosso paciente em questão. Há relato que a quimioterapia adjuvante pode ser utilizada de acordo com os critérios estabelecidos para o câncer de cólon, no seguimento ambulatorial, que no nosso caso clínico não houve a necessidade dessa abordagem.

PO 3534

**RECONSTRUÇÃO DE FRATURA ZIGOMÁTICO-ORBITAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO VÍTIMA DE AGRESSÃO FÍSICA POR ARMA DE FOGO DE GRANDE CALIBRE EM ACIDENTE DOMÉSTICO**

Camilla Siqueira de Aguiar; Lohana Maylane Aquino Correia de Lima; Victor Leonardo Mello Varela Ayres de Melo; Maria Luisa Alves Lins; Bruna Heloísa Costa Varela Ayres de Melo; Frederico Marcio Varela Ayres de Melo Junior; Julia de Souza Beck; Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo

*UFPE, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** O trauma facial pode ser considerado uma das agressões mais devastadoras encontradas em centros de trauma devido às consequências emocionais e à possibilidade de deformidade. Esta eventualidade adquire um perigo muito maior quando se produz em crianças, pois independentemente das possíveis cicatrizes faciais, podem também afetar os centros de crescimento e desenvolvimento do esqueleto facial, repercutindo no futuro em defeitos funcionais que se traduzem como adultos com hipoplasias, atrofias e desarmonias faciais. **Relato de Caso:** Paciente com 7 anos de idade, leucoderma, sexo feminino, vítima de acidente doméstico, em que a arma de fogo disparou acidentalmente entre duas crianças. Estava internada na enfermaria de um hospital de referência em trauma, com alta hospitalar. Durante anamnese apresentava sinais clínicos de infecção, hipertermia, devido ao ferimento pérfuro-contuso em região zigomática direita, por estar infectada e sem nenhuma intervenção realizada. Ao exame físico extrabucal, apresentava extensa destruição do terço médio da face. Foram solicitados exames imaginológicos que juntamente com as evidências clínicas levaram a equipe a proceder com um plano de tratamento baseado na realização de procedimentos para exérese de corpos estranhos, remoções de tecidos desvitalizados, limpeza local, minimizando maiores riscos de infecção e necrose tecidual e reconstrução de todo terço médio da face. Após sete dias de pós-operatório, a paciente apresentou-se com boa resposta clínica ao tratamento. Obteve alta hospitalar com 15 dias após o procedimento cirúrgico. **Discussão:** O trauma facial, segundo a literatura, pode levar a deformidades, cicatrizes, perda de função e quando atinge crianças pode afetar o centro de crescimento da região causando deformidades. O presente caso ocasionou perda da visão bilateral, deformidade em sua hemiface direita e cicatrizes no local do ferimento de entrada do projétil. Conforme descrito na literatura, as prevalências dos traumas faciais são em pacientes do sexo masculino, com a faixa etária mais acometida entre de 11 a 40 anos com o pico de incidência foi dos 21 a 30 anos. O relato de caso traz uma paciente do sexo feminino de 7 anos de idade. Quanto à etiologia, a prevalência de traumas faciais em crianças são relacionados a acidentes de trânsito, porém a nossa paciente foi vítima de acidente doméstico por projétil de arma de fogo.

PO 3535

**DIVERTICULIZAÇÃO COLÔNICA POR CATETER DE DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-PERITONEAL: RELATO DE COMPLICAÇÃO RARA**

Meyriane Almeida Barbosa; Rafael Mochate Flor; Saulo Rollemberg Caldas Garcez; Joao Paulo Barreto de Cunha; Fernando Furlan Nunes; Diego Ferreira de Andrade Garcia; Marcelo Raymundo Maiorano; Marco Vinicio Fanucchi Gil.

*INSTITUTO PREVENT SENIOR, SAO PAULO - SP - BRASIL*

A derivação ventrículo-peritoneal foi realizada por Kausch em 1908, e até hoje é um método de aliviar a pressão intracerebral causada pelo líquido cefalorraquidiano (LCR). A principal complicação associada ao procedimento é infecção, com incidência de 5,6-12,9%, geralmente diagnosticada no primeiro mês pós-operatório. As complicações distais do cateter incluem desconexão, obstrução, peritonite, formação de pseudocisto e migração do mesmo. Cerca de 10% de todas as complicações é a migração, sendo a perfuração intestinal extremamente rara com incidência de 0,01-0,07%. O caso relatado é de uma perfuração de colon pelo cateter na ausência de peritonite, com resolução por videolaparoscopia.

Paciente, 63 anos, masculino, antecedentes de HAS e fibrilação atrial, portador de derivação ventrículo-peritoneal há 10 anos, implantado após acidente automobilístico com fistula liquórica nasal. Evoluiu com infecção de sítio de válvula na região cervical direita e fistulas cutâneas adjacentes ao trajeto cervical do cateter. Submetido à retirada da porção proximal do cateter pela equipe da neurocirurgia, com permanência distal à clavícula. Cultura do cateter crescimento de *Pseudomonas Aeruginosa* sensível à ciprofloxacino. Evoluiu no 25º dia pós operatório com infecção da ferida operatória, sendo reabordado para debridamento duas vezes. Recebeu cefepime, vancomicina, meropenem e teicoplanina durante o período, esse de 3 meses entre a segunda e terceira reabordagem. Realizou tomografia de abdome que evidenciou trajeto do cateter com internalização no mesogastro, extremidade distal em alça cólica, na projeção da sua luz do transversos. Encaminhado à cirurgia geral, assintomático e exame abdominal sem alterações. Colonoscopia evidenciou presença de cateter de DVP intraluminal ponto de entrada em colon transversos e realizada tatuagem. Indicada videolaparoscopia diagnóstica que identificou cateter de derivação ventrículo peritoneal com orifício em parede abdominal apresentando trajeto epitelizado e tunelizado com fistula no colon sigmoide, e diverticulização do mesmo, de aproximadamente 10 cm de extensão, e 2 cm de diâmetro, observou-se tatuagem no local, sem líquido intracavitário. Realizada esvaziamento do trajeto, retirada do cateter e grampeamento linear da região diverticular. Evoluiu com alta hospitalar no 3º dia pós operatório, se intercorrências.

Estudos prévios hipotetizam que a complicação apresentada ocorre por aderência da extremidade distal do cateter à víscera, desencadeando reação inflamatória local e enfraquecimento da região. De modo que, fatores relacionados ao próprio paciente poderiam predispor, como idade avançada, desnutrição, intenso peristaltismo. Além de fatores relacionados ao procedimento, como comprimento excessivo do cateter, técnica cirúrgica. Neste caso, a abordagem laparoscópica mostrou-se segura para resolução da complicação.

PO 3538

**MA ROTAÇÃO INTESTINAL EM PACIENTE ADOLESCENTE - RELATO DE CASO**

Aline de Quadros Teixeira<sup>1</sup>; Thiago Scharth Montenegro<sup>2</sup>; Philippe Scharth Montenegro<sup>3</sup>.

1. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
3. UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Introdução** A má rotação intestinal é uma condição congênita rara causada por uma anomalia durante a formação fetal em que há o posicionamento impróprio do intestino delgado. Sua incidência é maior na população pediátrica. Os casos em adolescentes e adultos são menos prevalentes, estando presentes em 0,2% da população geral. O deslocamento do intestino para a direita condiz à formação de uma banda fibrosa, chamada de banda de Ladd, em que em pacientes sintomáticos pode-se apresentar como volvo e obstrução alta no duodeno. Esse relato de caso se dá para apresentar um caso sobre um paciente adolescente com má rotação intestinal com objetivo de mostrar a importância da identificação precoce e planejamento cirúrgico. **Relato de Caso** Paciente M.O.P, 15 anos, apresentando-se com quadro agudo de dor abdominal, com múltiplos episódios eméticos nas últimas 24h. Na investigação foi relatado pela mãe que o mesmo apresentava desde a infância episódios eméticos intermitentemente após refeições. Ao exame físico paciente era longilíneo, emagrecido, apresentava-se com dor a palpação em hipocôndrio direito. A tomografia de abdome apresentava-se com evidente proeminência gástrica. Foi realizado novo estudo após contraste oral e venoso onde não havia passagem do contraste após porção proximal do duodeno mesmo após 2h e pequena quantidade de ar em retroperitônio. Optou-se por realizar laparotomia exploradora de urgência que evidenciou rotação intestinal do duodeno para esquerda e aderências. O paciente foi levado a enfermaria onde evoluiu com dor persistente, náuseas e vômitos. Após 72h de internação foi realizada nova tomografia com contraste e foi evidenciado pneumoperitônio extenso e o paciente foi submetido a nova laparotomia exploradora que não encontrou pontos de perfuração ou obstrução, mesmo após manobras confirmatórias e não foi realizada nenhuma outra intervenção além da ordenha manual. O paciente retornou a enfermaria e permaneceu internado por mais 2 semanas em recuperação, fazendo NPT e complicou com pneumonia e infecção fúngica. Foi realizada uma sessão clínica multidisciplinar para discussão de nova abordagem do paciente para resolução definitiva do caso. Na terceira abordagem foi notado espessamento na região duodenal e múltiplas aderências intestinais. Foi optado pela realização de um bypass gastrojejunal. Paciente teve alta após 1 semana. Após um ano paciente está em follow-up no ambulatório da Cirurgia Geral e apresenta-se sem queixas. **Discussão** A elucidação diagnóstica após a infância geralmente é tardia e pode levar a diagnósticos clínicos equivocados, exames e procedimentos desnecessários e por vezes até múltiplos procedimentos cirúrgicos. Alguns pacientes ficam taxados como portadores de doenças como síndrome dispeptica, síndrome do intestino irritável ou distúrbio psicogênico. Nosso paciente havia histórico de múltiplas idas a emergência, tratado apenas com sintomáticos, sem ter tido um diagnóstico definitivo até a sua cirurgia.

PO 3539

**SÍNDROME DE EAGLE: UM RELATO DE CASO**

Guilherme de Souza Silva; Marcos José Moury Fernandes de Araújo; Diego Fellippe Pessoa Reis; Tássia Campos de Lima e Silva; Priscila Florêncio Santos; Jorge Pinho; Paulo José de Cavalcanti Siebra; Fernando Cerqueira Norberto dos Santos Filho.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL

**Introdução:** A síndrome de Eagle consiste no alongamento da apófise do processo estilóide, que gera sinais e sintomas cervicais e faríngeos. De etiologia não totalmente definida, tem como hipóteses a persistência de um folheto embrionário cartilaginoso, calcificação do ligamento estilo-hióideo, fibrose pós tonsilectomia, crescimento apofisário ocasionada pela osteogênese pós-trauma. Na anamnese é comum o relato de sintomas como disfagia, odinofagia, dor facial, cefaléia, zumbido e trismo, porém muitas vezes pode se apresentar de forma assintomática. No exame físico, é comum a hiperemia e espessamento do pilar anterior da tonsila; e palpando a fossa tonsilar, nota-se uma projeção com consistência endurecida e pontiaguda. Nos exames complementares há utilização de radiografia pósterio-anterior, lateral de mandíbula ou panorâmica para fechar o diagnóstico, sendo visto o alongamento da apófise quando ela ultrapassa 25mm. Se trata de uma doença com diagnóstico tardio, consequentemente com tratamento retardado, levando a necessidade de mais estudos. **Relato de caso:** CLNS sexo feminino, 34 anos. Ingressa no serviço de cirurgia cabeça e pescoço referenciada pelo cardiologista com diagnóstico radiológico de síndrome de Eagle, com processo estilóide direito de 5,7cm e esquerdo de 3,6cm. A paciente se queixa que há 10 anos apresenta incômodo e sensação de corpo estranho na garganta, dor na região da nuca, dor nos ouvidos e vertigens. Devido às dimensões das lesões opta-se pela abordagem cervical e a paciente aguarda a cirurgia. **Discussão:** O diagnóstico diferencial da síndrome de Eagle é amplo e deve incluir todas as possíveis causas de dor na região de cabeça e pescoço, com ênfase na neuralgia do nervo trigêmeo e glossofaríngeo. Outras causas incluem disfunção na articulação têmporo-mandibular, tumores de língua e hipofaringe, alterações degenerativas da coluna cervical, amigdalite crônica, faringite e submandibulite crônicas. A neuralgia do glossofaríngeo apresenta sinais e sintomas como dor aguda em pontada, recorrente, de curta duração e desencadeada por estímulos térmicos, além da movimentação da base da língua. A síndrome de Eagle é a principal causa secundária da neuralgia do glossofaríngeo, seu tratamento pode ser farmacológico ou cirúrgico, sendo a ressecção o tratamento definitivo para casos mais severos. Há duas abordagens cirúrgicas, a transoral que impede a cicatriz externa, mas não permite a exposição completa do processo estilóide, gerando riscos de contaminação de estruturas cervicais, danos vasculares e nervosos; e a cervical, que é feita a partir de uma incisão acima do processo estilóide, tem menor taxa de morbidade, porém deixa cicatriz externa e exige cuidado para não lesar o ramo marginal mandibular do nervo facial. Como o relato de CLNS apresenta critérios que corroboram com a literatura, afirma que o tratamento cirúrgico pode levar a remissão dos sintomas e maior qualidade de vida.

