



C O N G R E S S O D O
COLÉGIO BRASILEIRO DE
C I R U R G I Õ E S

SETOR IV | MINAS, BAHIA e ESPÍRITO SANTO

ANAIS

03 a 05 de dezembro de 2020



8º Congresso do Setor IV do CBC

Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões: TCBC Luiz Carlos Von Bahten - PR

Presidente do Congresso: TCBC Lívio José Suretti Pires - MG | Mestre Capítulo Minas Gerais

Presidente da Comissão Científica: TCBC Tereza Cristina Bernardo Fernandes - MG | Vice-Mestre Capítulo Minas Gerais

Comissão Organizadora:

TCBC Reni Cecília Lopes Moreira | Vice-Presidente Setor IV

TCBC Lívio Suretti Pires | Mestre Capítulo Minas Gerais e Presidente do Congresso

TCBC Tereza Cristina Bernardo Fernandes | Vice-Mestre Capítulo Minas Gerais e Presidente da Comissão Científica

TCBC Sizenando Vieira Starling | 1º Secretário Capítulo Minas Gerais

TCBC Romulo Andrade Souki | 2º Secretário Capítulo Minas Gerais

TCBC Marcelo Gomes Girundi | 1º Tesoureiro Capítulo Minas Gerais

TCBC Rafael Rabello Lista Mira | 2º Tesoureiro Capítulo Minas Gerais

TCBC Luiz Vianna De Oliveira | Mestre Capítulo Bahia

TCBC Marcus de Almeida Correia Lima | Vice-mestre Capítulo Bahia

TCBC José Tarcísio Barreto Zolico | Mestre Capítulo Espírito Santo

TCBC Carlos Renato Castro Renon | Vice-mestre Capítulo Espírito Santo



Sumário

Temas Livres Orais:

1. ADAPTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENSINO DA MONITORIA DE TÉCNICA OPERATÓRIA E CIRURGIA EXPERIMENTAL II DA ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19
2. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL E VIDEOLAPAROSCÓPICA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS
3. COMPARAÇÃO ENTRE INTERNAÇÃO E ÓBITOS POR HÉRNIA INGUINAL ENTRE 2010-2020 NA PARAÍBA
4. EPIDEMIOLOGIA DOS PACIENTES PORTADORES DE ESTOMIAS URINÁRIAS NA REGIÃO DE JUIZ DE FORA - MG
5. MANUTENÇÃO TEMPORÁRIA DO FLUXO ARTERIAL EM CIRURGIAS DE CARÓTIDA COM DISPOSITIVO DE SHUNT ALTERNATIVO
6. MODELO ALTERNATIVO DE TREINAMENTO DE MICROCIRURGIA EM ARTÉRIA FACIAL DE SUÍNOS
7. MODELO ALTERNATIVO PARA TREINAMENTO DE TÉCNICAS DE SUTURAS MICROSCÓPICAS
8. MODELO DE PINÇAS E CAIXA PRETA DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO DE HABILIDADES LAPAROSCÓPICAS DURANTE A GRADUAÇÃO
9. MODELO EXPERIMENTAL ALTERNATIVO COM LUVAS DE LÁTEX PARA TREINAMENTO DE ANASTOMOSES INTESTINAIS MANUAIS
10. O USO DO VIDEOGAME COMO FERRAMENTA PARA MELHORAR A PERFORMANCE EM CIRURGIA POR VÍDEO
11. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES JOVENS COM ESTOMIAS INTESTINAIS EM JUIZ DE FORA - MG E REGIÃO.
12. TRANSPLANTE SIMULTÂNEO PÂNCREAS-RIM NO BRASIL: ANÁLISE DO QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Pôster:

1. A CONTRIBUIÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA PARA O REPARO E MANEJO DE COMPLICAÇÕES NA GANGRENA DE FOURNIER: UM RELATO DE CASO
2. A INFLUÊNCIA DO TABAGISMO NO DESENVOLVIMENTO DE HÉRNIA DE PAREDE ABDOMINAL
3. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A ENTERITERITE LÚPICA – RELATO DE CASO
4. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO
5. ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DO ROTINA NA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL SÃO LUCAS - BH
6. ACHADO INCIDENTAL DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE: RELATO DE CASO
7. ACTINOMICOSE SIMULANDO TUMORES DE PELE E SUBCUTÂNEO: UM RELATO DE CASO
8. ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA DEVIDO A ADENOMA DE ADRENAL CAUSADOR DE SÍNDROME DE CUSHING: UM RELATO DE CASO.
9. ANÁLISE DAS DIFERENÇAS DE ABORDAGEM ENTRE AS TÉCNICAS CIRÚRGICAS INTRAUTERINAS E PÓS NATAIS EM CASOS DE MIELOMENINGOCELE.
10. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PROCEDIMENTOS DE APENDICECTOMIA CONVENCIONAL X LAPAROSCÓPICA, NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO, NA REGIÃO SUDESTE EM 10 ANOS.
11. APENDAGITE EPIPLÓICA: RELATO DE CASO
12. APENDAGITE MEDIASTINAL: UM RELATO DE CASO
13. APENDICITE AGUDA COM APRESENTAÇÃO À ESQUERDA ASSOCIADA A MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA
14. APENDICITE RECORRENTE DIAGNOSTICADA POR COLONOSCOPIA: RELATO DE CASO
15. APRESENTAÇÃO E MANEJO CIRÚRGICO DOS TUMORES DE TRAQUEIA PRIMÁRIOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
16. ASPECTOS TÉCNICOS DA GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA - SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS
17. AVALIAÇÃO DA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA INGUINAL PELA TÉCNICA DE LICHENSTEIN: ESTUDO RETROSPECTIVO DE CINCO ANOS NO HOSPITAL SÃO LUCAS
18. AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE EM COLECISTECTOMIA LAPAROTÔMICA E VIDEOLAPAROSCÓPICA NO ESTADO DO PARÁ ENTRE JANEIRO DE 2016 E JANEIRO DE 2019
19. BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA COM A PROGRESSÃO DA DOENÇA EM PACIENTE COM DOENÇA DE NIEMANN-PICK TIPO C
20. BRUNNEROMA DE PRIMEIRA PORÇÃO DE DUODENO: UM RELATO DE CASO
21. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL - RELATO DE CASO
22. CARCINOMA NEUROENDÓCRINO (CARCINOMA DAS CÉLULAS DE MERKEL) DO RETROPERITÔNIO: RELATO DE CASO
23. CIRURGIA PLÁSTICA DE PEQUENOS LÁBIOS: NINFOPLASTIA- UMA REVISÃO DE LITERATURA.
24. CISTADENOMA SEROSO GIGANTE: UM RELATO DE CASO
25. CISTO BILIAR SOLITÁRIO GIGANTE: RELATO DE CASO
26. COLECISTECTOMIA EM DOENÇA FALCIFORME: INDICAÇÃO, FREQUÊNCIA E ABORDAGEM CIRÚRGICA PREFERENCIAL
27. COLECTOMIA TOTAL E SEU PAPEL NO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS DA RCU, UM RELATO DE CASO.
28. COMPARAÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA ENTRE PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA DE URGÊNCIA E ELETIVA DE 2010 A 2019
29. COMPARAÇÃO NA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES ENTRE LIPOABDOMINOPLASTIA E ABDOMINOPLASTIA CLÁSSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
30. CONTROLE DE DANOS NO MANUSEIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA GRAVE POR CÂNCER GÁSTRICO EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ - RELATO DE CASO
31. CORREÇÃO DA HÉRNIA INGUINAL RECIDIVADA I APÓS A TÉCNICA DE LICHENSTEIN COM TELA EM FORMA DE “MESH PLUG”
32. CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL EM SÍTIO DE TROCARTE E DIÁSTASE DE RETO ABDOMINAL PELA TÉCNICA ETEP RIVES-STOPPA: UM RELATO DE CASO
33. CORREÇÃO DE HÉRNIA UMBILICAL GRANDE E DIÁSTASE DOS MÚSCULOS RETOS-ABDOMINAIS COM RECONSTRUÇÃO DA PAREDE PELA TÉCNICA RIVES-STOPPA: RELATO DE CASO.
34. DESFECHO CIRÚRGICO DE MULTIPLAS FRATURAS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: RELATO DE CASO
35. DISGERMINOMA OVARIANO: RELATO DE CASO
36. DOENÇA DE CAROLI: UM RELATO DE CASO

37. DOENÇA DE MONDOR NA CIRURGIA MAMARIA: UM RELATO DE CASO BILATERAL RARO.
38. DUPLO ARCO AÓRTICO, DIAGNÓSTICO E MANEJO TERAPÊUTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
39. ENCEFALOPATIA HIPERAMONÊMICA NÃO-CIRRÓTICA ASSOCIADA A DESORDEM DO CICLO DA UREIA OCULTA: RARA MAS AGRESSIVA COMPLICAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA
40. ESOFAGOGASTRECTOMIA COM ESOFAGOCOLOPLASTIA NO TRATAMENTO DA ESTENOSE CÁUSTICA
41. ESTENOSE DUODENAL POR HIPERPLASIA DE GLÂNDULAS DE BRUNNER: RELATO DE CASO
42. ESTUDO ANALÍTICO DO NÚMERO DE ÓBITOS E INTERNAÇÕES NAS REPARAÇÕES DAS HÉRNIAS INGUINAIS DE FORMA ELETIVA E DE URGÊNCIA COMPARANDO MINAS GERAIS COM A CIDADE DE JUIZ DE FORA ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2019.
43. EXÉRESE DE TUMOR VEGETANTE EM COURO CABELUDO COM RETALHO FASCIOTÂNICO DE AVANÇO E ROTAÇÃO COM MARCAÇÃO EM S: RELATO DE CASO
44. EXPERIÊNCIA TÉCNICA DA CORREÇÃO DE PROCIDÊNCIA DE COLOSTOMIA POR ABORDAGEM LOCAL NO HOSPITAL SÃO LUCAS EM BELO HORIZONTE
45. EXTENSÃO DA LINFADENECTOMIA NO CARCINOMA MEDULAR DA TIREOIDE
46. FERIDAS CIRÚRGICAS CRÔNICAS: RESULTADOS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE 7 ANOS
47. FÍSTULA CALICINAL ATRAVÉS DE CISTO SIMPLES DEFENESTRADO EM ENXERTO RENAL: UM RELATO DE CASO RARO
48. FÍSTULA COLOVAGINAL: ESTUDO DE CASO
49. FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA INGUINAL COMO COMPLICAÇÃO DE HÉRNIA DE RICHTER
50. GRANDES HÉRNIAS INCISIONAIS: RELATO DE CASO COM TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES POSTERIORES.
51. HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO
52. HÉRNIA DE AMYAND COM APENDICITE FLEGMONOSA AGUDA
53. HÉRNIA DE HIATO TIPO IV COM CAUDA DO PÂNCREAS NO SACO HERNIADO- RELATO DE CASO
54. HÉRNIA INCISIONAL COMPLEXA EVOLUINDO COM FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO
55. HÉRNIA INTERNA ABDOMINAL COMO COMPLICAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL - ESTUDO DE CASOS
56. INFILTRAÇÃO DE ANESTÉSICOS LOCAIS PRÉ-INCISIONAL EM CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS E A DIMINUIÇÃO DE DOR NO PÓS-OPERATÓRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
57. INFLUÊNCIA DE DIFERENTES TÉCNICAS DE REPARO NA RECORRÊNCIA DE HÉRNIAS UMBILICAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
58. INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL IDIOPÁTICA NO ADULTO: RELATO DE CASO
59. INTUSSUSCEPÇÃO SECUNDÁRIA A LIPOMA EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE CASO
60. LEIOMIOSARCOMA DA VEIA CAVA INFERIOR: RELATO DE CASO
61. LESÃO IATROGÊNICA DE VIA BILIAR COMPLICADA COM FÍSTULA E ABSCESSO HEPÁTICO: RELATO DE CASO
62. LESÃO IATROGÊNICA DE VIAS BILIARES: RELATO DE CASO
63. LESÕES PERIANAIS EXTENSAS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
64. MANEJO DE FÍSTULA GASTRO-BRÔNQUICA PÓS GASTROPLASTIA SLEEVE PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE: RELATO DE CASO
65. MELANOMA MALIGNO INFILTRATIVO EM GLÂNDULA PARÓTIDA: RELATO DE CASO
66. MELANOMA UVEAL COM METÁSTASE TARDIA - RELATO DE CASO
67. METASTASECTOMIA HEPÁTICA EM CÂNCER DE MAMA METASTÁTICO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DE LITERATURA
68. MIGRAÇÃO INTERNA DE SONDA DE JEJUNOSTOMIA: RELATO DE CASO RARO
69. MUCOCELE DE APÊNDICE - RELATO DE CASO
70. MUDANÇA DE SÍTIO EM PROLAPSO DE COLOSTOMIA TERMINAL ASSOCIADO À HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA: RELATO DE CASO.
71. MÚLTIPLOS TRATAMENTOS ENDOVASCULARES DE PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE BEHÇET: DESAFIO TERAPÊUTICO
72. NEOPLASIA NEUROENDÓCRINA EM HISTOPATOLÓGICO DE APENDICECTOMIA: UM ACHADO OCASIONAL NA PEDIATRIA
73. NEVOS CONGENITO MENOR DE ORIGEM NEUROECTODÉRMICA : RELATO DE CASO
74. O EFEITO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AO PACIENTE CIRÚRGICO - UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
75. O USO DO PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO NO PRÉ-OPERATÓRIO DAS HÉRNIAS INCISIONAIS COMPLEXAS
76. PANCREATITE AUTOIMUNE: RELATO DE CASO
77. PANCREATOJEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX COMO ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO. UM RELATO DE CASO
78. PANICULITE MESENTÉRICA: DOENÇA FIBRÓTICA EM PACIENTE JOVEM- RELATO DE CASO
79. PNEUMOPERITÔNIO IDIOPÁTICO EM PACIENTE COM COVID-19
80. PNEUMOPERITÔNIO VOLUMOSO SEM PERFURAÇÃO INTESTINAL POR INGESTÃO DE NITROGÊNIO LÍQUIDO
81. POLIPOSE JUVENIL COLÔNICA NÃO HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO
82. PREPARO INTRAOPERATÓRIO DO CÓLON NA DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE: RELATO DE CASO
83. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL RELACIONADO A CISTOADENOCARCINOMA: RELATO DE CASO
84. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: ACHADO INCIDENTAL APÓS HERNIOPLASTIA UMBILICAL. UM RELATO DE CASO
85. REAÇÃO AGUDA À INFUSÃO ENDOVENOSA DE INFLIXIMABE EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA: RELATO DE CASO
86. RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE DIAGNÓSTICO, INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA E PROGNÓSTICO DE PACIENTES PORTADORES DE APENDICITE AGUDA
87. RELATO DE CASO – SÍNDROME DE DOEGE-POTTER
88. RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE OGILVIE QUE EVOLUIU COM ABDOME AGUDO PERFURATIVO
89. RELATO DE CASO: ILEO BILIAR
90. RELATO DE CASO: EXÉRESE DE CARCINOMA BASOCELULAR INFILTRANTE EM PONTA NASAL E CORREÇÃO POR RETALHO NASOGLABELAR FRONTAL
91. REPARO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CRÔNICA
92. RESSECÇÃO DE PROCIDÊNCIA DE COLOSTOMIA POR ABORDAGEM LOCAL E SEM INTERFERÊNCIA NA PAREDE ABDOMINAL
93. RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LEIOMIOSARCOMA PRIMÁRIO DE VEIA CAVA INFERIOR, UM RELATO DE CASO
94. RETALHO PEDICULADO GROIN FLAP EM FERIMENTO CONTUSO TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO
95. SCHWANNOMA GÁSTRICO: RELATO DE CASO
96. SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR
97. SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR APÓS IMPORTANTE PERDA DE PESO: UM RELATO DE CASO
98. SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO



99. SÍNDROME DE WUNDERLICH: UMA CAUSA RARA DE ABDOME AGUDO – RELATO DE CASO
100. TIREOIDECTOMIA ENDOSCÓPICA TRANSORAL POR ACESSO TRANSVESTIBULAR PIONEIRA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA: UM ESTUDO DE CASO
101. TRAQUELECTOMIA RADICAL PARA PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE NO CÂNCER DE COLO UTERINO
102. TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SCHWANNOMA RETROPERITONEAL- UM RELATO DE CASO
103. TROMBOEMBOLISMO AGUDO PORTO-MESENTÉRICO COM NECROSE E RESSECÇÃO DE SEGMENTO JEJUNAL: RELATO DE CASO
104. TROMBOSE VENOSA ILÍACO-FEMORO-POPLÍTEA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO
105. TUMOR CARCINÓIDE DO RETO DE DIAGNÓSTICO INCIDENTAL
106. TUMOR CARCINOIDE GÁSTRICO: RELATO DE CASO
107. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EM PORÇÃO ANTEROLATERAL DE COSTELA: RELATO DE CASO
108. TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS ASSOCIADA A COVID-19: RELATO DE CASO
109. TUMOR DO SEIO ENDODÉRMICO COM APRESENTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO
110. TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: RELATO DE CASO
111. UTILIZAÇÃO DO ENXERTO AUTÓGENO DE SACO HERNIÁRIO NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA HÉRNIA INGUINAL
112. VOLVO DE CECO: RELATO DE CASO
113. VOLVO GÁSTRICO IDIOPÁTICO: RELATO DE CASO
114. VOLVO JEJUNAL EM PACIENTE ADULTO COM MALFORMAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO RARO



Resumo dos Trabalhos Apresentados

Tema Livre Oral

ADAPTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENSINO DA MONITORIA DE TÉCNICA OPERATÓRIA E CIRURGIA EXPERIMENTAL II DA ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Ana Célia Romeo, André Romeo, Pedro Paulo Santos Areias Vianna, Letícia Vasconcelos de Farias, Isa Glenda Oliveira da Rocha, Daniela Fagundes dos Santos Moreira

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Introdução: Diante da pandemia pela COVID-19, a paralisação das atividades presenciais em universidades ocasionou o uso de métodos inovadores de educação¹. A Monitoria de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental II (TOCEII) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) buscou adaptar-se às atividades através do meio online com o desafio adicional do teor teórico-prático do componente a ser superado.

Objetivo: Apresentar o formato de ensino remoto adotado pela monitoria de TOCEII.

Relato de experiência: A monitoria de TOCE II é direcionada aos alunos do 6º semestre do curso de medicina da EBMSP. Funcionava por meio de aulas práticas semanais para o treinamento dos procedimentos ministrados pelos professores da disciplina em aulas teóricas precedentes. Assim, as práticas aconteciam no laboratório da EBMSP por meio de bancadas, onde era feita uma breve explanação teórica através de slides, seguida pela prática, utilizando protótipos elaborados pelos monitores ou disponibilizados pela instituição. Em 2020, após a volta das atividades de forma remota, a monitoria de TOCE II se reinventou. Dessa forma, os slides utilizados para as bancadas foram reestruturados a fim de possibilitar uma maior interação e proximidade com a prática, sendo acrescentados casos clínicos sobre o procedimento abordado, além de recursos audiovisuais para ilustrar o passo a passo dos procedimentos. Os alunos podiam tirar suas dúvidas durante as aulas ou através de fórum no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Ao final de cada aula, eles deveriam realizar um teste de 5 questões com duração de 15 minutos por meio do recurso Forms, o qual, somados com presença e participação nas aulas, funcionava como forma parcial de avaliação. Reflexão sobre a experiência: Apesar de não substituir as atividades práticas, a experiência foi muito positiva. A elaboração dos novos modelos de aula possibilitou a inserção de elementos didáticos que antes não eram priorizados. Os casos clínicos e recursos audiovisuais possibilitaram discussões ricas e proveitosas além de ilustrar melhor as indicações, contraindicações e complicações dos procedimentos. Ademais, os testes posteriores foram uma boa forma de propor a atenção do aluno durante as tele bancadas e fixar o conteúdo.

Conclusão: O modelo proposto pela monitoria foi um bom substituto na impossibilidade de exercermos as atividades práticas presenciais.

Referência: 1. Sandhu P, Maisie W. The impact of COVID-19 on the undergraduate medical curriculum. 2020, 25(1):1764740

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL E VIDEOLAPAROSCÓPICA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

Lais Nóbrega Vieira 1, Bianca Dantas Mayer 1; Fernando de Paiva Melo Neto 1; João André Barbosa Meira 2; Marcelle Baracuhny Sodré de Mello 1; Adriano Dias Trajano 3

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, João Pessoa, PB, Brasil. 2 Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCMPB, João Pessoa, PB, Brasil. 3 Cirurgião do Aparelho Digestivo e do Trauma e Professor do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ e Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: A colecistectomia está indicada nos pacientes com colelitíase sintomática ou colecistite, podendo ser realizada por via laparoscópica ou aberta. O método de videolaparoscopia visa ser menos invasivo e traumático ao paciente, além de possuir um tempo de duração menor, recuperação mais rápida e pós-operatório menos doloroso, e uma menor incidência de complicações pós-cirúrgicas. No entanto, no sistema público do Brasil, 59,6% das colecistectomias ainda são realizadas por via aberta.

Objetivo: Comparar as modalidades terapêuticas aberta e laparoscópica para colecistectomia nos últimos cinco anos, considerando o número de internação hospitalar, caráter de atendimento (eletivo ou urgência), média de permanência no hospital, média de custo total e taxa de mortalidade.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo, o qual utiliza dados secundários da plataforma DATASUS, provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. A amostra em questão diz respeito as colecistectomias realizadas no Brasil no período de agosto de 2016 a agosto de 2020, utilizando as variáveis citadas.

Resultados: O número de internações hospitalares para realização de colecistectomia totalizou 809.604, onde aproximadamente 59,6% (70,1% de caráter eletivo e 29,9% de urgência) foram colecistectomias abertas e 40,4% (73,4% eletivas e 26,6% de urgência), laparoscópicas, ambas crescentes durante 2016-2019 e queda em 2020 por possível subnotificação. Quanto à média de permanência no hospital, manteve-se praticamente inalterada durante esse período, com variação mínima entre as modalidades, sendo em média 2,8 dias para cirurgia aberta e 2,5 dias para laparoscópica. Em relação à média de custo total por procedimento, a cirurgia aberta teve um valor aproximado de R\$ 870,63 e a laparoscópica, de R\$ 881,13. Por fim, durante esses anos, a taxa de mortalidade da colecistectomia por via laparoscópica é de 0,13%, enquanto que por via convencional, 0,52% e possui maior variação entre os anos.

Conclusão: Nota-se que a colecistectomia geralmente é realizada de forma eletiva e que, no Brasil, o número de cirurgias abertas ainda é superior ao de cirurgias laparoscópicas, apesar de sua taxa de mortalidade ser maior. Ainda, fica evidente que ambas modalidades são equiparáveis quanto ao custo e permanência no serviço. Assim, conclui-se que, apesar da diferença mínima entre os dados, a colecistectomia laparoscópica continua preferível em relação à convencional.



COMPARAÇÃO ENTRE INTERNAÇÃO E ÓBITOS POR HÉRNIA INGUINAL ENTRE 2010-2020 NA PARAÍBA

Rayanne Oliveira da Silva 1, Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1, Marcelle Baracuhny Sodré de Mello 1, Bianca Dantas Mayer 1, João André Barbosa Meira 2, Adriano Dias Trajano 3

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil 2 Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM-PB, João Pessoa – PB, Brasil 3 Cirurgião do Aparelho Digestivo e do Trauma e Professor do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ e Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil

INTRODUÇÃO: No Brasil existem em torno de 940 mil casos de internação por hérnia inguinal e no mundo ocorre em cerca de 1,5% das pessoas. Além de muito prevalente ela causa um impacto importante na vida laboral desses pacientes que muitas vezes não é dada relevância. Além disso, podem evoluir com complicações sérias como obstrução intestinal e estrangulamento. Dessa forma, é importante que se conheça o perfil epidemiológico da população para que facilite o diagnóstico e terapêutica.

OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo comparar estatisticamente dados de internação e óbito causados por hérnias inguinais na Paraíba no período de 10 anos.

MÉTODO: Estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, sobre internação e óbitos por hérnias inguinais na Paraíba, realizado no período 2010 a 2020, a partir da plataforma DATASUS. Com análise descritiva dos dados com base na literatura médica.

RESULTADOS: Foram notificados 22.445 casos no estado da Paraíba no período analisado, sendo 84% (18.807) do sexo masculino e 16% (3.638) sexo feminino. Quanto à idade acometida a mais prevalente foi entre 50-59 anos com 17% (3.742) e 85% (19.087) dos casos foram de caráter eletivo. Em relação aos óbitos, foram menos de 1% dos casos (38), sendo que deste 42% (16) eram na faixa etária entre 70-79 anos e 76% eram do sexo masculino. A média anual foi de 2.244 casos com uma de permanência hospitalar de em média 1,8 dias.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a taxa de mortalidade de hérnia inguinal na Paraíba se mostrou com baixa prevalência, e o perfil de morbidade teve com predomínio o sexo masculino e em idades avançadas, o que condiz com a tendência da população brasileira. Isso mostra que os fatores de risco para o surgimento de hérnias aparecem com fidelidade nos dados epidemiológicos, o qual a idade propicia um maior enfraquecimento da parede abdominal e o sexo masculino onde há maior esforço físico e aumento da pressão intra-abdominal. Devido a um grande conhecimento da fisiopatologia das doenças, as hérnias são doenças com bons prognósticos e com uma terapêutica eficaz.

EPIDEMIOLOGIA DOS PACIENTES PORTADORES DE ESTOMIAS URINÁRIAS NA REGIÃO DE JUIZ DE FORA - MG.

Mauro T. Sirimarco, Breno H. X. Moraes; Denise R. L. S. Oliveira; Alfeu G. Oliveira; Patrícia A. F. Schlinz.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora e Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Juiz de Fora – MG.