PO 3541

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LIPOMA SUBMANDIBULAR EXTENSO**

Camilla Siqueira de Aguiar; Victor Leonardo Mello Varela Ayres de Melo; Maria Luísa Alves Lins; Lohana Maylane Aquino Correia de Lima; Bruna Heloísa Costa Varela Ayres de Melo; Frederico Marcio Varela Ayres de Melo Junior; Julia de Souza Beck; Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo

*UFPE, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** Os lipomas consistem em neoplasias benignas decorrentes do tecido mesenquimal. De origem incerta, geralmente acometem as regiões de tórax e extremidades, possui predileção pelo sexo masculino, entre os 50 e 70 anos de idade. Apresentam-se como massas nodulares, de consistência amolecida, indolores à palpação, podendo ser sésseis ou pedunculadas. O diagnóstico é majoritariamente clínico, mas exames complementares de imagem podem ajudar no diagnóstico, sendo a confirmação por meio de análise histopatológica. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica conservadora que apresenta um bom prognóstico e raras recidivas. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 67 anos de idade, apresentava aumento de volume na região submandibular direita, com 5 anos de evolução. A lesão apresentava consistência amolecida, móvel e indolor à palpação. Foi realizada uma biópsia incisional na qual foi confirmado o diagnóstico de lipoma. Sob anestesia geral, foi realizado o acesso submandibular de Risdon, divulsão dos tecidos, hemostasia de vasos sangrantes e excisão da lesão, que ao exame macroscópico apresentava coloração amarelada e 14cm x 6,5cm. Foi realizada a toailete da cavidade e a sutura dos tecidos por planos. O material biopsiado foi enviado para realização do exame histopatológico e foi obtida a confirmação da hipótese de Lipoma. O caso foi preservado por 6 anos, sem evidências de recidiva. **Discussão:** Os lipomas, apesar de não acometerem com frequência as regiões da cabeça e pescoço, segundo a literatura, devem ser cogitadas em pacientes apresentando aumento de volume na região submandibular, macio à palpação e indolor, como relatado no caso. Os lipomas podem ser encontrados em forma múltipla em 5% dos casos e normalmente são menores que 5cm, porém a paciente apresentou um lipoma de grande extensão e não faz parte dos 5% da estatística de pacientes que apresentam lipomas múltiplos. Eles têm crescimento lento, assintomático, macio e bem delimitado a palpação, conforme descreve a literatura e a paciente em questão. Na literatura verifica-se a prevalência do lipoma é na população masculina acima dos 50 anos de idade e o tratamento cirúrgico deve ser preconizado. No caso descrito, a paciente tinha 67 anos de idade, porém era do sexo feminino, destoando da literatura. O tratamento de escolha foi o cirúrgico uma vez que a lesão apresentava comprometimento de função e estética.

PO 3543

**CIRURGIA MULTIVISCERAL EM VOLUMOSO LIPOSSARCOMA RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO**

Priscila da Paz Neves; Luan Aguiar Ferretti; Barbara Batista Oliveira; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** A maior parte das neoplasias que ocorrem no retroperitônio são malignas e dessas, cerca de um terço são ocasionadas pelos sarcomas. Dentre os tipos histológicos os lipossarcoma corresponde 50% a 60 % casos, seguido pelo leiomiossarcomas e pelos sarcomas pleomórficos. A ressecção cirúrgica completa é o pilar do tratamento dos sarcomas de retroperitônio. No presente relato de caso demonstramos um lipossarcoma retroperitoneal volumoso, submetido a cirurgia multivisceral.

**Relato de caso:** Mulher 78 anos, encaminhada para atendimento com queixas de aumento de volume abdominal em 3 anos, com piora nos 6 meses subsequentes. Ao exame abdome globoso à inspeção e na palpação, presença de massa palpável, ocupando e abaulando os limites anatômicos da parede abdominal, de consistência amolecida. A percussão por piparote negativa. Os exames de imagem solicitados, com tomografia de abdome total demonstrou volumosa formação com densidade de gordura, ocupando grande parte da cavidade abdominal principalmente à esquerda, com nítido comprometimento de rim esquerdo, adrenal esquerda, cauda do pâncreas, baço, colón esquerdo, colón sigmoide e anexo esquerdo. Submetido a Biópsia guiada com resultado positivo para neoplasia mesenquimal de baixo grau. Paciente foi submetida a Laparotomia exploradora com ressecção de massa retroperitoneal e ressecção multivisceral (colectomia esquerda, nefrectomia esquerda, ooforectomia esquerda, esplenectomia, pancreatectomia corpo-caudal) sendo optado por confecção de colostomia terminal. Toda lesão em monobloco com preservação da pseudo-cápsula do tumor. Evoluiu satisfatoriamente recebendo alta médica no sétimo dia de pós operatório. No 13º dia de pós operatório evoluiu com fístula pancreática sendo tratada conservadoramente. Anatomopatológico lipossarcoma de baixo grau, não infiltrativo, bem diferenciado, cápsula tumoral íntegra. Perda de seguimento devido pandemia do COVID 19. Paciente em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Cerca de 15 a 20% dos sarcomas ocorrem no retroperitônio. Os lipossarcoma de retroperitônio são os subtipos mais comuns e com sobrevida global em 5 anos de 95% nos bem diferenciados. Entretanto as apresenta altos índices de recorrência que variam de 30% a 60 %. Em geral são neoplasias volumosas acima de 20 cm, comprometendo estruturas viscerais adjacentes, sendo este um dos fatores determinantes, que dificultam obtenção de margens cirúrgicas negativas.

PO 3545

**CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE METASTÁTICO EM FAIXA ETÁRIA ATÍPICA: RELATO DE CASO**

Gabrielle Batista Moreira; Paulo Renan de Souza Figueiredo; Beatriz Moreira França; Thayslene de Carvalho Barbosa; Mario Jorge Ferreira da Silva.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL*

**Introdução:** O carcinoma medular de tireoide (CMT) tem prevalência de 5% dos tumores de tireoide e possui evolução indolente. Pode se apresentar com neoplasias endócrinas múltiplas, ligada ao proto-oncogene RET ou tumoração esporádica, mais comum. A investigação envolve verificação da mutação, punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ultrassonografia (USG) e tomografia computadorizada (TC) de tórax e pescoço. A conduta depende do estadiamento, podendo realizar tireoidectomia parcial ou total, esvaziamento cervical, além de radioterapia (RT) adjuvante. Relato do caso: Feminina, 26 anos, parda, casada, católica, dor lar, é encaminhada para avaliação pela cirurgia de cabeça e pescoço devido surgimento de nódulo cervical há cerca de 1 ano. Nega doenças prévias, tabagismo/etilismo. Ao exame, bom estado geral, tireoide palpável, lobo esquerdo maior que direito, pântica, móvel a deglutição, com linfonodomegalias atípicas em todos os níveis a esquerda, globosos e endurecidos. USG evidencia nódulo a esquerda, sem descrição de linfonodos. Realizou PAAF com achados citológicos sugestivos de CMT de padrão folicular. TC de pescoço com formação expansiva e infiltrativa de origem em lobo tireoidiano esquerdo e linfonodos nos níveis IIA, III, IV, VI e VII. TC de tórax com nódulo e micronódulos suspeitos de lesão secundária, além de linfonodos hilares bilaterais numerosos. Metanefrinas urinárias e catecolaminas normais, calcitonina elevada. Pela suspeita de CMT, optou-se por conduta cirúrgica. **Discussão:** Clinicamente, os achados de CMT são inconsistentes em ratificar seu diagnóstico, tendo na PAAF uma grande ferramenta com sensibilidade de 46,1 a 63%. A taxa de sobrevida depende do estágio tumoral e a falha/retardo do diagnóstico pode suscitar impacto negativo no manejo terapêutico. Embora a atipia etária, adversa a usualmente encontrada na forma esporádica de CMT, esteja associada a um prognóstico menos favorável nota-se, ainda, no caso supracitado, metástases linfonodais e pulmonares que corroboram para a menor taxa de remissão e sobrevida. Ademais, o uso de RT e/ou quimioterapia tem resultados inconsistentes para pacientes metastáticos, reservando-os a alas incuráveis da doença.

PO 3546

**CIRURGIA MULTIVISCERAL EM VOLUMOSO LIPOSSARCOMA RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO**

Priscila da Paz Neves; Luan Aguiar Ferretti; Barbara Batista Oliveira; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** A maior parte das neoplasias que ocorrem no retroperitônio são malignas e dessas, cerca de um terço são ocasionadas pelos sarcomas. Dentre os tipos histológicos os lipossarcoma corresponde 50% a 60 % casos, seguido pelo leiomiossarcomas e pelos sarcomas pleomórficos. A ressecção cirúrgica completa é o pilar do tratamento dos sarcomas de retroperitônio. No presente relato de caso demonstramos um lipossarcoma retroperitoneal volumoso, submetido a cirurgia multivisceral.

**Relato de caso:** Mulher 78 anos, encaminhada para atendimento com queixas de aumento de volume abdominal em 3 anos, com piora nos 6 meses subsequentes. Ao exame abdome globoso à inspeção e na palpação, presença de massa palpável, ocupando e abaulando os limites anatômicos da parede abdominal, de consistência amolecida. A percussão por piparote negativa. Os exames de imagem solicitados, com tomografia de abdome total demonstrou volumosa formação com densidade de gordura, ocupando grande parte da cavidade abdominal principalmente à esquerda, com nítido comprometimento de rim esquerdo, adrenal esquerda, cauda do pâncreas, baço, colón esquerdo, colón sigmoide e anexo esquerdo. Submetido a Biopsia guiada com resultado positivo para neoplasia mesenquimal de baixo grau. Paciente foi submetida a Laparotomia exploradora com ressecção de massa retroperitoneal e ressecção multivisceral (colectomia esquerda, nefrectomia esquerda, ooforectomia esquerda, esplenectomia, pancreatectomia corpo-caudal) sendo optado por confecção de colostomia terminal. Toda lesão em monobloco com preservação da pseudo-cápsula do tumor. Evoluiu satisfatoriamente recebendo alta médica no sétimo dia de pós operatório. No 13º dia de pós operatório evoluiu com fistula pancreática sendo tratada conservadoramente. Anatomopatológico lipossarcoma de baixo grau, não infiltrativo, bem diferenciado, cápsula tumoral íntegra. Perda de seguimento devido pandemia do COVID 19. Paciente em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Cerca de 15 a 20% dos sarcomas ocorrem no retroperitônio. Os lipossarcoma de retroperitônio são os subtipos mais comuns e com sobrevida global em 5 anos de 95% nos bem diferenciados. Entretanto as apresenta altos índices de recorrência que variam de 30% a 60 %. Em geral são neoplasias volumosas acima de 20 cm, comprometendo estruturas viscerais adjacentes, sendo este um dos fatores determinantes, que dificultam obtenção de margens cirúrgicas negativas.

PO 3547

**TIREOIDECTOMIA ENDOSCÓPICA TRANSORAL POR ACESSO VESTIBULAR (TOETVA): RELATO DE CASO**

Thalyta Sthefany Barbosa de Santana; Adriana Caroso Torrisi; Amanda Carla de Almeida Oliveira; Tássia Campos de Lima e Silva; Priscila Florêncio Santos; Paulo José de Cavalcanti Siebra; Fernando Cerqueira Norberto dos Santos Filho; Jorge Pinho.

*HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ, RECIFE - PE - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** A tireoidectomia endoscópica é um procedimento favorável para tratar pacientes com nódulos benignos. Nesse cenário, uma abordagem cirúrgica minimamente invasiva em progresso na área da cirurgia de cabeça e pescoço para o tratamento de nódulos tireoideanos tem indicação de Tireoidectomia Endoscópica Transoral por Acesso Vestibular (TOETVA). O potencial de vantagens desse procedimento encontra-se além do aspecto estético e sua utilização persiste como padrão-ouro, entretanto torna-se necessário uma maior consolidação científica de casos. Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever a primeira cirurgia de TOETVA realizada no ano de 2019 em Recife, no Hospital Memorial São José - RDSL. **RELATO DE CASO:** BMTM, mulher, 19 anos, submeteu-se a USG de tireoide, observando-se nódulo com 2,8 x 2,1 x 1,9 cm, em terço médio do lobo esquerdo, e classificação TI-RADS 4. Realizada Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) compatível com Bethesda II, classificado como benigno. Assim, submeteu-se a lobectomia esquerda, istmectomia, com uma incisão transversal de 1,5cm na porção média da mucosa do lábio inferior mais duas pequenas incisões (5mm) lateralmente na mucosa labial, próximas das comissuras, realizada com os mesmos materiais usados na cirurgia videolaparoscópica, utilizando uma ótica de 30°. Foi realizada intubação orotraqueal, dotada de quatro eletrodos pareados, em contato mucoso com as pregas vocais, destinados à monitorização intraoperatória dos nervos laríngeos superior e recorrente (C2) e colocação de eletrodos subdermais na região do ombro. Foi identificado os nervos laríngeos esquerdos, com preservação total da integralidade neural (S1+R1) e da paratireoide. Foi realizada a análise anatomopatológica pelo método de congelamento, confirmando a ausência de malignidade. Procedeu-se à testagem do nervo recorrente (R2) e do nervo laríngeo superior (S2), com resultados normais. Os valores de amplitude e de latência, apontados pelo sistema de monitoramento do nervo intraoperatório (C2), se mantiveram estáveis. Com isso, a paciente evoluiu em uma rápida recuperação sem complicações posteriores. **DISCUSSÃO:** A TOETVA é uma intervenção vantajosa no tratamento da neoplasia de tireoide, que apresentem nódulos de 1 a 4 cm sem extensão extratireoidiana. Existem procedimentos endoscópicos diretos (cervical anterior ou lateral) e extracervicais para manter a tireoide exposta, porém essas intervenções apresentam desvantagens pós-operatórias como a permanência de cicatrizes cutâneas visíveis e maior possibilidade de infecção. Contudo, TOETVA se apresenta como uma alternativa segura e eficaz para pacientes selecionados que necessitam de cirurgia da glândula tireoide, que desejam rápida recuperação, a redução de risco de lesão de nervos e a ausência de cicatriz na região cervical, sendo considerada uma técnica segura, com especial preocupação com resultados estéticos.

PO 3548

**SÍNDROME MIELODISPLÁSICA RELACIONADA À TERAPIA APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE COM DOXORRUBICINA E CICLOFOSFAMIDA EM UMA PACIENTE COM CANCER DE MAMA - UM RELATO DE CASO**

Amarildo Henrique da Conceição Junior<sup>1</sup>; Tatiana Strava Corrêa<sup>2</sup>; Rodrigo Nascimento Pinheiro<sup>2</sup>.

1. LIGA ACADÊMICA DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL
2. HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Mulher, 60 anos, diagnosticada em 2012 com carcinoma lobular invasivo (CLI) RH+ HER2-, estadió clínico IIIA em mama esquerda. Foi submetida a 8 ciclos de quimioterapia neoadjuvante com doxorubicina, ciclofosfamida e paclitaxel, seguida de mastectomia radical esquerda com esvaziamento axilar (ypT0ypN2), radioterapia e hormonioterapia com anastrozol adjuvantes. Foram realizadas consultas de controle a cada 3 meses durante os 18 primeiros meses após a cirurgia e então a cada 6 meses. Realizou-se exames de controle com mamografia, ecografia de mama, raio-x de tórax, ultrassonografia de abdome e dosagem de CEA, CA 15-3, CA 125 e fosfatase alcalina, anualmente. A paciente seguia sem queixas até abril de 2019, quando abriu um quadro de astenia progressiva. O hemograma evidenciou anemia normocítica e normocrômica, plaquetopenia leve e presença de 4% de blastos no sangue periférico. Foi encaminhada à hematologia, tendo sido realizado mielograma e imunofenotipagem de medula óssea evidenciando displasia das linhagens granulocíticas e monocíticas com 6,87% de blastos mielóides que expressavam CD13, CD33, CD34, CD114, CD123 e HLA-DR, série granulocítica apresentava expressão anormal de CD14 e assincronia de maturação CD13/CD11b, determinando o diagnóstico de síndrome mielodisplásica do tipo anemia refratária com excesso de blastos 1 (AREB-1). A paciente segue em acompanhamento com a hematologia, em uso de Azacitidina.

**Discussão:** A Síndrome Mielodisplásica (SMD) constitui um grupo de doenças clonais de stem cells caracterizada por hematopoese ineficaz e que pode evoluir para Leucemia Mielóide Aguda (LMA). A SMD secundária à quimioterapia (SMDt) ocorre de 4 a 7 anos após exposição ao fármaco e representa entre 5 a 20% dos casos de SMD. Caracteriza-se por citopenias severas, displasia de todas as linhagens celulares da medula óssea, celularidade medular reduzida e altas taxas de anormalidades citogenéticas. Em geral tem apresentação mais agressiva que as SMD primárias. Outros trabalhos descrevem a correlação entre a incidência de SMDt e doses cumulativas de quimioterápicos em estudo com uso de ciclofosfamida e doxorubicina. Pacientes submetidos a estes tratamentos têm risco aumentado para desenvolvimento de SMDt/LMA quando comparados com a população geral.

**Comentários Finais:** A SMDt apresenta alterações citogenéticas que configuram a ineficácia de produção hematopoiética com consequente displasia medular. A evolução dos sintomas com características inespecíficas é lenta e um dos principais tipos são determinados a partir da evolução da AREB-1. O diagnóstico é laboratorial e o prognóstico desfavorável se baseia na baixa probabilidade de resposta ao tratamento, realizado com análogos da citidina e transfusões.

PO 3549

**CÁLCULO CORALIFORME BILATERAL: EVOLUÇÃO E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA. UM RELATO DE CASO**

Clara de Araújo Dantas Teixeira; Thales Albuquerque Rocha; Arthur Ferreira Cerqueira Amorim; Francisco Heitor de Araújo Dantas Teixeira; Gessyelle Amaral Cavalcante de Queiroga; Sabryna Maciel da Cunha; Vinicius Almeida da Nóbrega; Isabella Beserra Ramos

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Os cálculos coraliformes são cálculos ramificados, que se moldam aos contornos do sistema coletor e ocupam mais de uma porção do mesmo, podendo ser completos ou parciais. (Diri, 2018). Embora a ocorrência de nefrolitíase seja maior no sexo masculino, os cálculos coraliformes são menos frequentemente relatados em homens em comparação às mulheres (10% a 11% vs 4% em homens) e geralmente são unilaterais e comuns em pacientes idosos (Marien, 2015). **RELATO DE CASO:** Paciente R. I. B, feminino, 31 anos, apresentou-se com quadro de dor lombar de forte intensidade e histórico positivo para nefrolitíase. Na internação, a USG evidenciou cálculo coraliforme bilateral, com o rim direito contendo dois cálculos (medindo 0,8 e 1,1 cm) e o rim esquerdo contendo dois cálculos (ambos medindo 1,1cm). Nos meses subseqüentes, ainda queixosa, retornou ao hospital com uma TC sem contraste que evidenciou cálculos renais coraliformes bilaterais, com densidade média de 720UH à direita e 740UH à esquerda. Nos exames laboratoriais do pré-operatório, a estimativa do ritmo de filtração glomerular foi de 79,61ml/min. A cirurgia realizada foi uma nefrolitotomia anatrófica à esquerda que ocorreu com êxito e a paciente iniciou esquema antibiótico com Ciprofloxacino. No 2oDPO, referiu náuseas e vômitos. Os exames laboratoriais evidenciaram leucócitos de 14.720/mm<sup>3</sup> (4% bastões/ 88% segmentados); PCR de 359,2; creatinina de 1,3mg/dL e MDRD de 50,78ml/min, além disso a TC mostrou focos de gás e material hemático, além de densificação e ênfase em planos subcutâneos, indicando inflamação. Uma urocultura com antibiograma isolou *Escherichia coli*. Foi decidido alterar o antibiótico, no 3º DPO, por Piperacilina + Tazobactam. O esquema foi posteriormente substituído por Amicacina, e em seguida iniciado Meropenem. A partir do 8º DPO ficou apenas Meropenem até o 13º DPO. Entre o 9º e 16º DPO, a paciente apresentou picos febris diariamente. A partir do 17º até o 19º DPO, apresentou boa função renal, negou queixas e a conduta foi mantida até receber alta hospitalar no 19º DPO. **DISCUSSÃO:** A presença de cálculos coraliformes está associado à morbimortalidade, sendo imprescindível avaliação e tratamento imediatos. No caso apresentado, a cirurgia de escolha foi a Nefrolitotomia Anatrófica, devido às possibilidades do serviço. Entre as complicações, as mais descritas são febre pós-operatória, transfusão sanguínea, sangramento e sepse. No caso clínico, a complicação observada foi a febre pós-operatória, que possivelmente decorreu do uso profilático de ciprofloxacino, sendo que estudos apontaram uma alta taxa de resistência bacteriana a esse medicamento. Conclui-se, portanto, que é prudente a atualização das diretrizes para ampliar os antibióticos profiláticos antes da abordagem cirúrgica, já que, como mostrado, novos organismos estão sendo identificados com maior frequência na cultura de cálculos de estruvita, incluindo *E. coli*, bactéria presente na urocultura da paciente deste relato.

PO 3550

**HÉRNIA DE GRYNFELT - RELATO DE CASO**

Letícia Rahal Cardoso Barucci<sup>1</sup>; Nelson Antônio Gasperin<sup>2</sup>; Mariana Vitória Gasperin<sup>2</sup>.

1. FACULDADE ASSIS GURGCZ, CASCAVEL - PR - BRASIL  
2. HOSPITAL NOROSPAR, UMUARAMA - PR - BRASIL

**Introdução:** As hérnias lombares caracterizam-se por falhas póstero-laterais da parede abdominal. Quando presente no triângulo lombar superior é denominada hérnia de Grynfelt, sendo um diagnóstico não comumente lembrado. O relato tem como objetivo demonstrar a importância do diagnóstico desta alteração em pacientes sem fatores indicativos para o diagnóstico. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 78 anos de idade apresentando abaulamento de aproximadamente 6 cm em região dorsal esquerda. Diagnosticada como lipoma por ultrassonografia (USG). Foi submetida a correção cirúrgica aberta. A paciente foi posicionada em decúbito lateral direito, foi realizada incisão lombocostal, na topografia do abaulamento. Após a dissecação e diérese foi identificada hérnia de Grynfelt com saco herniário, que protuía-se através da falha muscular de aproximadamente 3 cm. Foi realizada a redução da hérnia, síntese da falha com vicryl® 0 e fixada tela de polipropileno livre de tensão sobre a herniorrafia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e segue assintomática. **Discussão:** As hérnias lombares representam cerca de 2% das hérnias de parede abdominal, sendo a maioria unilateral, à esquerda e em homens entre 50 - 70 anos de idade. A hérnia de Grynfelt se forma no triângulo lombar superior, em locais de fragilidade anatômica: pontos de saída dos ramos posteriores dos nervos lombares e estruturas vasculares. Há descontinuidade da parede abdominal posterolateral pela presença de falha na fáscia transversal ou na aponeurose do músculo transverso do abdome. Em geral é assintomática, sendo diagnosticada pela alta suspeita no exame abdominal – presença de tumefação mole, redutível e assintomática na região lombar - e confirmada pelo exame de tomografia computadorizada. Cerca de 25% dos casos apresentam encarceramento e até 18% apresentam estrangulamento, sendo assim, o diagnóstico acerto é fundamental, sendo os principais diagnósticos diferenciais a serem considerados: lipoma, hematoma, abcesso após traumatismo ou cirurgia e tumores renais. O tratamento deve ser realizado o mais cedo possível para evitar complicações, sendo a correção cirúrgica aberta o tratamento de escolha. No caso relatado, por tratar-se de uma paciente feminina e assintomática, optou-se pela investigação por USG, sendo diagnosticada como lipoma. Optou-se pela exérese cirúrgica, mas no intraoperatório evidenciou-se hérnia de Grynfelt, sendo então realizado herniorrafia e reparo com tela sintética. A herniorrafia simples, sem reparo com tela sintética, nesses casos aumenta o índice de recidivas pela dificuldade de confecção de sutura simples sem tensão nesse local. Diante do exposto, é importante destacar que, apesar de rara, a hérnia de Grynfelt precisa ser um diagnóstico a ser lembrado e investigado não apenas nos pacientes sintomáticos e mais propensos à alteração, mas sim em todos os pacientes com abaulamentos lombares significativos.

PO 3551

**ABDOME AGUDO PERFURATIVO CAUSADO POR TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR EM TOPOGRAFIA RARA SIMULANDO NEOPLASIA – RELATO DE CASO**

Rodrigo Faria Cardoso; Thamirys Aimee Rodrigues Mendes; Kátia Daniela da Silveira Milagres; Rafaela de Assis Amaral; Lúcio Henrique Teles Vieira; Camyla Alexandra Andrade e Silva; Gleice Caroline Linhares Cardoso.

*SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL*

**Introdução:** A tuberculose (TB) abdominal inclui o envolvimento do trato gastrointestinal, peritônio, linfonodos e/ou órgãos sólidos, representa 5% de todos os casos de TB em todo o mundo. O acometimento intestinal, apesar de raro, acarreta grande risco à vida se não tratada, mas, se diagnosticada precocemente possui terapia efetiva<sup>1</sup>. A laparoscopia é uma técnica rápida, segura e eficaz com uma sensibilidade de até 92% para o diagnóstico de TB abdominal<sup>2</sup>. O objetivo do presente relato de caso foi apresentar um caso de TB extrapulmonar em que o diagnóstico e intervenção laparoscópica, aliados ao tratamento clínico, resultaram em um desfecho favorável ao paciente.

**Relato de Caso:** Sexo feminino, 35 anos sem cirurgias prévias ou outras comorbidades além de lúpus eritematoso sistêmico, admitida no pronto socorro em regular estado geral, com queixa de dor em fossa ilíaca direita irradiando para o dorso há cerca de 24 horas, febre (38,2°C), diarreia, náuseas, vômitos e hiporexia. Última menstruação há oito dias, em uso de contraceptivo oral e sem queixas ginecológicas. Hipótese diagnóstica inicial de apendicite. Tomografia computadorizada de abdome demonstrou espessamento parietal do ceco, íleo terminal e apêndice cecal, associado a acúmulo de líquido na pelve, realce peritoneal e pneumoperitônio, além de interrogado foco de descontinuidade na parede da porção inferior do cólon direito. Devido ao quadro sugestivo de abdome agudo perfurativo e piora clínica, foi indicada laparotomia exploradora que demonstrou lesões suspeitas de carcinomatose peritoneal, tumor de ovários e tumoração perfurativa envolvendo íleo distal e cólon ascendente. Realizado ooforectomia e salpingectomia bilateral, íleo-colectomia ascendente com anastomose latero-lateral íleo-transverso. Anatomopatológico das lesões revelou colite e ileíte ulceradas, peri-ooforite e salpingite granulomatosas podendo corresponder a tuberculose (apesar de pesquisa de BAAR negativa). Foi iniciada antibioticoterapia para tuberculose (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) com evolução satisfatória da paciente e alta no décimo quarto dia de pós-operatório.

**Discussão:** A forma intestinal da TB frequentemente envolve fatores de risco tais como cirrose, infecção por HIV, diabetes mellitus, malignidade subjacente, tratamento com agentes anti-fator de necrose tumoral (TNF) e uso de diálise peritoneal<sup>3</sup>, que não foram observados na paciente. Dentre os diagnósticos diferenciais, devem estar presentes a doença de Crohn, os tumores malignos do cólon, a retocolite ulcerativa inespecífica, sarcoidose, amebíase e histoplasmose, apendicite<sup>4</sup>. Apesar de rara, as formas extrapulmonares da TB devem ser lembradas como situações potencialmente danosas, tais como na TB abdominal em que ocorrem sintomas do trato gastrointestinal, mesmo que estes sejam inespecíficos. Assim, a suspeita e consequente investigação da doença corroboram com a prevenção de complicações e com o desfecho positivo para o paciente.