INTRODUÇÃO: O predomínio de estomias se dá na população idosa e decorre, na maioria das vezes, de neoplasias malignas, visto que o envelhecimento é um dos principais fatores de risco para o surgimento de câncer. Estomias urinárias são comumente realizadas em pacientes portadores de câncer de bexiga, de forma que a estomização é um procedimento que visa a redução da morbimortalidade pós-operatória, para fins curativos ou paliativos. Estima-se, para o Brasil, um aumento do número de pacientes com urostomias em decorrência do aumento no percentual de idosos (IBGE) e, também, do número de novos casos de câncer de bexiga, em que há um risco estimado de 7,23 casos novos a cada 100 mil homens e 2,80 para cada 100 mil mulheres para o triênio de 2020-2022 no país (INCA).

OBJETIVOS: Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de estomias urinárias e quantificar tanto as patologias que levaram à confecção, quanto as complicações presentes nos estomas.

MÉTODOS: Realizado estudo retrospectivo com análise de 70 prontuários de pacientes portadores de estomias urinárias cadastrados no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Juiz de Fora (SASPO/JF) de janeiro de 2015 a junho de 2020. Foram coletadas as seguintes variáveis: idade, sexo, cor da pele, tipo e caráter da cirurgia, tipo de estoma, doença que levou à confecção, caráter temporal e complicações encontradas nos estomas.

RESULTADOS: Foram identificados 48 pacientes do sexo masculino (68,6%) e a média de idade entre todos os pacientes foi de 63,84 anos. Quanto à cor, 77,1% eram brancos. Possuíam conduto ileal 40 pacientes (cirurgia de Bricker), 28 eram portadores de ureterostomia e 2 de nefrostomias; todas as estomias foram confeccionadas em caráter eletivo e 95,7% eram permanentes. A causa mais frequente que levou a construção das urostomias foi o câncer de bexiga com 60 casos (85,7%). Foram encontradas complicações em 35,0% dos condutos ileais e em 32,1% das ureterostomias, sendo a dermatite a complicação mais frequente. Nenhuma nefrostomia apresentou complicações.

CONCLUSÃO: Os portadores de estomias urinárias na região de Juiz de Fora são, em sua maioria, pacientes brancos, do sexo masculino e diagnosticados com câncer de bexiga. A estomia prevalente foi o conduto ileal. A taxa global de complicações nas derivações urinárias foi de 32,9%.



MANUTENÇÃO TEMPORÁRIA DO FLUXO ARTERIAL EM CIRURGIAS DE CARÓTIDA COM DISPOSITIVO DE SHUNT ALTERNATIVO

Bárbara D. Moreira, Caroline Cunico, Luiz F. T. Ferreira, Lucas S. Wolf

Hospital de Clínicas UFPR

Introdução: Shunts intravasculares artificiais são condutos colocados no interior de um segmento vascular com o objetivo de restabelecer temporariamente a irrigação sanguínea, até que seja possível realizar a reconstrução definitiva do vaso. Esta é uma técnica adequada para a proteção cerebral em casos de cirurgias carotídeas e também em cirurgias de controle de danos. Existem no mercado dispositivos especiais para essa finalidade, os quais, devido ao alto custo, deixam de ter uma aplicação rotineira ampla.

O objetivo deste trabalho é descrever a confecção de um shunt arterial temporário para cirurgia de carótida a partir do uso das extremidades de duas sondas nasogástricas de diferentes tamanhos.

Confecciona-se um shunt arterial com o uso de duas sondas de tamanhos diferentes e consecutivos, a depender do tamanho da artéria em que será alocada. Após cortar a extremidade distal em cerca de 10cm da ponta romba das duas sondas, encaixa-se uma extremidade seccionada em outra. Utilizando-se uma sonda maior e outra menor é possível que suas extremidades seccionadas encaixem uma a outra. Nesse estudo utilizou-se uma sonda 10 e outra 14. A sonda de menor calibre é posicionada no interior da carótida distalmente e a de maior calibre proximalmente.

Com a utilização de sondas nasogástricas de dois tamanhos consecutivos é possível realizar um dispositivo de shunt artificial para cirurgias onde o reparo de carótida seja necessário, mantendo assim a perfusão cerebral.

O alto custo de materiais específicos para confecção de shunt arterial pode limitar o seu uso de rotina, especialmente em hospitais da rede pública. A utilização de sondas nasogástricas com pontas rombas e de diferentes tamanhos é um excelente dispositivo artificial que pode servir satisfatoriamente como shunt arterial em cirurgias de carótida, mantendo a perfusão cerebral adequada e sem o risco de lesão endotelial por suas extremidades.

MODELO ALTERNATIVO DE TREINAMENTO DE MICROCIRURGIA EM ARTÉRIA FACIAL DE SUÍNOS

Renato S. Freitas, Caroline Cunico, Lucas S. Wolff, Alfredo B. D. Silva

Hospital de Clínicas - UFPR

Introdução: As técnicas de suturas microscópicas são amplamente utilizadas em diversos campos cirúrgicos da Medicina para a realização de reparos e reconstrução de vasos milimétricos. O procedimento, caracterizado pela aplicação de pontos em estruturas anatómicas com o auxílio de lentes de ampliação, é uma técnica complexa que demanda amplo treino cirúrgico supervisionado antes da aplicação em humanos. Existem diversos modelos de treinamento envolvendo diferentes materiais artificiais e animais. Os modelos com silicone são adequados no treinamento inicial, porém não fornece a consistência similar aos vasos humanos e não proporciona a experiência de dissecação tecidual. Além de superar essas desvantagens, o uso da artéria facial de suínos em treinamento é um modelo econômico, uma vez que reutiliza os animais previamente utilizados nas aulas de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental de graduação em Medicina da Universidade Federal do Paraná.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é descrever um modelo de microcirurgia a partir da artéria facial de suínos utilizados previamente em aulas práticas da disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do curso de graduação em Medicina.

Método: Após a utilização e eutanásia do suíno na aula de cirurgia experimental, prossegue-se com a dissecação da artéria facial esquerda. A mesma encontra-se dentro da bainha dos vasos faciais. Dessa forma sua dissecação e separação de estruturas adjacentes deve ser cuidadosa e pode ser realizada com o auxílio de microscópio. Isola-se um segmento arterial com a colocação de um clamp distal e outro proximal. O vaso, que apresenta em torno de 1,0mm de diâmetro, deve ser seccionado e posteriormente prossegue-se com a confecção da anastomose termino-terminal com fio de mononylon 9-0 ou 10-0.

Resultado: As técnicas microcirúrgicas aplicadas a partir do uso da artéria facial de suínos, com supervisão adequada, é efetivo no treinamento inicial do residente.

Conclusão: O modelo de treino de técnicas utilizando a artéria facial de suíno é factível e de baixo custo, uma vez que utiliza animais que seriam descartados. Consiste ainda em um bom modelo de treinamento de anastomoses e disseções microscópicas, uma vez que mimetiza com perfeição o tecido humano, sendo, portanto, um bom modelo de treinamento nesta modalidade.



MODELO ALTERNATIVO PARA TREINAMENTO DE TÉCNICAS DE SUTURAS MICROSCÓPICAS

Renato S. Freitas, Caroline Cunico, Lucas S. Wolff, Alfredo B. D. Silva

Hospital de Clínicas UFPR

Introdução: A microcirurgia é uma modalidade cirúrgica aplicada em áreas médicas que necessitam a aplicação de suturas e anastomoses em estruturas microscópicas, especialmente utilizada na cirurgia plástica, oncológica, cirurgias reconstrutivas, transplantes, entre outras. O procedimento realizado com o auxílio de lentes de aumento é uma técnica complexa, que demanda grande habilidade e treinamento cirúrgico antes da aplicação clínica em humanos. O domínio das técnicas de microcirurgia deve ser aprendido e treinado em laboratório experimental, mediante supervisão adequada e posteriormente aplicados na prática clínica. Dessa forma, o desenvolvimento de modelos alternativos que possibilitem o treinamento do profissional, principalmente aqueles que poupam o uso animal, é fundamental.

Objetivo: Propõe-se um modelo alternativo para confecção de suturas e anastomoses microcirúrgicas baseado na utilização de um patch de pericárdio bovino reaproveitado.

Método: Este trabalho dispensou a necessidade de aprovação por Comissão de Ética em Uso Animal, uma vez que é um material comercializado com a autorização da ANVISA. Utiliza-se para a confecção deste modelo experimental o restante de um patch de pericárdio bovino, o qual foi previamente utilizado em reparos vasculares em cirurgias humanas. Portanto, o fragmento de pericárdio utilizado é o restante que seria descartado por não ter sido completamente utilizado nos reparos vasculares. Recorta-se o pericárdio bovino em duas placas de 3,0 x 0,5cm e fixa-se cada uma de suas extremidades menores aos campos cirúrgicos. As bordas livres maiores de cada uma das placas são suturadas com fio de mononylon 9-0 de maneira que cada uma forme uma estrutura tubular. Posteriormente as extremidades tubulares livres são anastomosadas com fio de mononylon 9-0, mimetizando uma sutura término-terminal.

Resultado: O treinamento microcirúrgico com o reaproveitamento de materiais cirúrgicos que seriam descartados minimiza seu custo e é efetivo no treinamento inicial em técnicas de microcirurgia. Este modelo conta ainda com a vantagem de poder ser realizado no próprio centro cirúrgico.

Conclusão: A utilização de patch de pericárdio bovino é um excelente modelo de treinamento de técnicas microcirúrgicas, pois além de mimetizar o tecido humano de forma fidedigna, pode ser manipulado dentro do próprio centro cirúrgico e tem baixo custo relativo, uma vez que reaproveita materiais que seriam descartados.

MODELO DE PINÇAS E CAIXA PRETA DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO DE HABILIDADES LAPAROSCÓPICAS DURANTE A GRADUAÇÃO

João Henrique S. de Pinho, Lorrane V.S. Riscado, José Otávio G. Junqueira

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva é considerada padrão ouro para muitos procedimentos, tendo em vista seus amplos benefícios. Entretanto, são necessárias diversas competências por parte do cirurgião, o que aumenta a curva de aprendizado. Os simuladores para ensino dessas técnicas, como as caixas pretas, são uma opção para o treinamento precoce na educação médica. No entanto, não existem, até o momento, pinças laparoscópicas de baixo custo. Nesse contexto, graduandos de medicina recebem pouco treinamento durante a formação, devido ao alto custo de pinças e trocartes, e devido à falta de recurso das instituições.

Objetivo: Desenvolver uma opção de baixo custo de pinças para treinamento de habilidades laparoscópicas e caixa preta com materiais de fácil acesso.

Método: Utilizando cano de PVC, acrílico e arame, as pinças foram desenvolvidas com 50cm de comprimento e 2,5cm de espessura, sendo apenas uma de suas pontas articulada. Foi desenvolvida também uma caixa de treinamento em madeira compensada no formato trapezoidal com 30cm de comprimento, 26cm de largura e 16cm de altura. Foram dispostas 3 aberturas na região frontal da caixa, sendo uma em formato quadrado de lado 4cm para o posicionamento da câmera do smartphone e duas circulares com diâmetros de 3,5cm para inserção das pinças, com borracha na região interna para simular a resistência do trocarte. Um smartphone foi utilizado como câmera, fonte de iluminação e tela. Foram confeccionados 3 exercícios: pegar e armazenar grãos de milho; pegar porcas e encaixá-las em pregos; passar um cadarço por um caminho de argolas. Todo o processo de fabricação foi manual, utilizando ferramentas como arco de serra, lixadeira, furadeira, alicate e chaves de fenda, totalizando 30 horas de trabalho.

Resultados: Foi possível construir duas pinças de baixo custo com valor de R\$ 15,25, além de caixa e plataforma com 3 exercícios, somando um valor total de R\$ 46,94, considerando que o usuário já possua um smartphone. As pinças mostraram-se úteis para a aquisição de habilidades, como noção de profundidade, triangulação e coordenação mão e olho.

Conclusão: As pinças de baixo custo, para treinamento em simuladores do tipo caixa preta, possuem excelente custo-benefício na aquisição de habilidades laparoscópicas básicas quando comparadas às pinças compradas. A grande redução do custo pode possibilitar a estruturação de um programa de treinamento para que acadêmicos adquiram habilidades laparoscópicas durante a graduação.