PO 3554

**CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE METASTÁTICO ABORDADO COM PROCEDIMENTO CIRURGICO RADICAL: RELATO DE CASO**

Gabrielle Batista Moreira; Beatriz Moreira França; Thayslene de Carvalho Barbosa; Paulo Renan de Souza Figueiredo; Mario Jorge Ferreira da Silva.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL*

**Introdução:** O carcinoma medular de tireoide (CMT) é um tumor neuroendócrino raro, correspondendo a 5% dos casos de neoplasias tireoideanas. Cerca de 70% cursa com tumoração esporádica, apresentando única nodulação. Pode estar associado a neoplasias endócrinas múltiplas, ligados ao proto-oncogene RET, relacionado a maior risco de metástase e hereditariedade. O diagnóstico é sugestivo quando há níveis aumentados de calcitonina. Tem como opção terapêutica a tireoidectomia total (TT), podendo ser profilática nos casos familiares, associado a radioterapia (RT) adjuvante. Possui prognóstico reservado. **Relato do caso:** Feminina, 34 anos, encaminhada para cirurgia de cabeça e pescoço devido surgimento de nódulo cervical esquerdo há 2 anos. Após avaliação, realizou ultrassonografia cervical com tireoide de contorno irregular, ecotextura heterogênea, imagens nodulares em ambos os lobos, com linfonodomegalias esparsas. Indicada exérese de linfonodo para anatomopatológico (AP) e imuno-histoquímica, sugerindo metástase neuroendócrina, possivelmente CMT. Tomografia computadorizada (TC) do pescoço com linfonodomegalia necrótica em níveis III, IV e VI a esquerda, e nódulo tireoidiano. TC de tórax com linfonodos mediastinais calcificados e nódulo bem definido em lobo médio de pulmão direito. Realizada cirurgia verificando-se, no intraoperatório, metástases volumosas a esquerda, infiltrando nervo laríngeo recorrente, veia jugular interna, músculo esternocleidomastoideo e nervo vago. Procedeu-se com TT, esvaziamento recorrente bilateral com sacrifício do recorrente esquerdo e esvaziamento radical modificado a esquerda, sem intercorrências. Boa evolução no pós-operatório (PO), alta em uso de Levotiroxina Sódica 88 mcg e cálcio. Retorna com resultado de AP confirmando CMT metastático envolvendo partes moles, musculatura e acometimento linfonodal de extensão extracapsular, margens livres. Foi submetida a RT adjuvante e pesquisa genética. No seguimento, bom estado, sensibilidade superficial ao toque, reflexo de tosse à estimulação laríngea, ausência de linfonodos palpáveis, provas de função tireoidiana normais. Mantém altos títulos de calcitonina e antígeno carcinoembrionário (CEA), sendo indicada PET-CT e manutenção do seguimento. **Discussão:** No transcurso pós-operatório do CMT, os valores de CEA e calcitonina podem estar relacionados a metástases linfonodais e a distância, indicando persistência/recorrência da doença. O seguimento no PO, com avaliações seriadas e intervalo de 6 meses, possibilitam estimar a taxa de crescimento do CMT. Ademais, o tempo relativo à duplicação da calcitonina, mostra-se excelente preditor de sobrevida. **Averiguação genética em mulheres na menacme tem relevância no aconselhamento genético pré-concepção e pré-natal.**

PO 3557

**CPRE (COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA) NO PACIENTE ABORDADO CIRURGICAMENTE POR BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX APÓS DIAGNÓSTICO DE LITÍASE BILIAR**

Victor Yudi Livorati André<sup>1</sup>; Rafael Meneguzzi Alves Ferreira<sup>2</sup>; Thiago Alvim Barreiro<sup>2</sup>; Hercio Azevedo de V. Cunha<sup>2</sup>.

1. PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL
2. CLÍNICA VITALI, CAMPINAS - SP - BRASIL

**OBJETIVO:** A CPRE é um procedimento que visa tratamento da coledocolitíase dos pacientes que desenvolvem cálculo biliar. Após constatarmos o número considerável de CPRE's realizadas em nosso Serviço, o objetivo deste trabalho é mostrar a relevância do seguimento pós cirúrgico ambulatorial dos pacientes que são submetidos à Cirurgia Bariátrica e necessitam da CPRE ao desenvolverem litíase biliar após cirurgia. Sendo que, quando submetidos à cirurgia bariátrica por sleeve a CPRE convencional é realizada sem complicações e por outro lado quando submetidos à cirurgia bariátrica por bypass gástrico em Y de Roux é necessário abordagem cirúrgica devido a maior dificuldade de acesso, por isso também analisamos a eficácia e segurança da CPRE feita por via laparoscópica e com necessidade de gastrostomia (nestes pacientes com bypass gástrico em Y de Roux).

**MÉTODO:** As informações coletadas originaram-se a partir do levantamento de dados dos pacientes submetidos à CPRE que haviam feito o procedimento após Cirurgia Bariátrica na cidade de Campinas - SP. Analisaram-se prontuários de pacientes do Instituto Campineiro de Tratamento da Obesidade - Clínica Vitali e do Serviço de Endoscopia do Hospital da PUC-Campinas. A análise do prontuário foi realizada dando ênfase para a Descrição Cirúrgica da CPRE e da evolução do paciente no pós operatório. Também realizou-se uma revisão bibliográfica acerca dos estudos já existentes sobre as técnicas cirúrgicas em questão.

**RESULTADO:** O intervalo de tempo analisado (início do ano de 2016 até o primeiro semestre de 2020) revelou que a demanda de realização de CPRE foi predominante no sexo feminino. Em todos os procedimentos foi possível alcançar a via biliar com o êxito. Não houve morte pós operatória. A análise do IMC dos pacientes revelou também que o mesmo atua como fator de risco para formação de cálculo biliar. As técnicas cirúrgicas descritas foram suficientes para análise de dados comparativa entre os prontuários dos pacientes, mostrando que a CPRE é um método eficaz e seguro. Nos pacientes com abordagem cirúrgica por Sleeve as CPRE's foram realizadas com sucesso sem grandes dificuldades, pois a redução do IMC no pós operatório tardio de tais pacientes facilitou a CPRE. Em contrapartida, nos pacientes abordados cirurgicamente por Bypass gástrico em Y de Roux foi necessário realizar CPRE por via alternativa, ou seja, por via laparoscópica e também revelou bom índice de segurança e eficácia no tratamento destes pacientes.

**CONCLUSÃO:** A CPRE quando relacionada com a obesidade mostra-se como desao aos endoscopistas. Nos pacientes pós BYPASS gástrico houve necessidade de laparoscopia ou laparotomia para confecção de gastrostomia para conclusão do método. A necessidade de via alternativa para realização da CPRE mostrou-se um método seguro e eficaz no tratamento da coledocolitíase nestes pacientes.

PO 3564

**TROMBOSE VENOSA PORTOMESENTÉRICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA – RELATO DE CASO**

Rodrigo Faria Cardoso<sup>1</sup>; Lúcio Henrique Teles Vieira<sup>2</sup>; Rafaela de Assis Amaral<sup>2</sup>; Kátia Daniela da Silveira Milagres<sup>2</sup>; Thamirys Aimee Rodrigues Mendes<sup>2</sup>; Lorena Batista<sup>2</sup>; Camyla Alexandra Andrade e Silva<sup>2</sup>; Gleice Caroline Linhares Cardoso<sup>2</sup>.

1. SOCOR, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL
2. SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Introdução:** Atualmente, o Brasil é o segundo país no mundo em número de cirurgias bariátricas<sup>2</sup>. Esse procedimento, apesar de bem documentada sua segurança, não está isento de complicações. Pacientes obesos em virtude de seu estado inflamatório crônico apresentam maior predisposição a eventos embólicos, oferecendo risco adicional a procedimentos cirúrgicos em geral<sup>3</sup>. O objetivo do presente relato de caso foi apresentar um caso de Trombose venosa portomesentérica após cirurgia bariátrica em que o diagnóstico precoce, aliado ao tratamento clínico, resultaram em um desfecho favorável ao paciente.

**Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 27 anos, obesa grau II (IMC 38 kg/m<sup>2</sup>), sem outras comorbidades, em décimo quarto dia de pós-operatório de gastroplastia redutora videolaparoscópica tipo sleeve, admitida em serviço de urgência com quadro iniciado há nove dias de dor abdominal em cólica, difusa, de moderada a forte intensidade, com irradiação lombar, que piorava aos decúbitos lateral esquerdo e dorsal, sem fatores de melhora ou desencadeantes. Negava náuseas, vômitos, febre, calafrios, sangramento gastrointestinal ou queixas urinárias. Ao exame clínico apresentava-se corada, desidratada +/4, anictérica, acianótica e afebril, eupneica em ar ambiente, frequência cardíaca de 104 bpm, pressão arterial de 106x70mmHg, com leve desconforto a palpação profunda de epigástrico, sem sinais de irritação peritoneal, sinal de Giordano negativo bilateralmente e panturrilhas livres. Exames laboratoriais iniciais revelaram fosfatase alcalina de 80,15 u/l, gama-gt de 112,47 u/l, TGP de 54,3 u/l, amilase de 108,7 ui/l, lipase de 477,68 ui/l, PCR de 32,46mg/l, sem anemia ou leucocitose. Realizada tomografia de abdome total com contrastes oral e venoso com demonstração de falha de enchimento intraluminal no ramo direito da veia porta, com realce periférico pelo produto de contraste, compatível com trombose do ramo direito da veia porta e alterações habituais pós-cirúrgicas, sem evidência de coleções ou fístulas ou líquido livre em cavidades pleural e abdominal, sendo indicada internação hospitalar e iniciada enoxaparina 200 mg/dia. Em controle ambulatorial de 30 dias de pós-operatório a paciente apresentou-se assintomática, em uso de rivaroxabana, com perda ponderal de 9,9 kg.

**Discussão:** A trombose portomesentérica (TPM), apesar de rara no pós-operatório de cirurgia bariátrica (envolvendo

PO 3565

**CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE COM MÚLTIPLAS METÁSTASES: RELATO DE CASO**

Gabrielle Batista Moreira; Thayslene de Carvalho Barbosa; Paulo Renan de Souza Figueiredo; Beatriz Moreira França; Mario Jorge Ferreira da Silva.

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL*

**Introdução:** A neoplasia de tireoide tem alta prevalência, estimada em 13.780 novos casos no Brasil para 2020<sup>1</sup>, com cerca de 80% carcinomas papilíferos. Estes apresentam como principal fator de risco radiação ionizante. Têm reduzida capacidade metastática, mas, se positiva, se dá por contiguidade, para linfonodos cervicais. A conduta possui particularidades caso possua metástase, como pulmonar ou óssea, indicativos de mau prognóstico<sup>2</sup>. **Relato do caso:** Feminina, 81 anos, negra, viúva, fundamental incompleto, natural de Tarauacá-AC, procedente de Rio Branco-AC; com história prévia de tireoidectomia em 2007, sem anatomopatológico (AP) dessa cirurgia, e nodulectomia cervical anterior direita em 2015 cujo AP revelou carcinoma papilífero de tireoide, é encaminhada ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Chega ao ambulatório, 2 meses após último procedimento, sem queixas. Ausência de lesões palpáveis ao exame, em uso de Levotiroxina sódica 88 mcg. Exames laboratoriais com TSH reduzido e Tireoglobulina (Tg) extremamente elevada, sendo solicitados cintilografia de corpo inteiro (PCI), radiografia de tórax sem alterações e ultrassonografia cervical evidenciando resquício glandular em lobo direito com nódulo hipoeogênico de 1,1 cm. PCI com tecido iodocaptante em região cervical anterior sugestivo de remanescente glandular, além de áreas focais captantes no tórax bilateralmente. É considerado nova abordagem cirúrgica, entretanto não foi realizada devido dimensão reduzida do remanescente somado ao quadro de metástase pulmonar. É encaminhada para radioiodoterapia (RIT), porém, mantém PCI com múltiplas áreas de acúmulo anômalo em cervical anterior, de intensidade acentuada; em campos pulmonares de grau moderado e no fêmur proximal à esquerda, grau discreto; mantendo níveis elevados de Tg e hipotireoidismo descompensado. Durante seguimento, apresentava-se eutireoidea, com queda de Tg. Todavia, 1 ano após RIT, Tg começou a se elevar progressivamente, sendo solicitado novo PCI. PCI evidencia tecido iodocaptante na calota craniana, região cervical, tórax bilateral, abdome/pelve e fêmur à direita, sugestivas de implantes. Encaminhada para nova RIT apresentando resposta bioquímica completa. Em seguimento, retorna com queixa de dor em face e traz tomografia computadorizada apresentando lesão osteolítica na mandíbula à esquerda, inespecífica, podendo representar metástase. É, então, encaminhada à oncologia para avaliação de tratamento com inibidor da tirosina quinase (ITQ). **Discussão:** As lesões metastáticas são tratadas com RIT. ITQ é reservado para casos refratários à RIT, radioterapia por feixe externo ou ressecção cirúrgica das metástases<sup>1</sup>. Embora o prognóstico geral seja ruim, com sobrevida em 5 e 10 anos a partir do diagnóstico inicial de metástase óssea de 61% e 27%<sup>3</sup>, respectivamente, ele depende de fatores individuais como idade no diagnóstico das metástases, distribuição e número de metástases, histologia do tumor primário, bem como a avidéz de radioiodo<sup>1</sup>.

PO 3567

**O DESAFIO NO MANEJO CONSERVADOR DE TRAUMA CONTUSO EM RIM EM FERRADURA – RELATO DE CASO**

Otávio Ramos Pereira; Vitória Piva.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O trauma renal está presente em 10% da totalidade dos traumas abdominais fechados. O defeito na separação dos polos inferiores dos rins denomina-se rins em ferradura, os quais são a malformação renal mais comum, com incidência que pode chegar em 1 a cada 400 pacientes<sup>1</sup>. Em 60% dos casos, os pacientes são assintomáticos. O aumento exponencial do número de acidentes automobilísticos associado ao aumento dos recursos de imagem tem tornado cada vez mais frequente esse diagnóstico<sup>3</sup>. **DESCRIÇÃO DO CASO:** R.C.B, 37 anos, vítima de politrauma moto versus anteparo, deu entrada no serviço às 23h do dia 27/03/2020, sendo realizado atendimento para politraumatizado. Apresentava-se normotenso na admissão, com frequência cardíaca de 110 bpm. Os testes laboratoriais revelavam hemoglobina de 14,7 g/dL, hematócrito de 42,4%, leucócitos de 18,600 / m<sup>3</sup>, contagem de plaquetas em 193.000/ m<sup>3</sup>, creatinina de 1,2 mg/dL, ureia em 29 mg/dL e RNI em 0,98. O paciente apresentava fratura em úmero e TCE leve. Foi realizada avaliação de acordo com o ATLS com boa resposta hemodinâmica e encaminhado a CT de abdômen, crânio e tórax. A tomografia de entrada (28/03/2020) revelou hematoma perihilar à direita adjacente a pelve renal medindo 5,8 x 4,5 x 4,9 cm, sugestivo de lesão de pelve renal. Sistema pielocalicial à direita preenchido parcialmente por conteúdo hemático. Hemorretroperitônio de pequeno volume adjacente ao rim direito, sem outras lesões abdominais associadas encontradas. O trauma foi considerado grau III ou IV de acordo com a American Association for the Surgery of Trauma (AAST). O paciente apresentou evolução clínica favorável, sem necessidade de intervenção. O manejo aplicado foi tratamento conservador, com dosagens seriadas dos valores do hematócrito (ht) e hemoglobina (hb) em 6 e 12 horas e urotomografia em 48 horas. Os valores da hb seriados foram de 14,7; 13,3 e 12,9, com ht em 42,4; 40,2 e 39,0. Não houve deterioração da função renal, com creatina de entrada em 1,2 mg/dL e controle em 48h com 0,8 mg/dL. Com 72h após o trauma, o paciente recebeu alta da equipe da urologia e recebeu acompanhamento ambulatorial. Após 5 dias, o paciente retornou assintomático, em bom estado geral. **DISCUSSÃO:** Apesar de um diagnóstico incomum, essas anomalias podem ser observadas em exames de imagem<sup>2</sup>. O manejo conservador de trauma renal em rim em ferradura não apresenta consenso muito bem definido<sup>5</sup>. A maioria dos casos estão associadas a outras lesões abdominais intraperitoneais<sup>4</sup>. A Urotomografia é o padrão ouro para a avaliação e acompanhamento desses pacientes, por meio da qual se fará a classificação do grau da lesão renal, presença de anomalias associadas, lesão vascular, sistema coletor e outras vísceras associado<sup>6</sup>. A classificação revisada da lesão renal foi descrita pela Associação Americana para a Cirurgia do Trauma (AAST). A tendência é o manejo expectante nos hemodinamicamente estáveis, mesmo em traumas renais de alto grau, em até 90% dos casos<sup>7</sup>.

PO 3568

**SARCOMA DE PAREDE ABDOMINAL RECONSTRUÍDO COM TELA PARCIALMENTE ABSORVÍVEL: RELATO DE CASO**

, Vivane Pontes de Souza Porto; Marina Possenti Frizzarin; Vinicius Abrantes Silvestre; Nayara Sanches Rigo; Luan Aguiar Ferretti; Barbara Batista Oliveira; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** Os tumores malignos da bainha de mielina correspondem aproximadamente 4% dos sarcomas de partes moles. Originam-se da diferenciação das células perineurais ou das células de Schwann. Os membros inferiores é a localização mais frequente e a região do tronco pode ocorrer em até 20% dos casos. Acomete os pacientes mais jovens na faixa etária entre 20 e 30 anos. No presente caso mostramos a ressecção cirúrgica do tumor maligno de bainha de mielina de parede abdominal com utilização de tela de separação de tecido parcialmente absorvível para reconstrução

**RELATO DO CASO:** Mulher 18 anos atendida com massa abdominal em flanco esquerdo, de crescimento progressivo. Ao exame: apresentava lesão nodular de partes moles em hipocôndrio esquerdo medindo 5 x 6 cm, endurecido e móvel aos planos profundos. Ressonância magnética de abdome, na qual foi visualizado nódulo sólido, heterogêneo com hipersinal em T2 e hipossinal em T1, bem delimitado, com desvio anterior do músculo oblíquo externo, medindo 3.7 x 3.9 x 3.5 cm. Biópsia guiada de parede abdominal revelou-se neoplasia de padrão fusocelular maligna, baixo grau. Submetida a ressecção de lesão de parede abdominal, com ressecção de musculo reto abdominal e parte do músculo oblíquo externo, seguido de colocação de tela parcialmente absorvível. O anatomopatológico e imuno-histoquímica confirmou diagnóstico de sarcoma de bainha neural GII, com estadiamento IIB – T2b N0 M0. A paciente foi encaminhada a radioterapia realizado radioterapia conformacional 3D dose 60 Gy.

**DISCUSSÃO:** Os tumores malignos de bainha de mielina, apresentam-se como lesões dolorosas, em geral medindo entorno de 10 cm e podem estar associados a neurofibromatose tipo 1. Acometem indivíduos mais jovens e a região do tronco é acometido em 20% dos casos. No Caso em questão a lesão infiltrava parte da musculatura abdominal anterior, contendo reto abdominal e oblíquo externo. A ressecção com margens de 1 a 2 cm foram suficientes para violar a camada do peritônio parietal. Nesta situação foi optado por reconstrução com tela de separação de tecidos parcialmente absorvível de forma segura, preservando a estética e funcional da parede abdominal.

PO 3573

**CIRURGIA ROBÓTICA TRANSORAL: RELATO DE CASO**

Juliana Garcia Silva; Tássia Campos de Lima e Silva; Priscila Florêncio Santos; Paulo José de Cavalcanti Siebra; Jorge Pinho; Fernando Cerqueira Norberto dos Santos Filho.

*HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ, RECIFE - PE - BRASIL*

**Introdução:** Considerada um novo método seguro utilizado na cirurgia de cabeça e pescoço, a Cirurgia Robótica Transoral - Transoral Robotic Surgery (TORS) é indicada para realização de cirurgia minimamente invasiva sendo possível a ressecção de tumores malignos da orofaringe e laringe supraglótica de forma precisa e margens seguras, além da possibilidade de operar com visão cirúrgica tridimensional. O trabalho objetiva relatar um caso de TORS enfatizando a importância da tecnologia desde a possibilidade terapêutica ao resultado da cirurgia. **Relato de Caso:** A.P.S, 71 anos, sexo masculino, refere ao cirurgião especialista em cabeça e pescoço incômodo na garganta há 15 dias achando que estava com refluxo. Realizou Videostroboscopia Digital Computadorizada com Fibra Ótica Rígida que evidenciou neoplasia maligna de cavidade oral volumoso invadindo loja amigdaliana direita, base da língua e metástase de linfonodo cervical direito em Nível II/V - T3N2bM0. Indicada TORS para atender à localização e agressividade do tumor que exigia a tecnologia para trazer resultado mais favorável. Foi realizado no per-operatório congelamento da peça cirúrgica para análise histopatológica que identificou Carcinoma Espinocelular e para estudo tardio aguarda resultado para a decisão do seguimento. **Discussão:** Devido a agressividade do tumor a abordagem seria por esvaziamento cervical antes da Cirurgia Robótica no mesmo tempo cirúrgico, porém devido a trâmites do seguro saúde (com duração de 30 dias) e estado avançado local da doença, foi necessário operar inicialmente a orofaringe para posteriormente realizar o esvaziamento cervical homolateral. Devido a agressividade e progressão da lesão durante o procedimento foi necessário a realização de traqueostomia temporária e colocação de sonda nasoesofágica. O caso necessitou da Robótica para ressecção do tumor localmente avançado o que não haveria acontecido sem o uso da TORS. Com isso, percebe-se a necessidade da adaptação à tecnologia para realização de cirurgias minimamente invasivas a tempo do paciente oncológico não se tornar fora de possibilidade terapêutica (FPT).

PO 3575

**TRATAMENTO NEOADJUVANTE NO GIST GÁSTRICO: RELATO DE CASO**

Michele Medeiros Demutti; Vinícius Gouvêa Rodrigues; Thiago Boechat de Abreu; Lara Batalha Santos.

*HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL*

Introdução: Gastrointestinal stromal tumors (GIST) são os tumores mesenquimais mais comuns no trato gastrointestinal. Morfológica e clinicamente são um grupo heterogêneos de tumores. Após a descoberta de mutações no proto-oncogene c-KIT, passou-se a ter uma identificação mais precisa. Dentre elas, 85% dos GIST estão associados a mutação com ganho de função nesse proto-oncogene. Em 5%, está associada a mutações análogas de ganho de função do gene que codifica o receptor  $\alpha$  do fator de crescimento derivado das plaquetas e outros 10% dos casos não contêm mutação identificada da tirosina quinase.

O tratamento de escolha para os GIST primários, localizados e ressecáveis é a cirurgia radical com margens negativas. Entretanto, aproximadamente 40 – 50% dos pacientes vão recorrer com doença metastática depois da ressecção curativa.

Recentemente tem-se discutido o uso de imatinib como estratégia neoadjuvante para tumores localmente avançados ou metastáticos. Neste trabalho relatamos um caso de emprego da terapia combinada entre imatinibe e cirurgia em um GIST localmente avançado.

Relato de caso: Paciente feminina, 47a, apresentou-se com queixa de tumoração em hipocôndrio esquerdo. À tomografia (TC), observou-se extensa lesão hipocaptante em fundo gástrico, medindo cerca de 11,6 x 15,7 cm, sem plano de clivagem com pâncreas e baço. Realizada biópsia guiada por ecoendoscopia, cujo resultado foi sugestivo de GIST.

Optou-se por tratamento neoadjuvante com imatinibe, 400mg/d, por 6 meses. Subsequentemente, realizou-se TC que evidenciou redução volumétrica da lesão (7,8x 9,9 cm) sem comprometimento de órgãos adjacentes, viabilizando a cirurgia.

Foi realizada gastrectomia em cunha videolaparoscópica sem intercorrências.

Paciente não apresentou complicações no pós-operatório, tendo alta hospitalar após 4 dias.

No momento segue em seguimento ambulatorial.

Discussão: Recentemente, a terapia neoadjuvante com imatinib mostrou-se uma boa opção, nos casos da enfermidade cuja ressecabilidade com margens livres seja duvidosa ou com elevado risco de ruptura tumoral ou sangramento intraoperatório. Outro objetivo é evitar grandes ressecções, por vezes multiviscerais e que possam elevar a morbidade, evitando-se, dessa maneira, grandes cirurgias.

Embora não existam muitos estudos sobre essa terapêutica, os resultados de 161 casos tratados dessa maneira em centros filiados à EORTC foram animadores. Em 83% dos casos, foi alcançada uma ressecção R0 e só 2 pacientes apresentaram progressão de doença durante a neoadjuvância. Foram observadas 37 recidivas, sendo somente cinco no sítio primário do tumor.

A duração do tratamento neoadjuvante varia de 4-12 meses, não sendo necessária a suspensão do medicamento muitos dias antes da cirurgia. Não existem critérios específicos para avaliar, por método de imagem, a resposta do GIST ao tratamento.

A indicação da terapia combinada deve ser uma estratégia individualizada e indicada com cautela até que tenham evidências bem estabelecidas.

PO 3576

**CECOSTOMIA NA APENDICITE COMPLICADA**

Pedro Aquino de Oliveira; Fernanda Aquino de Oliveira; Camila Ferreira Nogueira; Messias Eustáquio Faria Filho.

*UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, ITAÚNA - MG - BRASIL*

Apendicite aguda é uma das principais causas de abdômen agudo. É importante o estudo dessa doença, pois são graves as consequências do diagnóstico tardio — principal fator responsável pela complicação e morte dos doentes acometidos por esta afecção.

Paciente L.P.V, feminina, branca, 64 anos, costureira, deu entrada no Hospital São Vicente de Paula, Turmalina- MG com queixa de dor abdominal no quadrante inferior direito por 24 horas associada a constipação, anorexia, febre baixa, calafrios e mal-estar. Paciente negou comorbidades. Apresentava pressão arterial e frequência cardíaca normais e temperatura corporal de 38,4°C. Sem história pregressa relevante. Ao exame físico, Blumberg positivo, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes e flatos. No 5º dia dos sintomas apresentou piora de estado geral, desidratado, temperatura axilar 38,5°C, deambulando com dificuldades.

Em exames laboratoriais hemoglobina: 14,5 g/dL, leucócitos: 22,5 × 10<sup>3</sup>/μL, plaquetas: 254 × 10<sup>3</sup>/μL. Amilase, lipase e enzimas hepáticas normais, PCR 24, VHS 60mm/h. A radiografia de abdome sugeriu dilatação do intestino grosso em quadrante inferior direito, com acúmulo fecal na região do ceco e a USG de abdome mostrou estrutura tubular, com paredes espessadas e diâmetro transversal aumentado, alteração de ecogenicidade do tecido periapendicular. Indicada laparotomia e encontrado apêndice vermiforme destruído, com plastrão retocecal de aproximadamente 500 ml de pus associado a rede de fibrina e omento maior aderido. Feito limpeza da cavidade com soro fisiológico morno, drenagem abscesso, sutura do coto apendicular residual em bolsa, e drenagem da cavidade com dreno de penrose. Paciente evoluiu com distensão abdominal severa, prostração, náuseas e vômitos, sendo evidenciada sepse. Fez uso de clindamicina, ceftroxiona e sintomáticos. Devido a piora acentuada do quadro clínico e exame de ultrassonografia mostrando líquido na cavidade abdominal, foi optada, no sétimo dia de pós operatório, por revisão cirúrgica, encontrando volumoso abscesso abdominal e deiscência da sutura coto apendicular. Optamos por ampla limpeza da cavidade abdominal com soro fisiológico morno e aspiração da secreção purulenta. A seguir, realizada cecostomia e drenada cavidade abdominal com 2 drenos penroses, mantido boa hidratação, mesmos antibióticos e medicação sintomática. Paciente teve boa drenagem pela cecostomia e pelos drenos penrose ao iniciar dieta entérica no terceiro dia, inicialmente associada com proteína isolada soja (controlada pelo nutricionista). Paciente teve boa evolução recebendo alta hospital no 12 dia de pós operatório e fechamento da cecostomia com 60 dias de P.O.