MODELO EXPERIMENTAL ALTERNATIVO COM LUVAS DE LÁTEX PARA TREINAMENTO DE ANASTOMOSES INTESTINAIS MANUAIS

Solange A. M. C. F. Bettini, Caroline Cunico, Huga G. K. Akahane, Carlos H. G. Tanizawa, Lucas S. Wolff, Benur Polonio

Hospital de Clínicas UFPR

As simulações cirúrgicas em modelos experimentais permitem um ambiente seguro para o desenvolvimento de habilidades e, consequentemente, repercutem na prática cirúrgica reduzindo suas complicações. Levando-se em consideração a heterogeneidade na disponibilidade de recursos para treinamento e do volume cirúrgico de cada um dos mais de 200 programas de residência médica em cirurgia, a disponibilidade de modelos experimentais possibilita ao residente uma maior experiência na aquisição de habilidades cirúrgicas básicas. Dessa forma, introduzir na rotina do residente modelos cirúrgicos, principalmente de baixo custo, são importantes para o seu treinamento, pois possibilitam que os mesmos entrem em campo mais preparados tecnicamente. Um simulador de anastomoses digestivas com luvas cirúrgicas, que mimetiza as camadas intestinais, é uma opção acessível e factível com materiais simples. Através desse modelo objetiva-se melhorar o aprendizado da técnica operatória empregada, a confiança e o desempenho intraoperatório dos residentes de cirurgia. Este modelo consiste em dois pares de luvas, com uma luva colocada dentro da outra, de forma que a justaposição das bordas de suas mangas forme uma dupla camada. Cada par de luvas, com suas respectivas duplas bordas, é afixada em um campo cirúrgico com ponto simples há 3cm da borda de suas camadas, de forma que o bordo de cada par esteja próximo e mimetize a extremidade terminal de duas bocas anastomóticas. Em seguida inicia-se a sutura do bordo externo da luva externa, mimetizando os pontos seromusculares da parede posterior. Na sequência são realizados os pontos totais abrangendo as duas bordas das luvas, mimetizando a sutura total posterior. Por fim o mesmo processo é repetido na região anterior da dupla camada de luvas com pontos totais seguidos de pontos seromusculares. O modelo apresentado permite mimetizar de forma adequada como seria a realização da sutura das anastomoses digestivas, utilizando materiais de muito baixo custo e amplamente disponíveis em nosso meio. O exercício sustentado é capaz de transferir habilidades básicas iniciais aos residentes de cirurgia para possibilitar aos mesmos os conhecimentos básicos para a confecção de anastomoses entéricas em humanos.

O USO DO VIDEOGAME COMO FERRAMENTA PARA MELHORAR A PERFORMANCE EM CIRURGIA POR VÍDEO

Edmar S. Filho, Caroline Cunico, Lucas S. Wolff

Hospital de Clínicas UFPR

Introdução: Os jogos eletrônicos estão do cotidiano, porém seu uso em ensino depende de fundamentação científica, além de quebra de paradigmas dos métodos de ensino. A complexidade dos procedimentos cirúrgicos vem crescendo, assim como o número de equipamentos e materiais que devem ser de domínio do cirurgião. Com a limitação do tempo de treinamento e com o aumento de número de pessoas a serem capacitadas a dificuldade de ensinar aumenta. Dessa forma, é preciso encontrar alternativas no treinamento em cirurgia para amenizar estes problemas. Ambientes de simulação em que as habilidades cirúrgicas possam ser treinadas, sem a presença do paciente, podem ajudar. Além da habilidade motora, o videogame treina habilidades como executar uma atividade olhando para uma tela e não para as mãos, um aprendizado não tão intuitivo. Nesse ponto podemos estudar como o videogame pode influenciar no treinamento cirúrgico.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é revisar a bibliografia sobre a relação entre videogame e habilidades cirúrgicas. Explora-se a relação entre o uso do videogame e o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas, se o videogame pode ser um fator preditor de habilidades cirúrgicas e se o seu uso como aquecimento antes de um procedimento pode trazer algum benefício.

Material e Método: Foi utilizado a base de dados da MEDLINE e SciELO, com o termo chave “videogame”, o qual foi cruzado com os termos cirurgia, artroscopia, educação, robótica, simulação em computador e simulação.

Resultados: Foram encontrados no total 919 artigos, dos quais 34 tinham alguma relação com videogame e performance em cirurgia, sendo selecionados para esta revisão.

Conclusões: Não há sustentação de que o videogame melhore as habilidades cirúrgicas. Os estudos que encontraram essa evidência comparam o videogame com o simulador e não com o ato cirúrgico em si, deixando o resultado muito frágil. Na avaliação de médicos inexperientes, aqueles que tem bom desempenho em videogame tendem a ir melhor nos simuladores de cirurgia, porém eles são menos sensíveis ao treinamento. Por fim, o aquecimento por um curto período (10 minutos) diminui significativamente o número de erros durante um procedimento cirúrgico. Conclui-se que o uso do videogame no desenvolvimento de habilidades cirúrgicas tem evidências científicas pobres, apesar de uso dos jogos eletrônicos como aquecimento para melhorar a eficiência em cirurgia, tem respaldo na literatura.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES JOVENS COM ESTOMIAS INTESTINAIS EM JUIZ DE FORA – MG E REGIÃO.

Mauro T. Sirimarco, Denise R. L. S. Oliveira; Breno H. X. Moraes; Alfeu G. Oliveira; Patricia A. F. Schlinz.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora e Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Juiz de Fora - MG.

INTRODUÇÃO: A confecção do estoma visa a redução da morbimortalidade pós-operatória, para fins curativos ou paliativos. O predomínio de estomias se dá na população idosa e decorre, na maioria das vezes, de neoplasias malignas, uma vez que o envelhecimento é um dos principais fatores de risco para o surgimento de câncer. Entretanto, tem-se tornado evidente o número de pacientes jovens com estomias. A Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013 do Estatuto da Juventude define que jovens são pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos.

OBJETIVOS: Este estudo tem como objetivos traçar o perfil epidemiológico dos pacientes jovens portadores de derivação intestinal (ileostomias e colostomias) e quantificar tanto as causas que levaram à confecção, quanto as complicações encontradas nas estomias.

MÉTODO: Realizado estudo retrospectivo com análise de 33 prontuários de pacientes portadores de estomias intestinais e com idades entre 15 e 29 anos cadastrados no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Juiz de Fora (SASPO/JF) de janeiro de 2015 a junho de 2020. Foram coletadas as seguintes variáveis: idade, sexo, doença que levou à confecção do estoma, tipo, caráter temporal, localização, tipo de cirurgia (emergência ou eletiva) e complicações dos estomas.

RESULTADOS: A maioria dos prontuários analisados pertencia a pacientes do sexo masculino (66,7%) e a média de idade entre todos os pacientes foi de 22,9 anos. Foram identificadas vinte colostomias e treze ileostomias. Dentre as colostomias, houve predomínio de estomas confeccionados em alça e à esquerda, enquanto a maioria das ileostomias foi confeccionada de forma terminal e à direita. Vinte e duas derivações intestinais foram realizadas em cirurgias de urgência/emergência (66,7%) e onze em cirurgias eletivas (33,3%). O principal motivo para a confecção de todos os estomas foi o trauma abdominal em 48,5% dos casos. Das causas traumáticas, a perfuração por arma de fogo teve maior prevalência (81,2%). Os estomas temporários ocorreram em 96,9% dos casos. Foram encontradas complicações em 40,0% das colostomias e em 15,4% das ileostomias. A principal complicação identificada entre as colostomias foi o edema (20%) e a dermatite foi a única encontrada nas ileostomias (15,4%).

CONCLUSÃO: Nos pacientes jovens, a principal causa de confecção de estomias intestinais foi o trauma abdominal por arma de fogo, predominando no sexo masculino. A taxa global de complicação nas estomias intestinais foi de 30,3%.

TRANSPLANTE SIMULTÂNEO PÂNCREAS-RIM NO BRASIL: ANÁLISE DO QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Marcela Cavalcanti Carvalho de Gusmão 1, Anderson Brasileiro de Araújo 2; Fernando de Paiva Melo Neto 3; Marcelle Baracuhny Sodré de Mello 3; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 3; Adriano Dias Trajano 4

1 Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa – PB, Brasil 2 Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil 3 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil 4 Cirurgião do Aparelho Digestivo e do Trauma e Professor do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ e Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil

INTRODUÇÃO: O transplante simultâneo pâncreas-rim é indicado para pacientes diabéticos com insuficiência renal crônica, sendo a única terapia que assegura a níveis adequados de glicemia e hemoglobina glicada, além de permitir uma maior qualidade de vida pela liberdade dietética, independência da terapia insulínica e prevenção das complicações crônicas.

OBJETIVOS: Analisar e identificar os aspectos relacionados ao transplante simultâneo pâncreas-rim realizados no Brasil.

MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional descritivo e transversal com obtenção dos dados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), DATASUS - TABNET. Os parâmetros analisados foram: região; unidade federativa, ano do processamento e quantitativo de procedimentos entre 2015 e 2019.

RESULTADOS: De janeiro de 2015 a dezembro de 2019, foram realizados, no Brasil, 492 transplantes simultâneos pâncreas-rim. Com participação expressiva, a região Sudeste teve um total de 277 (56,3%) seguida pelo Sul com 176 (35,7%). O menor quantitativo de procedimentos foi no Nordeste, com 37 (7,5%), no Centro-Oeste com 2 (0,4%) e no Norte, com nenhum procedimento realizado no período analisado. Individualmente, na região Sudeste, 69 foram realizados em Minas Gerais e 208 em São Paulo; no Sul, 102 no Paraná, 59 em Santa Catarina e 15 no Rio Grande do Sul. Já no Nordeste, foram 10 transplantes no Ceará e 27 em Pernambuco, e, por fim, no Centro-Oeste, todos os 2 procedimentos foram realizados em Goiás. Sabe-se que as terapias medicamentosas para o diabetes mellitus (DM) e a insulino terapia proporcionam um controle parcial da doença e postergação de suas complicações secundárias. Nesse contexto, o transplante simultâneo pâncreas-rim tem como principal objetivo reverter ou bloquear as complicações secundárias do DM, como a nefropatia diabética e a neuropatia autônoma. No Brasil, há uma taxa significativa de realização do procedimento, porém, ainda com uma grande concentração na região sudeste, que corresponde a mais de 50% do total. Além disso, é possível observar a concentração em apenas 8 estados do país, um indicativo da disparidade de recursos.

CONCLUSÃO: O transplante pâncreas-rim pode proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes com DM tipo 1 além de reversão ou bloqueio de suas complicações secundárias. Entretanto, a realização desse procedimento encontra-se ainda restrita a poucos estados do Brasil, desfavorecendo grande parcela da população.

Pôster

A CONTRIBUIÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA PARA O REPARO E MANEJO DE COMPLICAÇÕES NA GANGRENA DE FOURNIER: UM RELATO DE CASO

Fernanda Lúcia Vitorino de Mattos Silva, Lorena Margarida da Silva Cota; Pollyanna da Silveira Rodrigues; Sarah Ramany Faria Salmeron; Assaad Assaad Naim

Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário de Sinop

Introdução: A Gangrena de Fournier é uma infecção necrosante de rápida evolução que acomete as regiões genital, perineal e perianal, mais comum em homens na quinta década de vida. Como há infecção multibacteriana, o prognóstico varia conforme a agilidade do diagnóstico e tratamento, que, se inadequados ou tardios, culminam em sepse, falência de órgãos e até óbito.

Objetivos: Relatar um caso de Gangrena de Fournier, em um paciente do sexo masculino, 75 anos, decorrendo sobre as condutas terapêuticas estabelecidas, evidenciando a relevância do diagnóstico precoce, bem como tratamento ágil.

Métodos: Obteve-se informações foram por revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos tempos cirúrgicos e relação com a literatura sobre o assunto.

Resultados: C.J.V., masculino, 75 anos, com histórico de uretrotomias, hipospádia e diabetes mellitus tipo 2 (DM2) mal controlada, foi admitido no Hospital Regional de Sinop – MT com quadro de Gangrena de Fournier, abscesso em bolsa e necrose escrotal. Abordado inicialmente com desbridamento e cistostomia, preservação testicular, com ferida operatória com testículos expostos hiperemiados e fibrina. Após 25 dias de acompanhamento, foi submetido à plástica reparadora com desbridamento de área cruenta e remoção de tecido exuberante de granulação; descolamento subfascial de retalhos, hemostasia, rotação, união deles junto à rafe mediana do escroto e fechamento primário da área doadora; instalou-se drenos e fechou-se em dois planos. Prescreveu-se Amoxicilina e Clavulanato, por 10 dias e os drenos foram removidos ao 5º dia. C.J.V. evoluiu com área de necrose na parte proximal do retalho; por isso, após estabilização, fez-se desbridamento e resutura da área. Apesar dos fatores de risco do paciente, nota-se que os procedimentos cirúrgicos foram fundamentais para um desfecho favorável, pois os desbridamentos e a plástica reparadora – com a reconstrução de bolsa escrotal por meio da rotação de retalhos rombóides fasciocutâneos de coxa – culminaram em melhor cicatrização da área acometida pela necrose e recuperação estética, além de atuar no manejo das complicações pós-operatórias.

Conclusão: Os cuidados clínicos e as múltiplas abordagens cirúrgicas, incluindo a reconstrução escrotal, evitaram repercussões locais e sistêmicas, garantindo redução do tempo de internação e qualidade de vida.