A cecostomia com cateter tem valor terapêutico em determinadas situações clínicas. A seleção adequada do paciente, a colocação cuidadosa do tubo e o cuidado pós-operatório vigilante devem fornecer função adequada com morbidade mínima.

PO 3577

**TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE APENDICITE AGUDA PERFURADA POR CORPO ESTRANHO**

Larissa dos Reis Rodrigues de Lima<sup>1</sup>; George Ricardo Silva Braga<sup>2</sup>; Valéria Nogueira Naves<sup>3</sup>; Yasmin de Oliveira Ornellas Gouveia<sup>3</sup>; Bianca Barbosa Faria<sup>3</sup>; Franklin Pereira dos Santos<sup>4</sup>; Juhad Ezzeddine Abdul Hak<sup>4</sup>.

1. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL
2. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BRASÍLIA - ES - BRASIL
3. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL
4. HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico em todo o mundo, com uma prevalência de aproximadamente 7% na população mundial. A apendicectomia é o tratamento de escolha, pois, além de permitir o diagnóstico definitivo, também reduz significativamente o risco de complicações, tais como perfuração, sepse e óbito. O fator causal mais importante parece ser o desenvolvimento de obstrução luminal. Devido à alta prevalência dessa patologia e das possibilidades de complicações, o objetivo deste relato de caso é descrever uma complicação pouco frequente, porém muito importante devido o alto risco de morbi-mortalidade.

**RELATO DE CASO:** Paciente, L.K.B.A, feminino, 14 anos, deu entrada no serviço de pronto-atendimento com relato de dor em região de fossa ilíaca direita iniciada há 30 horas do atendimento, em cólica, de moderada intensidade associada a náuseas, poucos episódios de vômitos e hiporexia. Ao exame físico apresentava dor a palpação de fossa ilíaca direita com descompressão brusca dolorosa do local. Aos exames complementares, apresentava leucocitose de 16.000 e tomografia de abdome com contraste mostrando apêndice cecal espessado, 1.4cm, com sinais inflamatórios. Foi submetida a intervenção cirúrgica videolaparoscópica. Ao inventário da cavidade, notou-se uma perfuração em terço médio do apêndice com presença de um corpo estranho fino e alongado insinuando pelo orifício da perfuração associado a pequena quantidade de secreção purulenta livre em cavidade. Prosseguido dissecação e apendicectomia, sem intercorrências. Após, retirada de peça cirúrgica da cavidade e exploração da mesma, observado que o corpo estranho possui características semelhantes a osso de galinha que perfurou terço médio do apêndice gerando consequente reação inflamatória local. Não visualizado lesões em outros segmentos intestinais. Prosseguido com pós-operatório sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** a apendicite aguda perfurada tem apresenta maior chance de complicações pós-operatórias. No caso acima, devido a perfuração ter ocorrido por corpo estranho, deve-se ficar atento ao risco de perfuração de qualquer outra região do trato gastrointestinal, principalmente intestino delgado, com possibilidade de evolução para formação de fistulas, peritonite difusa, sepse e até mesmo óbito. Isso demonstra que o diagnóstico precoce e o tipo de intervenção são fundamentais para reduzir os riscos de complicações. O tratamento laparoscópico fornece a possibilidade de fazer uma investigação abdominal com acesso minimamente invasivo, corrigindo as possíveis complicações no intraoperatório, sem necessidade de grandes incisões, na maioria dos casos, proporcionando assim um trauma cirúrgico menor, recuperação mais rápida e menor tempo de hospitalização reduzindo ainda mais a probabilidade de surgimento de complicações pós-cirúrgicas com consequente diminuição da morbi-mortalidade, sendo um marcador útil da qualidade de assistência de saúde.

PO 3578

**RESSECÇÃO EM RAIOS DE CEC EM 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO POR CÂNCER DE PELE – RELATO DE CASO**

Christian Martin Cubas Ruiz; Everton Gustavo Costa de Oliveira; Felipe Dourado Munhoz; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de pele não melanoma é o câncer com maior incidência no mundo, entre 2 milhões a 3 milhões de novos casos por ano, de acordo com a OMS. O carcinoma de células escamosas (CEC) é resultante da proliferação maligna de queratinócitos da epiderme. Cerca de 90% dos casos, o tumor ocorre em áreas cronicamente expostas à radiação UV, como cabeça, pescoço, dorso das mãos e antebraços. O tratamento vai depender do tamanho da lesão. A amputação não é a regra, sendo utilizada apenas nos casos avançados o que levaria consigo possíveis limitações funcionais dos pacientes. No presente relato é apresentado um CEC de pele infiltrando metacarpo, necessitando de tratamento cirúrgico radical com amputação, mantendo a funcionalidade do membro e respeitando os princípios de ressecção oncológica.

**RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, fototipo IV, 79 anos, apresentava lesão verrucosa em 2º quirodáctilo esquerdo (QDE) com 10 anos de evolução. A lesão tinha 6 x 3 cm (comprimento x largura), se estendia desde a falange distal até a terço médio da falange proximal na face dorsal das mesmas. Possuía fundo necrótico e vegetante, friável, com bordas irregulares, elevadas, infiltradas e eritematosas, aderida a planos profundos, com secreção serosa fétida. Exploração axilar negativa para linfonodos. Biópsia realizada demonstrou achados compatíveis com CEC moderadamente diferenciado. Exames de estadiamento sem alterações. Exames de imagem do membro demonstravam comprometimento ósseo 2º QDE. Paciente foi encaminhado para equipe de cirurgia que realizou uma amputação em raio do 2º QDE. A análise histológica da peça cirúrgica referiu CEC moderadamente diferenciado. Invasão vascular e perineural não detectada e margens cirúrgicas livres.

**DISCUSSÃO:** O tratamento de primeira linha para o CEC é a excisão completa com controle histopatológico das margens cirúrgicas. A amputação de raios digitais da mão é uma técnica cirúrgica que pode ser considerada ao mesmo tempo radical e conservadora. No paciente em questão a amputação em raio propiciou a manutenção da pegada em pinça e resultado estético satisfatório. As principais complicações são algodistrofia e dor fantasma. A mobilização precoce complementada por fisioterapia diminui consideravelmente esses riscos.

PO 3585

**ÚLCERA DE MARJOLIN EM PAREDE TORÁCICA ANTERIOR – RELATO DE UM CASO**

Bruna Stevanato Higuchi; Everton Gustavo Costa de Oliveira; Marcelo Carvalho Coutinho; Felipe Dourado Munhoz; Bernardo Fontel Pompeu; Luis Fernando Paes Leme.

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL*

**Introdução:** Úlcera de Marjolin é uma neoplasia cutânea rara sendo sua forma mais comum o carcinoma espinocelular (CEC) em áreas de inflamação crônica na pele. Descrito por Jean Nicholas Marjolin, em 1828, relacionou o surgimento de carcinoma em cicatrizes de queimaduras. Formas agudas e crônicas, definidas como lesão com menos de 12 meses e com mais de 12 meses, respectivamente. O caso a seguir tem sua relevância pois demonstramos o desafio da abordagem cirúrgica de ressecção e reconstrução de um CEC extenso em tórax anterior com múltiplas reabordagens.

**Relato de Caso:** Homem 58 anos, notou surgimento de pápula pequena em tórax anterior região esternal, que apresentou crescimento progressivo, atingindo cerca de 20 cm de diâmetro. Relatava presença de secreção purulenta e odor fétido na lesão e referia perda de 4 kg em 4 meses. Apresentou laudo anatomopatológico de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado realizado na origem. Submetido a ressecção da lesão com controle de margens por biópsia de congelação. Laudo anatomopatológico de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado com margens laterais e profundas livres e sem comprometimento vascular e ósseo, realizado a seguir reconstrução pela equipe de Cirurgia Plástica com múltiplos retalhos: VRAM (vertical rectum abdominal miocutaneous) flap, latíssimo do dorso bilateral, tóraco-epigástrico e enxertos de pele. Foi submetido a múltiplas reabordagens cirúrgicas pela equipe de cirurgia plástica devido isquemias parciais de retalhos e infecção de sítio cirúrgico, tendo realizado reconstrução diferencial em região superior de esterno e desbridamentos. Em retorno ambulatorial após 6 meses apresentou Tomografia de tórax com imagem sugestiva de osteomielite, ao exame físico apresentava lesão puntiforme de 1cm em região superior do esterno com saída de pequena quantidade de secreção serosa, instituído tratamento empírico com antibiótico via oral.

**Discussão:** Patologia rara e de difícil diagnóstico devido ao caráter incerto de transformação maligna da doença, com longo período de latência de décadas. Seu diagnóstico muitas vezes tardio implica cirurgias maiores e de potencial mutilador. Nesse caso foi possível a realização de cirurgia preservando arcabouço ósseo, com intuito de manutenção de função e anatomia da região, porém, consistindo em abordagem desafiadora visto a complexidade do tamanho da lesão, sua localização e necessidade de múltiplas reconstruções.

PO 3586

**ÚLCERA PÉPTICA COMPLICADA: UM RELATO DE CASO**

Pedro Aquino de Oliveira; Fernanda Aquino de Oliveira; Messias Eustáquio Faria Filho; Camila Ferreira Nogueira.

*UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, ITAÚNA - MG - BRASIL*

A úlcera péptica ocorre devido a lesão erosiva da mucosa gastroduodenal, que expõe os tecidos subjacentes. Essa patologia é tradicionalmente relacionada a um ambiente ácido hipersecretor, fatores dietéticos e estresse. No entanto, com o uso excessivo de AINEs e o aumento do consumo abusivo de álcool e fumo, houve uma mudança epidemiológica dessa doença.

Paciente A.L.B, masculino, 42 anos, apresentando artrite reumatoide e gastrite crônica. Em uso de omeprazol e meloxicam diários e ocasionalmente corticóide de depósito. Foi admitida no Hospital São Vicente de Paula, Turmalina – MG com quadro de dor em região epigástrica recorrente há 12 meses que tornou-se contínua nos últimos 4 dias, de forte intensidade, incapacitante e sem resposta a analgesia comum, associada a náuseas e inapetência e sudorese fria. Não tinha relato de hematêmese ou melena. Paciente negou tabagismo e etilismo. Na admissão, apresentava pressão arterial 110/70 mmHg, frequência de pulso 85 batimentos por minuto e temperatura axilar de 37,1°C. O exame abdominal revelou sensibilidade generalizada. A radiografia de tórax evidenciou pneumoperitônio bilateral. Nos exames laboratoriais, havia hemoconcentração (hemoglobina 19g/dl, hematócrito 54%), leucocitose de 12250/ml, PCR 12. O paciente foi internado de urgência e indicada laparotomia exploradora. Durante a cirurgia, foi identificada uma úlcera na junção gastroduodenal, além disso foi encontrado extravasamento de conteúdo gástrico na cavidade peritoneal. Foi realizada rafia de úlcera, limpeza da cavidade com soro fisiológico morno, drenagem da cavidade com dreno penrose e colocação de sonda nasogástrica. Evoluiu bem até quinto dia de pós operatório, quando intercorreu com dor abdominal e aumento da drenagem pelo dreno penrose. Introduzido o medicamento azul de metileno pela sonda nasogástrica, observamos sua eliminação no dreno de penrose. Com isso confirmamos deiscência da rafia da úlcera e indicamos nova laparotomia. Realizada nova rafia da úlcera e optada pela realização de nova sutura associada com o omento maior anexado na perfuração e suturado na mesma. Feito uma gastrostomia com sonda de foley direcionando o balão para a primeira porção duodenal. Paciente foi encaminhado para o leito e teve uma boa evolução no pós-operatório. A alta hospitalar ocorreu no 7º dia de pós-operatório.

A úlcera péptica ainda é frequente na população e seu padrão de incidência está evoluindo com o aumento de novos fatores de risco, como o uso excessivo de AINEs, o aumento do abuso de álcool e fumo e o consumo intenso de alimentos industrializados. Apesar da perspectiva de melhora nas terapias preventivas, a taxa de complicações dessa doença ainda é alta e onerada por alta morbidade e mortalidade. O reconhecimento imediato e o tratamento das complicações levam invariavelmente a um melhor resultado, especialmente em pacientes idosos e frágeis.

PO 3588

**ABORDAGENS DISTINTAS NO ILEOBILIAR INTERFERINDO NAS EVOLUÇÕES: RELATO DE CASO**

Ana Paula Gonçalves Faria; Isabella Reis Santiago; Edson Antonacci Jr.; Mariane de Melo Silveira; Bruna Aparecida Nunes Marra; Laura de Castro Simão; Fernando Soares Guimarães; Marcelo José de Sousa.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL*

**Introdução:** Complicação pouco frequente da colelitíase, o íleo biliar é caracterizado pela obstrução do trato gastrointestinal por cálculo biliar, sendo mais comum a obstrução ao nível do intestino delgado. O tratamento é cirúrgico, visando desobstruir o lúmen intestinal, porém, não há uma uniformidade quanto ao tipo de cirurgia, que pode ser em um ou dois tempos. A decisão cirúrgica depende de fatores como gravidade da obstrução, idade do paciente, achados locais, zona hepatobiliar e comorbidades associadas.