A INFLUÊNCIA DO TABAGISMO NO DESENVOLVIMENTO DE HÉRNIA DE PAREDE ABDOMINAL

Melissa de Oliveira Ruffo, Antônio Guido da Silva Neto, José Augusto Ferreira Souto de Souza, Marina Rosa Campos de Andrade Ramos, Sebastião José de Almeida Junior, Artur Laizo

Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC-JF

Introdução: A hérnia de parede abdominal (HPA) é uma das patologias mais frequentes que se coloca ao Cirurgião Geral, cerca de 290 mil cirurgias desse tipo são realizadas por ano, no Brasil, segundo dados do DataSUS. Estudos recentes demonstram que se trata de uma doença multifatorial, sendo o cigarro um fator de destaque, tanto por seu poder nocivo ao organismo, quanto pelo fato de haver 21 milhões de brasileiros tabagistas.

Objetivo: Elucidar as relações entre HPA e o tabagismo, com o intuito de alertar o corpo médico, órgãos governamentais e a sociedade sobre suas diversas interações.

Método: Foi realizado um estudo descritivo, do tipo exploratório, na base de dados SciELO, NCBI/PubMed, BIREME, LILACS e Google Acadêmico utilizando os descritores “Tabagismo”, “Hérnia abdominal”, “Tosse crônica”, “Fisiopatologia herniária”, “Histopatologia herniária”, “Colágeno”, “Sarcopenia”, “Aneurisma de Aorta Abdominal” e como critério de inclusão foram selecionados artigos publicados entre 2006 a 2020.

Resultados: Anteriormente uma patologia que acreditava decorrer-se somente do aumento da pressão da cavidade abdominal, hoje é vista como algo de causa multifatorial. Com esta pesquisa, verifica-se que dentre os diversos fatores causadores de HPA, o cigarro merece destaque. Sua influência nessa patologia abrange diversos âmbitos que vão desde as interferências do tabaco na síntese e metabolismo de colágeno, substância essa que é fator de suma importância para resistência da parede abdominal, até seus efeitos no trato respiratório, fazendo de seu usuário um tossidor crônico que, por consequência, tem a pressão da cavidade abdominal constantemente aumentada. Ademais, outros agravantes também são relevantes, como a íntima relação entre o tabaco e o aneurisma de aorta abdominal (AAA) que de acordo com estudos, há um aumento da prevalência de HPA em pacientes com AAA diagnosticada, principalmente em fumantes, e sarcopenia, doença causadora da perda da massa muscular que predispõe o surgimento de hérnia, que muitas vezes advém do tabagismo, que mostra ser prejudicial à síntese de proteínas musculares.

Conclusão: O tabaco tem uma reação nociva sistêmica no organismo humano e com mais de 400 mil substâncias tóxicas os prejuízos de seu uso se tornam cada vez mais evidentes. Dentre seus malefícios, diversos entram em concordância com situações que predispoem as HPA como alterações histológicas da parede abdominal e fisiológicas, que necessitam de mais pesquisas.



ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A ENTERITERITE LÚPICA – RELATO DE CASO

IAGO FERNANDO ALENCAR AMORIM, Cassio Padilha Rubert; José Guilherme Gutierrez Saldanha; Samer Ghadie Majid ; Isabela de Carvalho Florêncio; Andriele Fernandes Ferreira;

HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL

INTRODUÇÃO: Os lúpus eritematoso sistêmico (LES) é um distúrbio auto-imune que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Apesar da dor abdominal não ser um sintoma incomum em pacientes lúpicos, esse sintoma como forma primária de apresentação mimetizando uma obstrução é raro.

DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente 28a, sexo feminino, sem comorbidades, sem cirurgias prévias, com quadro clínico de abdômen agudo obstrutivo com 2 dias de evolução; A tomografia computadorizada evidenciou um espessamento importante além de uma hipodensidade homogênea da parede do jejuno e íleo com “sinal do alvo”, junto a acúmulo de líquido na cavidade e um borramento da gordura adjacente; Optamos então pela abordagem cirúrgica, no intraoperatório evidenciamos 50cm de jejuno, a 40cm do ângulo de Treitz, com sinais de leve sofrimento, edema e dilatação gasosa, porém com bom aspecto, pulsos presentes e firmes, presença de pequena quantidade de líquido na cavidade de aspecto seroso e múltiplos implantes ovais e planos de tamanhos diversos, estáticos, fibroelásticos, entreamados em parênquima mesentérico; A paciente se recuperou bem, apresentou resolução completa do quadro de obstrução com manejo clínico e recebeu alta no terceiro dia pós operatório para acompanhamento ambulatorial. O resultado do anátomo patológico evidenciou uma ectopia total de tecido pancreático nas amostras colhidas exibindo os três componentes do tecido pancreático normal (ácinos, ductos e ilhotas de Langerhans). Solicitou-se então avaliação reumatológica sobre o caso; A avaliação reumatológica da paciente confirmou o diagnóstico de LES com FAN, Anti-DNA e Anti-SM positivos com padrões característicos, e iniciou o tratamento com prednisona e cloroquina, mantendo-se assintomática desde então.

DISCUSSÃO: A vasculite mesentérica, também designada por Enterite Lúpica (EL), é uma entidade clínica rara, ocorrendo em 1 a 2% dos doentes com LES que apresentam dor abdominal. É uma grave complicação e de prognóstico vital reservado. O diagnóstico diferencial é um desafio pelas múltiplas causas de dor abdominal no paciente lúpico.

CONCLUSÃO: O manejo da EL se torna um desafio na rotina do cirurgião geral nos prontos socorros brasileiro, principalmente quando essa vem sem um diagnóstico prévio de LES. Faço por meio dessa mais um caso para que futuramente existam protocolos relacionando doenças reumatológicas como causas de abdomens cirúrgicos orientando manejo e tratamento apropriados;

ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

Juliana D.O. Vieira, Paula D.O. Vieira; Laura M. Reiff; Felipe J. Vieira

¹-Graduação; Faculdade de Ciências médicas e da Saúde de Juiz de Fora-SUPREMA; ²- Graduação; Universidade Federal de Juiz de Fora 3- Graduação; Universidade Federal de Juiz de Fora 4- Faculdade de Ciências médicas e da Saúde de Juiz de Fora-SUPREMA; Hospital de Pronto-Socorro Dr. Mozart Teixeira

Introdução: O íleo biliar é uma patologia que representa de 1 a 4 % de todos os casos de obstrução intestinal mecânica. Essa patologia é uma complicação da doença calculosa biliar e ocorre após a formação de uma fístula colecistointestinal com passagem dos cálculos para o interior da luz do trato digestivo. A idade média dos pacientes acometidos é de 70 anos, sendo as mulheres mais afetadas.

Relato de caso: Mulher, 75 anos de idade foi admitida em hospital de urgência e emergência com quadro de dor abdominal difusa, vômitos biliosos e parada de eliminação de fezes, com evolução há 48 horas. Ao exame físico, era palpável uma massa em fossa ilíaca direita. Foi submetida à radiografia de abdome que evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado. Na tomografia computadorizada, foi identificada cálculo radiopaco em íleo distal com obstrução do trânsito e distensão de alças à montante e aerobilia. Após isso, a paciente foi submetida à laparotomia. Realizou-se enterotomia longitudinal com retirada de cálculo biliar de aproximadamente 4 cm e enterorrafia. Não houve manipulação da vesícula.

DISCUSSÃO: O íleo biliar ocorre devido à impactação de um cálculo no trato gastrointestinal, geralmente na válvula íleo-cecal, após sua passagem por uma fístula bilioentérica que, em 60% dos casos, é colecistoduodenal. Nos exames de imagem, podem ser encontrados aerobilia, sinais de obstrução intestinal mecânica parcial ou completa e cálculo ectópico na luz intestinal, caracterizando a tríade de Rigler. Em relação ao tratamento, existem controvérsias quanto à abordagem da doença biliar e da fístula bilioentérica no mesmo tempo cirúrgico da enterolitotomia. No caso relatado, optou-se por realizar apenas a enterolitotomia, visto que o objetivo principal era promover a desobstrução intestinal. Um segundo procedimento eletivo foi programado para abordagem da doença biliar.

CONCLUSÃO: O íleo biliar pode cursar com altos índices de morbimortalidade, sendo diagnóstico diferencial em casos de abdome agudo obstrutivo. O conhecimento dessa afecção é importante em serviços de urgência e emergência, pois o tratamento é cirúrgico e o diagnóstico no pré-operatório é difícil. Há controvérsias na escolha entre a enterolitotomia isolada e a enterolitotomia associada à abordagem da doença biliar em um mesmo tempo cirúrgico. A conduta deve ser individualizada e avaliada de acordo com as singularidades de cada caso.



ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DE ROTINA NA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL SÃO LUCAS – BH

Cirênio de Almeida Barbosa, Deborah Campos Oliveira, Andrea Zeringota de Castro Machado, José Clovis Ligeiro Neto, Matheus Zeferino do Conde, João Vítor Gonçalves Ferreira.

Universidade Federal de Ouro Preto, Hospital Júlia Kubitsche, Santa Casa de Belo Horizonte, Hospital São Lucas em Belo Horizonte.

A apendicite aguda é o abdome agudo cirúrgico mais freqüente em todas as faixas etárias, sendo mais comum em crianças em idade escolar e em adolescentes. Sua incidência é de aproximadamente 7.0% dos casos nos países industrializados. Entretanto, o diagnóstico pode apresentar-se com dificuldade, principalmente em mulheres em idade fértil. Neste grupo de doentes, o índice de laparotomias não terapêuticas varia de 5.0 % a 25.0% dos casos. O objetivo do estudo foi avaliar o número de apendicectomia laparoscópica realizadas no Hospital São Lucas em um ano e suas principais complicações. O estudo foi retrospectivo, por meio de revisão dos prontuários de 277 pacientes submetidos à apendicectomia laparoscópica no Hospital São Lucas em Belo Horizonte, pela mesma equipe cirúrgica, no período de maio de 2017 a março de 2018. O diagnóstico de apendicite aguda foi confirmado em 89,4 % dos casos. Em 5 casos (1,8%) o procedimento foi convertido. A duração média da operação foi de 36 minutos. Complicações pós-operatórias ocorreram em 12 pacientes (4,33%). O tempo médio de internação foi de 2,4 dias. As complicações mais comuns foram: abscesso de parede (8 pacientes), abscessos intracavitários (1 paciente), sepse pélvica (1 paciente), condições mais raras como a pileflebite (1 paciente) e a fístula enterocutânea (1 paciente). Apesar desse grupo pequeno de pacientes com complicações, as melhoras principais documentadas pela apendicectomia laparoscópica em comparação com a técnica aberta, incluem menores complicações da ferida, tempo de hospitalização menor, dor pós-operatória diminuída e retorno mais rápido às atividades laborativas. O acesso à cavidade abdominal é feito através de 3 trocarerres: 1 de 10 mm em cicatriz umbilical, 1 de 10 mm em fossa ilíaca esquerda e 1 de 5 mm na região do púbis. Os vasos apendiculares são identificados, isolados e seccionados após ligadura comum “clip” metálico. A base do apêndice é seccionada após colocação de três “clips metálicos”. A antibioticoterapia foi iniciada ainda no pré-operatório e foi mantida com uma única dose nos casos iniciais sem perfuração, ou por tempo mais prolongado nos casos de perfuração (5 dias), abscessos ou peritonite (12 dias). Nos casos de peritonite grave preconizamos o uso de ciprofloxacino, associado à anaeróbica (clindamicina ou metronidazol). Os resultados de acompanhamento revelam que a apendicectomia laparoscópica é um procedimento seguro, eficaz e aceitável para todas as formas de apendicite aguda.

ACHADO INCIDENTAL DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE: RELATO DE CASO

Fernanda S. Embiruçu, Elias S. Guerra, Pablo T. N. Melo e Nathalia O. Lemos

Universidade Salvador, Hospital Geral do Estado da Bahia

Introdução: O divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais frequente do intestino. Embora o tratamento definitivo para o divertículo sintomático seja cirúrgico, não há consenso na literatura sobre a remoção quando é resultado de um achado incidental. As divergências vão desde a escolha de ressecar ou não e as técnicas utilizadas, como enterectomia segmentar ou diverticulectomia simples.

Objetivo: Relatar um caso de paciente submetido a laparotomia por trauma com achado incidental de divertículo de Meckel.

Método: Relato de caso de um paciente atendido em um hospital terciário de trauma em Salvador (BA). As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário e avaliação dos registros fotográficos do intraoperatório. Foi realizada uma revisão da literatura nas plataformas sciELO e PUBMED a partir dos descritores: “divertículo de Meckel”, “achado incidental”, “epidemiologia”, “Meckel diverticulum”, “epidemiology”, “meckel diverticulum surgery”.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 25 anos, trazido à unidade de emergência do Hospital Geral do Estado (Salvador/BA), com lesões por projétil de fogo em regiões de tórax, dorso e abdome. Inicialmente submetido a cirurgia de controle de danos e encaminhado para a unidade intensiva. No 3º DPO, foi submetido a rebordagem para cirurgia definitiva quando foi evidenciada formação sacular a cerca de 60cm da válvula ileocecal, sem sinais inflamatórios associados, compatível com divertículo de Meckel. Diante do contexto do paciente em questão, foi optado por conduta conservadora e não realizado a ressecção cirúrgica do divertículo.

Discussão: Quando há um achado incidental do divertículo de Meckel, não há consenso na literatura sobre a abordagem cirúrgica ou não. Estudos demonstram divergência nos resultados de a cirurgia trazer mais riscos pós-operatórios do que uma possível complicação do divertículo de Meckel sintomático. Em contrapartida, a maioria deles entendem que há critérios que indicam que o paciente vai se beneficiar mais da abordagem cirúrgica. No que se refere ao paciente do caso relatado, a opção da não abordagem cirúrgica se deveu ao contexto de gravidade em que ele se encontrava.

Conclusão: A literatura demonstra uma controvérsia em relação ao manejo do divertículo de Meckel assintomático. Dessa maneira, é necessário individualizar cada caso e avaliar os diferentes contextos para melhor definir a conduta.



ACTINOMICOSE SIMULANDO TUMORES DE PELE E SUBCUTÂNEO: UM RELATO DE CASO

Heitor Brazil Ferlini Vidal, Maycon Xavier Duarte, Heitor Brazil Ferlini Vidal, Rodrigo Vilella Pádua, Breno Faria Araújo, Bruna Castanho

Hospital Universitário Ciências Médicas

A actinomicose é uma doença infecciosa granulomatosa crônica rara, causada principalmente, pela bactéria *Actinomyces israelii*, que compõe a flora da orofaringe, trato gastrointestinal e genitália feminina. Geralmente necessita de uma porta de entrada para iniciar a infecção, sendo as infecções das regiões oral e cervicofacial as mais comuns.

Objetivo: Descrever um caso raro de Actinomicose cutânea primária com achados simulando neoplasia de partes moles e de localização incomum. Paciente I.C.C.S, sexo feminino, 45 anos, Hipertensa e Diabética, proveniente do interior de MG, que apresentava massa em região abdominal, dolorosa, de crescimento rápido, associado a febre e inapetência. Estendendo-se de flanco direito a região infraumbilical, com áreas de consistência firme e frouxas, associada a eritema e hipertermia local, aderida a planos profundos, apresentando áreas de flutuação, que evoluiu com drenagem espontânea de secreção purulenta e necro-hemorragica. TC de Abdomen evidenciou volumosa massa heterogênea de limites indefinidos contorno lobulados e irregulares medindo cerca de 8,6x6,7x6,5cm.

Realizado laparotomia exploradora revelando tumor aderido a parede abdominal, que se estendia da pele até a cúpula vesical, tendo sido realizado sua ressecção com margens. Anatomopatológico evidenciou severas alterações inflamatórias, com áreas de necrose supurativa da hipoderme, estendendo-se longamente ao pâncreo adiposo subcutâneo, atingindo a musculatura esquelética da parede. Foram encontrados trajetos fistulosos, além de numerosos grânulos sulfurosos com características de actinomicose.

Discussão: Um extenso conglomerado de lesões actinomicóticas pode simular uma neoplasia. Estudos microbiológicos e patológicos apropriados são essenciais para o diagnóstico. A TC ou aspiração da lesão com agulha podem ser usadas para obter uma amostra de biópsia. Os sintomas e sinais constitucionais não são específicos, sendo os mais comuns febre, diarreia ou constipação, perda de peso, náuseas, vômitos, dor e sensação de massa. O tratamento consiste em uso de antibióticos ao longo prazo. Cirurgias reconstrutivas de pele podem ser evitadas se o tratamento antibiótico apropriado for administrado em tempo hábil. Porém, a remoção cirúrgica do tecido infectado também pode ser necessária em alguns casos, especialmente se houver tecido necrótico extenso ou fístulas, se a doença maligna não puder ser excluída.

ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA DEVIDO A ADENOMA DE ADRENAL CAUSADOR DE SÍNDROME DE CUSHING: UM RELATO DE CASO.

Mateus G. Amâncio¹, João H. O. Duarte¹, Arthur de A. Campos¹, Thiago M. Amorim¹, Flávia M. B. Campagnuci².

1- Faculdade de Medicina da UFJF. 2- Faculdade de Medicina UNIBH

Introdução: A Síndrome de Cushing (SC) é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do aumento dos níveis de cortisol no organismo, ocasionada principalmente pela administração exógena de corticóides. A sua forma endógena pode ser dependente (85%) ou independente (15%) de ACTH. A variante independente ocorre quando há doença primária na adrenal e tem como principal etiologia o adenoma de adrenal produtor de cortisol, que tem evolução lenta e progressiva, necessitando de possível abordagem cirúrgica.

Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 26 anos, sem histórico de uso exógeno de corticóides, apresentando quadro sugestivo de síndrome de Cushing com hipertensão arterial sistêmica, pré-diabetes, dislipidemia, ganho ponderal de 10 kg em 1 ano, obesidade centrípeta, face em lua cheia, giba e deposição de gordura em região supra clavicular. A avaliação laboratorial revelou hipercortisolismo através dos testes de supressão do cortisol com dexametasona, cortisol salivar noturno e cortisol livre em urina de 24h. O ACTH sérico era de 1,5 pg/ml, demonstrando quadro ACTH independente. Afastou-se a elevação sérica dos demais hormônios da adrenal mediante os respectivos exames de rastreio, confirmando aumento isolado de cortisol. Para estudo das adrenais, realizou-se tomografia e ressonância de abdome que revelaram nódulo em adrenal esquerda medindo 2,5x2,2x1,9 cm, indicativo de adenoma. Paciente foi submetida à adrenalectomia esquerda videolaparoscópica pela equipe de urologia, evoluindo favoravelmente no pós-operatório com remissão dos sintomas e seguimento endocrinológico.

Discussão: A clínica da paciente sugestiva de Síndrome de Cushing levou a necessidade de elucidação etiológica, com avaliação do cortisol/ACTH, realização de tomografia computadorizada de abdome e ressonância nuclear magnética. Após a detecção de nódulo sugestivo de adenoma hiperfuncionante em suprarrenal esquerda nos exames de imagem, foram realizadas adrenalectomia por via laparoscópica e biópsia para confirmação diagnóstica, conforme sugere a literatura. O adenoma de adrenal possui bom prognóstico, e os pacientes, em geral, apresentam remissão dos sintomas sem uso de medicações específicas a longo prazo.

Conclusão: O adenoma de adrenal representa uma etiologia rara de SC, caracterizando um desafio diagnóstico. Porém, mediante adequada propedêutica, confirmação diagnóstica e correto tratamento, a qualidade de vida do paciente pode melhorar significativamente pela remissão do quadro.



ANÁLISE DAS DIFERENÇAS DE ABORDAGEM ENTRE AS TÉCNICAS CIRÚRGICAS INTRAUTERINAS E PÓS NATAIS EM CASOS DE MIELOMENINGOCELE.

Laila S. Ribeiro, Camila M. Gomes, Tamires G. C. L. da Silva, Tauane L. Menão, Marcella M. Terra

Faculdade de Medicina da UFJF e Centro de Biologia da Reprodução-UFJF

Introdução: A mielomeningocele (MMC) é um defeito do fechamento do tubo neural que leva à exposição da medula ao ambiente externo. Essa má formação pode trazer graves consequências aos indivíduos afetados, como déficit motor, incontinência fecal e urinária e alterações do sistema nervoso central. Devido a sua gravidade, o tratamento cirúrgico é o mais recomendado, havendo atualmente duas possibilidades: a correção pós natal e a cirurgia intra útero.

Objetivos: Analisar as técnicas cirúrgicas intrauterinas e pós natal em casos de MMC, com foco em compará-las quanto as vantagens e desvantagens.

Métodos: Revisão de literatura com base em dados eletrônicos Google Acadêmico, Scielo e PubMed usando os descritores: mielomeningocele, cirurgia fetal, desenvolvimento neuropsicomotor, evolução. Utilizou-se artigos apresentados na íntegra, escritos em Português e Inglês, publicados entre 2010 e 2020.

Resultados: A correção intrauterina de MMC, por fetoscopia ou a céu aberto, favorece o prognóstico global da criança ao preservar a medula e melhorar o nível neurológico. Com isso, leva a uma melhor resposta da função motora, melhor preservação sensitiva e maior probabilidade de deambulação sem dispositivos. A correção a céu aberto, entretanto, eleva o risco materno a complicações, como ruptura prematura das membranas, implicando em risco aumentado de parto prematuro. Quando a cirurgia de correção de MMC é feita após o nascimento, a técnica de sutura em planos é empregada, na qual ocorre dissecação da pele, músculos e dura-máter, finalizando com fechamento por sutura contínua. Nesse procedimento, porém, pode ocorrer o confinamento da medula, impedindo a ascensão da mesma no canal medular e gerando os sintomas da “síndrome da medula presa”, com danos neuronais e distúrbios autonômicos. Para minimizar os efeitos adversos dessa abordagem, novas técnicas de substituição do tecido nervoso, como o uso de celulose biossintética, estão sendo estudadas para reduzir tais efeitos adversos.

Conclusão: A cirurgia intrauterina para tratamento da MMC é uma alternativa promissora visto que melhora o prognóstico do feto porém pode acarretar em complicações maternas. Já a cirurgia pós natal é mais arriscada devido a técnica de sutura em planos. Portanto, embora a restauração da MMC através da cirurgia intrauterina proporcione um tratamento de maior precisão e efetividade em relação a cirurgia pós-natal, é uma técnica que necessita de maiores estudos para seu aprimoramento.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PROCEDIMENTOS DE APENDICECTOMIA CONVENCIONAL X LAPAROSCÓPICA, NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO, NA REGIÃO SUDESTE EM 10 ANOS.

Laís S. Coutinho, Mariana B. Penna; Lucineide M. O. Maia

Universidade de Vassouras; Hospital Escola José Giossessi Jannuzzi

Introdução: As técnicas operatórias de Apendicectomia Convencional e Videolaparoscópica vêm sendo arduamente estudadas e analisadas, com o objetivo de definir uma técnica de melhores resultados para os pacientes acometidos por Apendicite Aguda nas unidades de emergência. Dessa maneira, é relevante analisar o recente panorama epidemiológico desses procedimentos realizados na região sudeste, comparando os setores público e privado.

Objetivos: Analisar o atual panorama da região Sudeste, de procedimentos de Apendicectomia Convencional e Videolaparoscópica, comparando o setor público e privado, no período de 10 anos. **Material e Métodos:** Realizou-se uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados sobre Apendicectomia Convencional e Videolaparoscópica, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS sob os respectivos códigos de procedimento, 0407020039 e 0407020047, em 02 de Setembro de 2020, englobando o período entre janeiro de 2009 a dezembro de 2019, avaliando número de internações, óbitos, taxa de mortalidade e caráter de atendimento.

Resultados e discussões: De acordo com os dados encontrados, a Região Sudeste, no período analisado, registrou os seguintes números sobre a Apendicectomia Convencional no setor público: 151.637 internações, 441 óbitos e taxa de mortalidade de 0,29%. O mesmo procedimento no setor privado registrou: 124.802 internações, 370 óbitos e taxa de mortalidade de 0,30%. Além disso, a mesma Região apresentou os respectivos valores sobre a Apendicectomia Videolaparoscópica no setor público: 3723 internações, 3 óbitos e taxa de mortalidade de 0,08%. Ademais, o mesmo procedimento no setor privado registrou: 1493 internações, 1 óbito e taxa de mortalidade de 0,07%. Foi possível notar, portanto, que a Apendicectomia Convencional teve um maior número de internações no setor público, e ao mesmo tempo, taxa de mortalidade menor que a do setor privado. Em relação ao procedimento de Apendicectomia Videolaparoscópica, o setor público apresentou um número de internações e taxa de mortalidade maiores que o setor privado.

Conclusões: Observa-se, a partir do presente estudo, que o número de internações devido a Apendicectomia Convencional, independente do setor observado, é muito superior quando o mesmo procedimento é realizado por videolaparoscopia. Vale ressaltar, no entanto, que a Apendicectomia Videolaparoscópica, independente do setor comparado, apresentou menores taxas de mortalidade. Sendo assim, cabe analisar os benefícios da realização de cirurgias minimamente invasivas e reavaliar a necessidade dos procedimentos por cirurgia aberta.



APENDAGITE EPIPLÓICA: RELATO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1, Artêmio José Araruna Dias 2; João Vitor da Cunha Lima Viana 3; Mariane Viana de Oliveira Soares 2; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Innartha Lisley Maniçoba Xavier 4

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil 2 Acadêmico do curso de Medicina da FACISA, Campina Grande - PB, Brasil 3 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal – RN, Brasil 4 Cirurgiã geral no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio de Miranda Burity – CHMTMB, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: A apendagite epiplóica (AE) trata-se de uma patologia pouco comum, de caráter benigno e de tratamento conservador. Seu mecanismo fisiopatológico é explicado pela torção dos apêndices epiplóicos - quando está em tamanho aumentado, o que leva ao aumento e mudança da anatomia da rede venosa, predispondo o apêndice a torção e consequente infarto - ou pela trombose espontânea da sua rede de drenagem. O quadro clínico é caracterizado por dor abdominal aguda em quadrante inferior esquerdo, constante, sem irradiação.