**Relatos de Caso:** D.S.R.A, mulher, 75 anos, admitida no Hospital Regional Antônio Dias, Patos de Minas/MG, apresentando dor abdominal, vômito há cerca de 3 dias e constipação. Apresentava-se torporosa, desidratada e taquidispneica. Ausculta cardíaca com bulhas hipofônicas, sem sopros, FC = 110bpm; ausculta respiratória com crepitações difusas, FR = 40irpm. Abdome distendido e flácido. Foi internada devido a abdome agudo obstrutivo. Tomografia computadorizada do abdome com fistulização colecistoduodenal, vesícula inflamada a montante. Notava-se distensão de delgado e concreção localizada em fossa ilíaca direita, com níveis hidroaéreos. Foi indicada laparotomia exploradora, sendo retirado um corpo estranho em jejuno, de 3,5cm, abordando-se com enterolitotomia, colecistectomia e rafia de fístula colecistoduodenal. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e evoluiu para estado comatoso. Apresentou episódios diarreicos, melena e evisceração, sendo necessária 2 abordagens e programação de peritoniotomia. M.L.C.G., mulher, 74 anos, admitida no Hospital Regional Antônio Dias, Patos de Minas/MG, com 4 dias de dor abdominal difusa progressiva, associada a vômitos fecaloides e parada da eliminação de flatos e fezes. Deambulando, com fasciealgica, desidratada, dor abdominal difusa com leve distensão, defesa voluntária e dor à palpação profunda. Em Tomografia Computadorizada, observou-se fistulização da vesícula biliar ao duodeno, notando-se concreção densa de 32x22mm, impactada na transição jejunoileal, determinando suboclusão intestinal a montante, associado a níveis hidroaéreos e distensão de alças. Foi realizada somente enterolitotomia, retirando-se um cálculo de 4,5cm. Permaneceu por 5 dias na enfermaria, posteriormente, recebeu alta hospitalar.

**Discussão:** O diagnóstico de íleo-biliar geralmente é feito de forma tardia, após a obstrução luminal, manifestando-se como abdome agudo obstrutivo. É guiado pela Tríade de Rigler exames de imagens. O tratamento cirúrgico é a opção resolutive, porém, controverso. A enterolitotomia apresenta mortalidade de 11% comparado a 16,9% de mortalidade quando associado à combinação de colecistectomia e abordagem da fístula intra-operatório. Nos dois casos apresentados, observa-se que as diferentes condutas interferiram diretamente na evolução das pacientes. Dessa forma, pode-se concluir que a abordagem da fístula deve ser avaliada com critérios específicos.

PO 3589

**NEUROFIBROMA PLEXIFORME EM REGIÃO GLÚTEA ESQUERDA: UM RELATO DE CASO**

Felipe Oliveira Barbosa<sup>1</sup>; Francisco Heitor de Araújo Dantas Teixeira<sup>2</sup>; Clara de Araújo Dantas Teixeira<sup>3</sup>.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - RN - BRASIL
2. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma desordem genética provocada por mutações no gene NF1 (17q11.2), responsável pela produção da proteína neurofibromina. Suas manifestações clínicas incluem manchas "café-com-leite" (manchas hiperocrômicas inguinais e/ou axilares), nódulos de Lisch (formações de aspecto pigmentar circular na íris), displasia óssea, glioma das vias ópticas, podendo, com isso associar-se a patologias benignas e malignas. Este trabalho visa relatar a evolução pré/intra e pós-operatória de um paciente portador de NF1 com extenso neurofibroma plexiforme em região glútea esquerda acompanhado e submetido a procedimento cirúrgico no Serviço de Residência Médica de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC/UFCG).

**RELATO DE CASO:** Identificação: J. A. F. A, masculino, 39 anos, agricultor, deu entrada no HUAC com diagnóstico de neurofibroma em região glútea esquerda, para a realização de exérese do tumor. O paciente referia quadro álgico em glúteo esquerda que irradiava para região testicular ipsilateral há 9 meses. Apresentava manchas café-com-leite em tronco e membros e neurofibromas cutâneos em região de tronco. Na internação referiu dor na região supracitada e insônia. No 4º DIH foi realizada a cirurgia. Através de incisão a Gibson e acesso a plano extraperitoneal, com achados cirúrgicos tumoração (neurofibroma plexiforme) que projetava-se para pelve através de forame obturado, medindo 20cm, e, em plano subaponeurótico, massa tumoral ovalada intimamente relacionada ao ligamento inguinal, sendo realizada, também, sua incisão. Em segundo tempo, realizou-se incisão glútea em Z até os planos profundos da região glútea na qual foi encontrada intrínseca correlação da tumoração com o nervo isquiático, sendo realizada a ressecção do nervo nesta topografia e sua ligadura, removendo em bloco: as porções afetadas dos glúteos máximo, médio, mínimo e nervo isquiático. Após a cirurgia, o paciente foi encaminhado para a UTI do HUAC. Enquanto esteve na UTI não houve instabilidade hemodinâmica ou alterações laboratoriais e de sinais vitais.

**DISCUSSÃO:** O caso relatado é típico da apresentação clínica da NF1. O paciente apresentava em tronco, membros inferiores e superiores as manchas café-com-leite (achados concordante da literatura). No tocante aos neurofibromas cutâneos, os quais a literatura mostra, acerca de seu aspecto, que podem ser macios, depressíveis, sésseis ou pediculados, indolores à palpação. Tendem a crescer e aumentar em número. São benignos e não carregam em si o risco de malignidade. Achado este completamente condizente com o do paciente em questão que apresentava tais lesões. Neurofibromas plexiformes podem ter localização superficial ou profunda. Os profundos tendem a aparecer em nervos de grande calibre e podem crescer como uma massa acometendo grupamentos de nervos.

PO 3590

**ABORDAGENS DISTINTAS NO ILEOBILIAR INTERFERINDO NAS EVOLUÇÕES: RELATO DE CASO**

Ana Paula Gonçalves Faria; Isabella Reis Santiago; Edson Antonacci Jr.; Mariane de Melo Silveira; Bruna Aparecida Nunes Marra; Laura de Castro Simão; Fernando Soares Guimarães; Marcelo José de Sousa.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL*

**Introdução:** Complicação pouco frequente da colelitíase, o íleo biliar é caracterizado pela obstrução do trato gastrointestinal por cálculo biliar, sendo mais comum a obstrução ao nível do intestino delgado. O tratamento é cirúrgico, visando desobstruir o lúmen intestinal, porém, não há uma uniformidade quanto ao tipo de cirurgia, que pode ser em um ou dois tempos. A decisão cirúrgica depende de fatores como gravidade da obstrução, idade do paciente, achados locais, zona hepatobiliar e comorbidades associadas. **Relatos de Caso:** D.S.R.A, mulher, 75 anos, admitida no Hospital Regional Antônio Dias, Patos de Minas/MG, apresentando dor abdominal, vômito há cerca de 3 dias e constipação. Apresentava-se torporosa, desidratada e taquidispnéica. Ausculta cardíaca com bulhas hipofonéticas, sem sopros, FC = 110bpm; ausculta respiratória com crepitações difusas, FR = 40irpm. Abdome distendido e flácido. Foi internada devido a abdome agudo obstrutivo. Tomografia computadorizada do abdome com fistulização colecistoduodenal, vesícula inflamada a montante. Notava-se distensão de delgado e concreção localizada em fossa ilíaca direita, com níveis hidroaéreos. Foi indicada laparotomia exploradora, sendo retirado um corpo estranho em jejuno, de 3,5cm, abordando-se com enterolitotomia, colecistectomia e rafia de fístula colecistoduodenal. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e evoluiu para estado comatoso. Apresentou episódios diarreicos, melena e evisceração, sendo necessária 2 abordagens e programação de peritoniotomia. M.L.C.G., mulher, 74 anos, admitida no Hospital Regional Antônio Dias, Patos de Minas/MG, com 4 dias de dor abdominal difusa progressiva, associada a vômitos fecaloides e parada da eliminação de flatos e fezes. Deambulando, com fáscealgica, desidratada, dor abdominal difusa com leve distensão, defesa voluntária e dor à palpação profunda. Em Tomografia Computadorizada, observou-se fistulização da vesícula biliar ao duodeno, notando-se concreção densa de 32x22mm, impactada na transição jejunoileal, determinando suboclusão intestinal a montante, associado a níveis hidroaéreos e distensão de alças. Foi realizada somente enterolitotomia, retirando-se um cálculo de 4,5cm. Permaneceu por 5 dias na enfermaria, posteriormente, recebeu alta hospitalar. **Discussão:** O diagnóstico de íleo-biliar geralmente é feito de forma tardia, após a obstrução luminal, manifestando-se como abdome agudo obstrutivo. É guiado pela Tríade de Rigler exames de imagens. O tratamento cirúrgico é a opção resolutive, porém, controverso. A enterolitotomia apresenta mortalidade de 11% comparado a 16,9% de mortalidade quando associado à combinação de colecistectomia e abordagem da fístula intra-operatório. Nos dois casos apresentados, observa-se que as diferentes condutas interferiram diretamente na evolução das pacientes. Dessa forma, pode-se concluir que a abordagem da fístula deve ser avaliada com critérios específicos.

PO 3591

**ABORDAGENS DISTINTAS NO ILEOBILIAR INTERFERINDO NAS EVOLUÇÕES: RELATO DE CASO**

Ana Paula Gonçalves Faria; Isabella Reis Santiago; Edson Antonacci Jr.; Mariane de Melo Silveira; Bruna Aparecida Nunes Marra; Laura de Castro Simão; Fernando Soares Guimarães; Marcelo José de Sousa.

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL*

**Introdução:** Complicação pouco frequente da colelitíase, o íleo biliar é caracterizado pela obstrução do trato gastrointestinal por cálculo biliar, sendo mais comum a obstrução ao nível do intestino delgado. O tratamento é cirúrgico, visando desobstruir o lúmen intestinal, porém, não há uma uniformidade quanto ao tipo de cirurgia, que pode ser em um ou dois tempos. A decisão cirúrgica depende de fatores como gravidade da obstrução, idade do paciente, achados locais, zona hepatobiliar e comorbidades associadas. **Relatos de Caso:** D.S.R.A, mulher, 75 anos, admitida no Hospital Regional Antônio Dias, Patos de Minas/MG, apresentando dor abdominal, vômito há cerca de 3 dias e constipação. Apresentava-se torporosa, desidratada e taquidispnéica. Ausculta cardíaca com bulhas hipofonéticas, sem sopros, FC = 110bpm; ausculta respiratória com crepitações difusas, FR = 40irpm. Abdome distendido e flácido. Foi internada devido a abdome agudo obstrutivo. Tomografia computadorizada do abdome com fistulização colecistoduodenal, vesícula inflamada a montante. Notava-se distensão de delgado e concreção localizada em fossa ilíaca direita, com níveis hidroaéreos. Foi indicada laparotomia exploradora, sendo retirado um corpo estranho em jejuno, de 3,5cm, abordando-se com enterolitotomia, colecistectomia e rafia de fístula colecistoduodenal. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e evoluiu para estado comatoso. Apresentou episódios diarreicos, melena e evisceração, sendo necessária 2 abordagens e programação de peritoniotomia. M.L.C.G., mulher, 74 anos, admitida no Hospital Regional Antônio Dias, Patos de Minas/MG, com 4 dias de dor abdominal difusa progressiva, associada a vômitos fecaloides e parada da eliminação de flatos e fezes. Deambulando, com fáscealgica, desidratada, dor abdominal difusa com leve distensão, defesa voluntária e dor à palpação profunda. Em Tomografia Computadorizada, observou-se fistulização da vesícula biliar ao duodeno, notando-se concreção densa de 32x22mm, impactada na transição jejunoileal, determinando suboclusão intestinal a montante, associado a níveis hidroaéreos e distensão de alças. Foi realizada somente enterolitotomia, retirando-se um cálculo de 4,5cm. Permaneceu por 5 dias na enfermaria, posteriormente, recebeu alta hospitalar. **Discussão:** O diagnóstico de íleo-biliar geralmente é feito de forma tardia, após a obstrução luminal, manifestando-se como abdome agudo obstrutivo. É guiado pela Tríade de Rigler exames de imagens. O tratamento cirúrgico é a opção resolutive, porém, controverso. A enterolitotomia apresenta mortalidade de 11% comparado a 16,9% de mortalidade quando associado à combinação de colecistectomia e abordagem da fístula intra-operatório. Nos dois casos apresentados, observa-se que as diferentes condutas interferiram diretamente na evolução das pacientes. Dessa forma, pode-se concluir que a abordagem da fístula deve ser avaliada com critérios específicos.

PO 3592

**HDA POR FÍSTULA BILIO-DUODENAL. RELATO DE CASO.**

Naja Nabut<sup>1</sup>; Emanuele Caroline da Silva<sup>2</sup>; Guilherme Marques Freitas<sup>2</sup>; Fernanda Lopes da Silva<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA / PUC - LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL
2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A fístula entero-biliar, uma patologia pouco frequente, é uma das complicações da colecistite. Ocorre em aproximadamente 4% dos pacientes com colelitíase. A complicação mais comum das fístulas entero-vesiculares é o íleo biliar. A manifestação hemorrágica não é uma condição frequentemente observada, porém tem uma importância clínica, pois pode oferecer grande risco à vida do paciente.

**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 62 anos, sem comorbidades prévias, deu entrada no Hospital Evangélico de Londrina, via SAMU, por um quadro de hemorragia digestiva alta (HDA). O mesmo queixou de dor epigástrica de forte intensidade, de início súbito, que evoluiu com episódios de hematêmese em grande quantidade.

Na admissão, o paciente apresentava-se em bom estado geral, hemodinamicamente estável, com abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal.

Os exames complementares evidenciavam: Hb: 13,65 g/dl; Ht: 40,19%; Leucócitos: 11.890 cel/mm<sup>3</sup> sem desvio; Eletrólitos e função renal sem alterações.