Objetivos: Analisar as variáveis clínicas e cirúrgicas da AE, ilustrando através da apresentação de um caso.

Métodos: Paciente AAPP, sexo feminino, 43 anos, paciente apresentou-se ao serviço com quadro de dor em flanco esquerdo. Foi realizado tratamento para dor através de analgésicos. Ademais, foi solicitado Ultrassonografia (USG) e Tomografia Computadorizada (TC) de abdome total com hipercogenidade dos planos adiposos pericólicos em fossa ilíaca esquerda, compatível com AE. Além disso, na sedimentoscopia foi verificado presença de bactéria na urina sem alterações no hemograma. Foi indicada conduta conservadora, a paciente recebeu alta do serviço e foi encaminhada para tratamento ambulatorial.

Resultados: Sabe-se que a AE é uma condição clínica rara, embora não haja uma incidência formal definida. Há uma preponderância maior no sexo masculino, cuja proporção estatística é de 4:1, com pico entre a quarta e a quinta década de vida. O diagnóstico diferencial envolve a investigação para apendicite e diverticulite agudas. A TC consiste no melhor método de exame diagnóstico, além de possibilitar a exclusão de outras doenças que cursem com quadro clínico semelhante. Na TC é possível se observar uma massa paracólica de 2 a 3 cm, oval, com densidade de gordura, associada em um revestimento peritoneal espessado. O tratamento da AE é, em geral, conservador, através de uso de anti-inflamatórios e analgésicos orais, sem necessidade, na maioria dos casos, de internação hospitalar. A abordagem cirúrgica é possível, embora mais reservada em casos que evoluem com complicações severas.

Conclusão: A definição diagnóstica da AE exige da equipe médica a capacidade para reconhecer o quadro clínico e aventar os possíveis diagnósticos diferenciais. Sendo, destarte, fundamental a publicação e divulgação de trabalhos e estudos a fim de que a patologia seja mais bem discutida, e assim, definidas as melhores abordagens para o paciente.

APENDAGITE MEDIASTINAL: UM RELATO DE CASO

Felipe Leal Ayres / Alana C. Marchesi / Elielder D. Dionizio / Pedro A.A. Honda / André Miotto / Daniela C.A. Dias

Instituto Prevent Senior

Objetivo: Relatar o caso de tratamento conservador para necrose da gordura pericárdica, uma doença com menos de 100 casos relatados na literatura radiológica.

Métodos: As informações foram obtidas por meio da revisão do prontuário médico, imagem dos métodos diagnósticos que a paciente foi submetida e da revisão da literatura.

Resultados: A necrose da gordura pericárdica ou Necrose da Gordura Epipericárdica (NGE) foi caracterizada em 1957 e sua terapia baseava-se na ressecção da gordura mediastinal acometida. Somente em 2005 surgiram os primeiros estudos sobre terapia conservadora para (NGE) à base de anti-inflamatórios não esteroidais. Uma mulher de 38 anos, previamente saudável, que apresentou dor torácica súbita no lado esquerdo, foi internada para investigar a causa dos sintomas. Os valores laboratoriais mostraram apenas D-dímero ligeiramente elevado e o eletrocardiograma era normal. A radiografia de tórax da admissão evidenciou hipotransparidade no campo pleural pulmonar esquerdo, associada a apagamento do seio costofrênico esquerdo, sugerindo derrame pleural. Primeiramente foi tratada com diagnóstico de pneumonia, porém, após dois dias de internação, uma Angiotomografia de tórax revelou necrose gordurosa em gordura epipericárdica, característica de NGE, para a qual a paciente foi tratada com anti-inflamatório não esteroidal com bons resultados.

Conclusão: A necrose da gordura pericárdica é uma consideração diferencial incomum, mas pertinente, para pacientes que apresentam dor torácica pleurítica aguda e exames laboratoriais negativos ou quase normais. Os radiologistas precisam estar cientes de suas características, porque as características clínicas e de imagem geralmente levam ao seu diagnóstico, impedindo exames de outra forma mais agressivos. A combinação de dor torácica pleurítica aguda acompanhada de achados típicos de TC do tórax pode ajudar a estabelecer esse diagnóstico autolimitado.



APENDICITE AGUDA COM APRESENTAÇÃO À ESQUERDA ASSOCIADA A MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Fernando de Paiva Melo Neto 1, Arthur F. S. Mota 2; Débora S. Melo 3; Giovanna C. F. Figueirêdo 3; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Danilo M. L. Carvalho 4

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Residente de Cirurgia Geral da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campina Grande – PB, Brasil; 3 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário Unifacisa, Campina Grande – PB, Brasil; 4 Residente de Coloproctologia do Hospital Municipal Santa Isabel – HMSI, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: A Apendicite Aguda (AA) possui uma apresentação típica que consiste em dor periumbilical com irradiação para quadrante inferior direito e presença de Sinal de McBurney. O diagnóstico diferencial e as variações anatômicas representam os principais entraves em seu

reconhecimento clínico, o que propicia atraso em relação ao diagnóstico e tratamento e aumento das chances de complicação. A Má Rotação Intestinal (MRI), por outro lado, é uma anomalia congênita rara, decorrente de uma rotação ausente ou incompleta do tubo intestinal

primitivo em torno da Artéria Mesentérica Superior.

Objetivo: Apresentar e analisar um caso clínico de AA com apresentação à esquerda associada à MRI.

Método: J.O.Q, sexo masculino, 74 anos, apresentou náuseas, vômitos, episódios de febre e dor progressiva em abdome inferior com duração de três dias, sem irradiação e refratária à analgesia. Ao exame apresentou abdome semigloboso, distendido, tenso, doloroso à palpação difusamente, com descompressão brusca positiva em fossa ilíaca esquerda (FIE). Radiografia de abdome mostrando distensão de alças, com padrão de “empilhamento de moedas” e evidenciando níveis hidroaéreos. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome sem contraste revelando sinais de MRI. Ademais, apêndice cecal com calibre aumentado, paredes espessadas, “borramento” da gordura adjacente, descontinuidade de suas paredes em porção distal e pequenos focos de gás livre, compatível com AA perfurada. Diante disso, paciente submetido a laparotomia exploradora, sendo encontrada grande quantidade de líquido purulento na cavidade, intestino com má rotação, aderências entre as alças intestinais, presença de bloqueio em FIE envolvendo a válvula ileocecal, e apêndice localizado em FIE apresentando necrose e debris em toda a sua extensão, com perfuração em sua porção terminal, classificada como AA Fase IV. Sendo assim, realizada lise de aderências, bem como lavagem exaustiva da cavidade abdominal, apendicectomia e implantação de dreno túbulo laminar em FIE.

Resultados: De acordo com a literatura, a AA do lado esquerdo se desenvolve em associação com dois tipos de anomalias congênitas: situs inversus totalis e MRI. Dentre os pacientes com MRI congênita, 85% são identificadas nas primeiras duas semanas de vida. Algumas pessoas, no entanto, não se apresentam neste momento e podem permanecer assintomáticas durante o resto de sua vida. O estudo mais extenso sobre AA do lado esquerdo encontrou uma incidência de 24,2% associada à má rotação do intestino médio.

Conclusão: A ocorrência de AA do lado esquerdo pode ocorrer devido à MRI não previamente diagnosticada e é extremamente incomum. É de fundamental importância que o médico cirurgião tenha em seu arsenal de possibilidades diagnósticas esse acometimento, de modo que a alta suspeição associado a exames de imagem podem elucidar o caso e resultar em condutas mais apropriadas e ágeis para o tratamento.

APENDICITE RECORRENTE DIAGNOSTICADA POR COLONOSCOPIA: RELATO DE CASO

Arytanna B. S. Castro, Gabriel M. Ferreira ; Talita S. Oliveira ; Luiz H. Miyazaki ; Carlos H. T. Neto

Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso

A apendicite crônica e a apendicite recorrente são condições patológicas que diferem da apendicite aguda, a afecção mais comum do apêndice vermiforme. É diagnóstico diferencial nos quadros de dor abdominal crônica e possui grande relevância clínica, dado o potencial de complicação. Este trabalho relata o caso de uma paciente de 43 anos, sexo feminino, atendida no ambulatório de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso, com relato de desconforto abdominal há cerca de 6 meses, apresentando piora nos últimos 10 dias associados a náuseas, hiporexia e alterações nos hábitos intestinais. Negava febre. Sem comorbidades. Ao exame físico apresentava bom estado geral e abdome com desconforto à palpação em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Já tinha sido submetida à ultrassonografia e tomografia de abdome para investigação e não apresentou alterações nos exames. Optou-se por acompanhamento ambulatorial e foram solicitados exames laboratoriais e colonoscopia. Retorna com exames laboratoriais sem alterações e laudo de colonoscopia apresentando óstio apendicular de aspecto hiperemiado e com saída de secreção purulenta. Foi submetida à Apendicectomia Aberta apresentando apendicite, grau II. Histopatológico descreve apendicite aguda fibrino-purulenta e flegmonosa. A apendicite crônica e recorrente não possui etiopatogenia bem estabelecida e não possui história clínica compatível. Dados da literatura demonstram uma distribuição similar quanto ao sexo, porém com idade média entre 40–45 anos, portanto, acima daquela encontrada nos pacientes com apendicite aguda. Os critérios diagnósticos incluem dor crônica (acima de um mês) em abdome inferior e desaparecimento da sintomatologia após a cirurgia. O achado cirúrgico da apendicite recorrente é semelhante àquela dos pacientes com apendicite aguda, processo inflamatório agudo, exsudativo, fibrino leucocitário e ulcerações flegmonosas. Nos casos de apendicite crônica, os achados histopatológicos são de inflamação crônica com presença de linfócitos e eosinófilos dentro da parede celular, geralmente associada à fibrose, com ou sem obliteração luminal. A apendicite continua sendo um diagnóstico de grande importância devido a sua prevalência nos atendimentos de urgência e por suas diferentes apresentações. Geralmente o diagnóstico é essencialmente clínico, mas quando a apresentação do quadro não é típica, os exames de imagem se tornam um diferencial.



APRESENTAÇÃO E MANEJO CIRÚRGICO DOS TUMORES DE TRAQUEIA PRIMÁRIOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Lucas R. Santana, Heloíse G. D. Barbosa, Eveline M. Nicolini

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

Introdução: Os tumores da traqueia primários (TTP) são raros (0,1–0,4%), sendo 0,2% das doenças malignas respiratórias. Assim, o conhecimento atual baseado em evidências é limitado a relatórios retrospectivos, dificultando a sua total compreensão. **Objetivo:** Analisar a apresentação e manejo cirúrgico do TTP.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática utilizando a base indexadora MedLine com frase de pesquisa com as palavras chaves “Primary Tracheal Cancer” e “Tracheal Neoplasms” e suas variações obtidas no MeSH. Foram encontrados 6 artigos e utilizado o seguinte critério de inclusão: Estudos publicados em até 5 anos. Foram excluídos estudos de revisão.

Resultados: Foram selecionados 4 artigos diretamente relacionados ao tema. Os TTP são raros (0,4%), sendo 80% maligno nos adultos. Os tipos histológicos comuns (75%) são o carcinoma de células escamosas (CEC) e o carcinoma adenóide cístico (CAC). O CEC (50%) se apresenta na 6^ª-7^ª década de vida em homens, tabagistas, envolvendo dois terços inferiores da traqueia e associados (40%) a outros carcinomas (orofaringe, laringe e pulmão). O CAC é mais lento, incidência média na 4^ª-5^ª décadas de vida e acometendo ambos os sexos. Devido a raridade dos TTP, não há estadiamento comumente aceito. A maioria dos TTP são sintomáticos, mas são mal diagnosticados (asma, doença pulmonar crônica ou outros tumores). Os sintomas comuns são dispneia (72,4%), tosse (53,4%), hemoptise (32,8%) e rouquidão (27,6%), sendo 72,4% com histórico de tabagismo e com média de 46,2 anos-maço. A ressecção cirúrgica é aplicável à maioria dos pacientes com doença localizada, associado a radioterapia (RT) adjuvante. A literatura é limitada, entretanto descreve abordagens para os TTP superiores através da incisão em colar cervical, os mediais com a sua extensão para esternotomia mediana completa e os inferiores através da toracotomia direita. É discutido o comprimento da ressecção traqueal, sendo debatido que aproximadamente metade da traqueia pode ser excisada e reconstruída com anastomose primária, no entanto, há relatos que demonstraram que ressecções >4cm estão associadas ao aumento de complicações anastomóticas. O tempo médio de internação é de 7 dias, mantendo os pacientes flexionados posição do pescoço e realizado uma broncoscopia antes da alta. A RT adjuvante melhora as taxas de sobrevida 5 anos (60%).

Conclusão: Por ser uma doença rara, é recomendado mais estudos em comparando as abordagens cirúrgicas e suas complicações.