Foi submetido a endoscopia diagnóstica alta, que evidenciou úlcera duodenal em parede anterior, com impressão de pertuito fistuloso na base (perfurada) com sinais de sangramento.

Indicada laparotomia exploradora, identificou-se colecistite escleratrófica bloqueada com a primeira porção do duodeno, com perfuração. Foi realizada colecistectomia e fechamento do duodeno à Mickulicks após reavivamento dos bordos. Durante o procedimento, houve lesão inadvertida na inserção do ducto cístico com o colédoco, sendo então corrigido com colocação de dreno de Kehr. O paciente teve uma boa evolução obtendo alta no 6º P.O. O exame anatomo-patológico evidenciou colecistite crônica ulcerada, em surto agudo e processo inflamatório transmural em segmento de piloro, não identificando sinais de malignidade.

**DISCUSSÃO:** Courvosier, no ano de 1890, foi o primeiro a descrever a perfuração da vesícula biliar decorrente da inflamação do órgão. O processo inflamatório crônico decorrente da colecistite pode provocar a aderência e retração do duodeno e a pressão contínua dos cálculos na parede da vesícula biliar pode ocasionar necrose e consequente fistulização entre os 2 órgãos. A comunicação pode ocasionar a migração dos cálculos da vesícula para o trato intestinal que pode levar à obstrução do delgado principalmente na válvula íleo-cecal. A ocorrência de sangramento neste tipo de fístula não é frequente, porém é de extrema importância clínica pois pode por a vida do paciente em risco.

PO 3603

**EMPALAMENTO POR CORPO ESTRANHO RETAL E ACHADO CIRÚRGICO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO**

João Felipe Federici de Almeida<sup>1</sup>; Thiago de Assis Sartori<sup>1</sup>; Nathalia Leite Oliveira Zeitoun<sup>1</sup>; Cristiane Silva Santos<sup>2</sup>; Leonam Torres Maciel<sup>2</sup>; Sarah Araújo Moreira<sup>2</sup>; Lucas Machado Vieira<sup>2</sup>; Vitória Mayumi Takagi<sup>2</sup>.

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, CUIABA - MT - BRASIL
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO, CUIABA - MT - BRASIL

**Introdução.** O empalamento por corpo estranho retal é urgência com manejo desafiador, vide a falta de tratamento padronizado por variação dos fatores que envolvem esse trauma. Normalmente, este tipo acidente é resolvido pela retirada manual do objeto ou por cirurgia, sendo que a laparotomia exploradora pode ser indicada. Durante resolução cirúrgica, alguns achados podem ser constatados, como é o caso do Divertículo de Meckel (DM). O DM é um vestígio embrionário que culmina em prolongamento de uma alça intestinal, com presença de mucosa gástrica. Essa malformação tem baixa incidência e pode ser um achado acidental em cirurgias por sua característica assintomática. Este relato discorre acerca do caso de um paciente empalado por corpo estranho retal com achado acidental de um DM. **Relato.** Paciente masculino, 48 anos, trazido ao serviço com queixa de dor abdominal em baixo ventre e região anal devido a introdução retal de objeto cônico de plástico (pé de cama) há um dia. Ao exame físico, bom estado geral (BEG), taquicárdico e eupneico, pressão arterial de 130x85 mmHg; Abdome plano, flácido e doloroso a palpação em baixo ventre, sem sinais de peritonite. À anuscopia, observou-se objeto cônico de plástico, introduzido cerca de 8cm em região anal com impossibilidade de tração pela resposta de dor intensa e resistência local. A palpação digital revelou extremidade distal pontiaguda na parede do reto. Diante da hipótese diagnóstica de perfuração da parede do cólon, foi realizada analgesia e solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome superior e inferior, que apontou necessidade de abordagem cirúrgica. Procedeu-se a realização de laparotomia exploradora, constatando a perfuração de cólon sigmoide e intussuscepção intestinal para o interior do objeto, com achado de um divertículo distante 50cm da válvula ileocecal. Realizou-se secção de cólon descendente e em reto superior, com retirada de corpo estranho, colostomia em alça de proteção (proposta de fechamento em abordagem posterior) em cólon descendente e ressecção de provável DM com anastomose término terminal manual. No pós operatório, paciente apresentou boa evolução, com colostomia protetora, sem demais queixas e recebeu alta hospitalar após 3 dias. **Discussão.** A impossibilidade de remoção manual do corpo estranho empalado por via retal e a necessidade de exploração cirúrgica, para evitar lesões extensas e envolvimento multiorgânico, demonstram a complexidade e o caráter desafiador do caso descrito. Além disso, o divertículo encontrado durante a cirurgia exploradora possuía características coincidentes com os dados da literatura consultada para DM, vide sua posição anatômica e assintomatologia. Diante da difícil predição de casos similares e considerando as possíveis complicações, é essencial que a avaliação cirúrgica seja precoce e precisa. No caso apresentado, a definição e execução da conduta mais adequada ao paciente culminou com pós operatório sem intercorrências e alta hospitalar em 3 dias.

PO 3612

**ABCESSO HEPÁTICO: O PAPEL DO TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO EM PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS**

Marcus Vinicius Boaretto Cezillo; Daniele Pereira Branquinho; Ana Penha Scaramussa Ofranti; Larissa Cupertino de Castro de Lima Oliveira; Giuliana Ayumi Kajiwara; Rafaela Gouveia Lauriano; Thaís Conte Dias Bencini Andrighetti; Hugo Gregoris de Lima.

*HOSPITAL MUNICIPAL ANTÔNIO GIGLIO, OSASCO - SP - BRASIL*

**Introdução:** A difusão de tratamentos oncológicos e grande incidência de doenças crônicas resultaram em um aumento da ocorrência de infecções oportunistas no hospedeiro imunocomprometido. Os sintomas clínicos são frequentemente inespecíficos e o diagnóstico definitivo pode ser difícil de se estabelecer. A base do tratamento de abscessos hepáticos tem sido minimamente invasiva, com a drenagem percutânea na maioria dos casos ou a laparoscopia, deixando reservada a cirurgia convencional para casos selecionados. A drenagem laparoscópica de abscessos hepáticos pode ser uma alternativa em serviços sem recurso de ultrassom 24h, ou complementar ao ultrassom, oferecendo a vantagem da visualização direta, diagnóstico diferencial e desbridamento associado a drenagem.

**Relato de caso:** Paciente diabético, 62 anos, referindo dor abdominal ocasional de início há 4 dias, associada a confusão no período. Ao exame físico, ausência de dor abdominal, taquicárdico e sem outras alterações. Exames laboratoriais com acentuada leucocitose e PCR elevado. Tomografia evidenciando imagem cística única, com conteúdo heterogêneo e nível hidroaéreo, comprometendo segmentos V, VI, VII e VIII. Optado por drenagem via laparoscópica, com saída de 600ml de líquido de aspecto purulento, desbridamento de tecido hepático desvitalizado e colecistectomia associada. Paciente evoluiu bem, tendo alta no 4º dia pós operatório.

**Discussão:** Em pacientes imunossuprimidos o melhor tratamento está relacionado ao menor trauma cirúrgico e metabólico. A laparoscopia permite visualizar possíveis causas associadas (vesícula biliar, tumor, infecções abdominais), além de drenar e retirar tecidos desvitalizados, que prolongam a fase inflamatória e podem manter focos de infecção. A avaliação do benefício de cada procedimento deve ser avaliada, propondo o tratamento mais adequado a cada condição clínica, abrindo possibilidade a associação de procedimento (laparoscopia exclusiva ou assistida) como tratamento definitivo ou complementar dessa patologia em pacientes imunocomprometidos.

PO 3617

**RUPTURA ESPLÊNICA ESPONTÂNEA EM PACIENTE DIALÍTICA - COMPLICAÇÃO RARA - RELATO DE CASO**

Rodrigo Faria Cardoso<sup>1</sup>; Rafael Guedes Andrade<sup>1</sup>; Camyla Alexandra Andrade e Silva<sup>1</sup>; Simone Vargas Bento<sup>1</sup>; Bernardo Decina Arantes<sup>1</sup>; Gleice Caroline Linhares Cardoso<sup>2</sup>.

1. SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
2. UNIBH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Paciente sexo feminino de 65 anos, portadora de DRC IV em dialise há 10 anos (rim esquerdo policístico e nefrectomia total direita previa), hipotireoidismo, trombofilia (CIVD crônica por estudo genético com heterozigose para polimorfismo do PAI), ICC (miocardite viral), bicitopenia. Admitida devido quadro de síncope após episódio de dor abdominal intensa em faixa em andar superior abdominal, náuseas e vômitos. Ao exame físico apenas dor abdominal. Revisão laboratorial com enzimas pancreáticas levadas e USG de abdome total apresentando rim único (esquerdo) policístico, cistos hepáticos e sem outros achados. Encaminhada ao CTI estável hemodinamicamente para controle de descompensação de doença renal. Realizada terapia dialítica por fístula arterio venosa em caráter de urgência. Após 25 dias da admissão nova interconsulta com quadro de nova queda hamatimétrica e febre, repetiu exame de imagem com sinais sugestivos de coleção infectada. Submetida a esplenectomia por videolaparoscopia com necessidade de conversão para via laparotômica para controle vascular. Permanece internada aos cuidados da equipe de nefrologia. No 47º DPO de esplenectomia total evolui com choque séptico sugestivo de foco pulmonar evoluindo para óbito.

**DISCUSSÃO:** Os fatores de risco associados à ruptura esplênica espontânea estão presentes em pacientes urêmicos dialíticos como o uso de anticoagulante (heparina) durante a hemodiálise, coagulopatia urêmica entre outros. Portanto, ruptura esplênica espontânea pode ser mais frequente em pacientes urêmicos hemodialisados. Nem todos os casos de ruptura esplênica espontânea requerem esplenectomia. O tratamento conservador acompanhado de ultrassonografia pode ser realizado em pacientes que estão hemodinamicamente estáveis e não apresentam sinais de ruptura iminente. O risco de infecção pós-esplenectomia varia com a idade e há um risco considerável de sepse grave após esplenectomia com alta taxa de mortalidade na infância. Em nosso paciente, a esplenectomia de urgência foi realizada devido aos sinais de infecção do hematoma e piora do perfil hematimétrico. Ela não recebeu vacina profilática. Em conclusão, sugerimos que a heparina utilizada na hemodiálise e coagulopatia in vivo em pacientes urêmicos podem ser importantes fatores de risco relacionados à ruptura do baço e hematomas subcapsulares. Este caso também indica uma variedade de características únicas de ruptura esplênica espontânea que devem ser mantidas em mente ao avaliar pacientes em hemodiálise que apresentam dor abdominal e choque hipovolêmico inexplicável.

PO 3618

**FISTULA GASTRO-GÁSTRICA EM PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE GASTROPLASTIA REDUTORA EM Y DE ROUX: RELATO DE CASO.**

Marcelo Gomes Girundi<sup>1</sup>; Rodrigo Faria Cardoso<sup>1</sup>; Bernardo Decina Arantes<sup>1</sup>; Thiago Leonardo Ramos<sup>1</sup>; Camyla Alexandra Andrade e Silva<sup>2</sup>; Gleice Caroline Linhares Cardoso<sup>3</sup>; Rayssa Correa Malachias<sup>1</sup>; Patricia Cardoso Schiaveto<sup>1</sup>.

1. COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
2. SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL
3. UNIBH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Objetivo: Relato de caso de paciente com diagnóstico de fístula gastro-gástrica (FGG), evidenciada 02 anos após gastroplastia redutora com bypass gástrico. Métodos: Levantamento de dados em prontuário eletrônico de instituições que assistiram a paciente A.C.F.F. de 43 anos, sexo feminino, submetida à Gastroplastia Redutora Videolaparoscópica com Bypass Gástrico, devido obesidade refratária ao tratamento clínico e comorbidades associadas. Apresentou procedimento cirúrgico e pós operatório imediato favoráveis. Manteve acompanhamento multidisciplinar satisfatório durante pós operatório tardio. Paciente iniciou quadro de reganho de peso após período de dois anos da gastroplastia, sem outros sinais e sintomas associados. Optado por otimizar medidas clínicas sem sucesso e assim iniciada propedêutica ambulatorial com ultrassom de abdome total e revisão laboratorial, que se mostraram sem alterações significativas. Complementado propedêutica com endoscopia digestiva alta, que evidenciou fístula gastro-gástrica. Definido por intervenção cirúrgica via laparoscópica. Durante procedimento observou-se pouch gástrico aumentado com a presença da fístula gastro-gástrica. Realizado grampeamento no local de junção / fístula gastro-gástrica com confecção de novo pouch gástrico e reforço da linha de grampeamento com sutura contínua. Realizada também gastrectomia do estômago excluído pós pilórico. Novo procedimento cirúrgico e pós operatório imediato sem complicações. Resultado: Paciente apresentou evolução favorável em pós operatório sendo acompanhada ambulatorialmente e até o momento sem intercorrências. Conclusão: A fístula gastro-gástrica é uma possível complicação da gastroplastia redutora com by-pass gástrico. Desde 2010, a incidência passou a variar entre 0% até 1,18% e apresenta-se em declínio, mas não pode ser esquecida como diagnóstico diferencial. O diagnóstico geralmente é difícil pois requer alto índice de suspeição, principalmente devido à ausência de sintomas e sinais patognomônicos. Vários sistemas de classificação anatômica da FGG foram propostos na literatura e são baseados principalmente na distância entre a fístula e a anastomose gastro-jejunostomia. Até o momento, a cirurgia continua sendo o tratamento de escolha com caráter definitivo para FGG. As técnicas cirúrgicas são variáveis e não há consenso sobre a escolha cirúrgica ideal, estando a escolha atrelada à experiência prática de cada equipe e necessidade de cada caso.