ASPECTOS TÉCNICOS DA GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA - SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS

Barbosa CA, Oliveira DC, Neto JCL, Machado AZC, Guimarães MF, Assunção MM

Universidade Federal de Ouro Preto, Santa Casa de Belo Horizonte, Hospital Júlia Kubitschek, Hospital São Lucas em Belo Horizonte

As cirurgias para a redução de peso incluem uma combinação de técnicas com restrição de volume, alteração hormonal e disabsorção nutricional, que afetam a saciedade e a sensibilidade à insulina. A gastrectomia vertical laparoscópica (LSG) tornou-se a técnica mais realizada do mundo. O LSG promove a perda de peso por meio de dois mecanismos principais de ação: mecânico e endócrino. O mecanismo restritivo ocorre devido a ressecção da curvatura maior e do fundo do estômago, com redução do volume gástrico de 70 a 80%. O mecanismo endócrino estimula a perda de peso ao induzir anorexia por meio da remoção da maioria das células produtoras de grelina. Este estudo é do tipo transversal, realizado no Serviço de Cirurgia do Hospital São Lucas em Belo Horizonte, através de consulta em banco de dados entre janeiro/2018 a dezembro/2019, tendo todos os pacientes assinado o TCLE. Foram realizados 215 procedimentos. A técnica consiste na inserção de quatro trocarter na cavidade abdominal. A curvatura maior do estômago é desvascularizada até que o pilar esquerdo do hiato diafragmático. A artéria gástrica esquerda é preservada. A sonda de Fouchet é inserida pelo anestesiologista e posicionada contra a curvatura menor. A transecção gástrica é feita com aplicações sequenciais de grampeadores lineares de 60 mm começando em um ponto a 2 cm proximal ao piloro. A porção ressecada do estômago é extraída através do trocarter periumbilical. Nesta casuística 45% dos pacientes tentavam há pelo menos 3 a 5 anos chegar ao peso ideal. O tempo médio intraoperatório de 44 a 105min. Após o procedimento os pacientes foram acompanhados e registrado os principais dados tendo como base a escala de desenho de silhuetas que reflete a autopercepção corporal, a satisfação e a expectativa para com o procedimento, o inventário de depressão de Beck baseado no autorrelato do paciente para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos e do inventário de habilidades sociais para a análise das qualidades psicométricas entre o sujeito e o construto correlato. Identificamos a perda de 21 a 30 kg em 81% dos casos ao final do estudo. A principal complicação pós-operatória foi a intolerância alimentar em 7% dos pacientes. A taxa de satisfação com o peso atual foi de 78%. O Estudo apresentou resultados positivos diretos e indiretos com perda de peso satisfatória na maioria dos pacientes e com baixo índice de, conformando-se como uma opção na correção do excesso de peso por excesso de calorias.



AVALIAÇÃO DA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA INGUINAL PELA TÉCNICA DE LICHENSTEIN: ESTUDO RETROSPECTIVO DE CINCO ANOS NO HOSPITAL SÃO LUCAS

Cirênio de Almeida Barbosa

Universidade Federal de Ouro Preto, Faculdade de Minas, Hospital São Lucas de Belo Horizonte

Introdução: A hérnia inguinal é uma afecção muito prevalente com grande impacto sócio-econômico no mundo. A técnica de correção sem tensão introduzida por Lichtenstein há 34 anos, está associada à eficácia, segurança e pouco desconforto pós-operatório.

Objetivo: O presente trabalho visa relatar a experiência de resultados mediatos e tardios, de hernioplastia sem tensão realizada por uma das equipes cirúrgicas no Hospital São Lucas de Belo Horizonte, no período de três anos (2013-2016).

Metodologia: Os parâmetros de inclusão foram doentes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e portadores de hérnias inguinais redutíveis. Foram excluídos do protocolo doentes com hérnias crurais, irreduzíveis, mais de duas cirurgias para recidivas no mesmo local e obesos com IMC $\leq$ a 40. Complicações como (dor, infecção, hematoma, seroma, inguinodinia e recorrência, através da revisão de prontuários médicos de 280 pacientes) foram registradas. Os pacientes foram avaliados no 4º e 7º dias, com 30, 60 e 180 dias e depois anualmente até o 3º ano de pós-operatório.

Resultados: Na verificação dos prontuários os resultados demonstraram que dos pacientes avaliados a maioria foram do sexo masculino (89,4%) e etnia branca (71,8%). A média de idade de 43 anos. Em 88,3% dos pacientes foram submetidos à primeira hernioplastia, 4,6% logo após a primeira recidiva, e 3,5% correção de hérnia no lado oposto. Quanto a região anatômica, 169 à direita e 111 à esquerda. O tempo médio do procedimento cirúrgico 1h e 39 min. A técnica clássica de Lichtenstein (tela suturada sobre a fáscia transversal) foi realizada com prótese de polipropileno, de 15 x 7,5 cm, fixada também com fio do mesmo material. As principais complicações observadas foram dor leve (11,53%), hiperemia (2,18%), infecção superficial (3,46%), deiscência (0,78%), hematoma leve (11,6%), seroma (17,18%), inguinodinia (7,4%) e tromboembolismo pulmonar (2 pacientes), trombose venosa de cordão espermático (2 casos) e recidiva (1 paciente). O tempo médio de internação de 24 horas. Doenças concomitantes foram observadas em 126 casos, predominando hipertensão, tabagismo, cardiopatia e distúrbios de ansiedade generalizada.

Conclusão: Desta forma, podemos evidenciar dados preliminares encontram-se de acordo com a literatura, demonstrando um baixo índice de complicações, reduzido tempo de internação, refletindo a rotina de um Centro de Referência Terciário de Belo Horizonte, Minas Gerais.

AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE EM COLECISTECTOMIA LAPAROTÔMICA E VIDEOLAPAROSCÓPICA NO ESTADO DO PARÁ ENTRE JANEIRO DE 2016 E JANEIRO DE 2019

MARIA CLARA ALMEIDA SADALA DOS SANTOS, DÉBORA COSTA NEGRÃO, PAULO AFONSO DA SILVA NEVES, FELIPE AUGUSTO CASSEB DOS SANTOS, ANDRESON IULER MELO BENJAMIN

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, Centro Universitário do Estado do Pará, Centro Universitário Metropolitano da Amazônia

INTRODUÇÃO: A colecistectomia é o procedimento cirúrgico que consiste na retirada da vesícula biliar, usado principalmente para tratamento de colelitíase e colecistite. Dentre as técnicas realizadas, as mais comuns são por laparotomia e videolaparoscopia. Apesar da relativa segurança de ambas, estudos relatam que a colecistectomia laparoscópica é o procedimento mais seguro para colecistite, por apresentar menor suscetibilidade a complicações e menor tempo médio de internação hospitalar, possibilitando uma recuperação mais rápida em comparação a colecistectomia laparotômica. Nesse sentido, é importante avaliar os riscos e benefícios dessas técnicas, buscando a redução da mortalidade e o bem-estar do paciente.

OBJETIVO: Avaliar a mortalidade da colecistectomia nas técnicas laparotômica e videolaparoscópica no estado do Pará entre os anos de 2016 e 2019.

MÉTODOS: Estudo epidemiológico, quantitativo e observacional de delineamento retrospectivo baseado nos dados disponíveis na plataforma DATASUS, por meio da Assistência à Saúde (Produção Hospitalar) no tema Procedimentos, no período de janeiro de 2016 até janeiro de 2019.

RESULTADOS: A mortalidade na colecistectomia laparotômica no estado de Pará foi de 52 óbitos em 19.992 (0,2%) procedimentos. Já pela técnica videolaparoscópica, os dados mostram 1 óbito em 2.186 (0,04%) cirurgias realizadas. Ademais, os dados do Brasil comprovam a superioridade entre as técnicas, tendo em vista 2.112 mortes em 387.950 (0,5%) procedimentos na cirurgia convencional e 317 mortes em 244.724 (0,12%) cirurgias de colecistectomia videolaparoscópica realizadas.

CONCLUSÃO: O índice de mortalidade na colecistectomia laparotômica foi 5,6 vezes maior, no estado do Pará, em comparação a colecistectomia por videolaparoscopia. E, em relação ao país, foi 4,2 vezes maior, o que pode ocorrer pela primeira ser uma cirurgia com campo operatório maior e aumentar risco de infecções ou pelo maior tempo de procedimento. Todavia, as duas práticas são eficazes e devem ser escolhidas de acordo com a situação clínica do paciente, disponibilidade de materiais cirúrgicos e aptidão do profissional que irá realiza-la.



BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA COM A PROGRESSÃO DA DOENÇA EM PACIENTE COM DOENÇA DE NIEMANN-PICK TIPO C

Ângela C.D.A.D.de Macêdo, Ana T. D.A.D.de Macêdo; Kelly C.C. Paiva

Universidade Federal de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO: A Doença de Niemann-Pick é hereditária, rara e considerada uma doença generalizada e grave. Os sintomas devem-se ao acúmulo de macrófagos repletos de lipídios e vacuolizados, em vários órgãos, como baço.

OBJETIVO: Relatar um caso de Doença de Niemann-Pick tipo C, com alteração de Sistema Nervoso, ocasionando perda motora, fala e alterações da sucção e deglutição necessitando de intervenção cirúrgica.

RELATO DE CASO: ARM paciente sexo feminino, quatro anos, nascida prematura, icterícia neonatal, necessitou fototerapia, por 12 dias, sem resposta adequada, com dificuldade de ganho de peso e de sugar, esplenomegalia, hirsutismo. Fez estudo do DNA e biópsia em que permitiu diagnosticar Niemann-Pick pela presença de mutação genética e alterações moleculares. Desenvolveu-se normalmente até 1 ano, quando ocorreu plaquetopenia e anemia. Até dois anos expressava verbalmente, mudando o curso da doença após quadro de mononucleose em que teve regressão motora e verbal. Aos três anos apresentou três episódios de pneumonia. Demonstrou progressão da doença afetando a via respiratória, com quatro anos, apresentando disfagia, dispneia ao se alimentar, afasia.

MÉTODOS: As informações apresentadas neste trabalho foram obtidas após acompanhamento do caso, revisão do prontuário e revisão da literatura.

RESULTADOS: Foi realizada intervenção cirúrgica videolaparoscópica de funduplicatura e gastrostomia, permitindo observar hepatoesplenomegalia. O baço apresenta, especial aumento de tamanho, por ser o local de acúmulo do excesso de macrófagos espumosos com substâncias (esfingomielina), produzidas pela doença. Este aumento causava compressão do pulmão esquerdo, restrição a ventilação e deslocamento do estômago, levando a piora do refluxo gastroesofágico. Porém, não é indicada esplenectomia devido a importância para degradação dos macrófagos espumosos, impedindo a impregnação no SNC e a progressão da doença. A gastrostomia realizada para introdução alimentar complementar a oral, devido a progressiva dificuldade de sucção e deglutição. Houve boa recuperação pós-operatória e melhora dos sintomas respiratórios, do padrão do sono, da regurgitação pós-alimentação, do refluxo, melhorando a qualidade de vida da paciente.

CONCLUSÃO: A Doença de Niemann-Pick tipo C é progressiva e é importante o acompanhamento sequencial do quadro. Foi perceptível a importância da Cirurgia Pediátrica intervindo em busca de redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida da paciente.

BRUNNEROMA DE PRIMEIRA PORÇÃO DE DUODENO: UM RELATO DE CASO

Letícia de Oliveira Garcia, Maria Fernanda de A. Fogaça, Bernardo T. Pentagna, Mariana B. Penna, Gabriel O. L. Oliveira

Hospital Escola de Valença

As glândulas de Brunner estão presentes na primeira porção do duodeno, com função de secretar mucina a fim de alcalinizar o conteúdo gástrico que chega ao intestino, como forma de proteger a mucosa intestinal. A hiperplasia dessas glândulas se caracterizam por um tumor benigno, denominado adenoma de células de Brunner ou Brunneroma. Com isso sua localização mais comum são nas primeira e segunda porção do duodeno.

Englobam ao todo 0,008% de todos tumores benignos duodenais. A etiopatogenia dessas lesões não está bem esclarecida.

A maioria dos pacientes são assintomáticos, mas podem aparecer sintomas de obstrução intestinal. Assim como dor abdominal, náusea, vômito, anemia e melena.

A ressecção por endoscopia digestiva alta (EDA) é de escolha nos pacientes, mas a depender do tamanho é necessário a via cirúrgica.

Este trabalho, no entanto, tem como objetivo documentar um raro caso de Brunneroma ocorrido no Hospital Escola de Valença, em um paciente sintomático que evoluiu para laparotomia exploradora.

Foi feita uma revisão de artigos relacionados ao tema, e acompanhamento do paciente durante sua internação, com visualização da EDA e da cirurgia.

Paciente J.N.F. 55 anos, admitido com relato de dor abdominal de forte intensidade em flanco esquerdo em cólica, intermitente, e sem irradiação. Acompanhada por astenia e episódios de melena. Ao exame físico: hipocorado (3+/4+), eupneico em ar ambiente e hemodinamicamente estável. Nega comorbidades. Em uso diário de zinco, vitamina C, Mirosil, Tribulus terrestris, e Maca peruana. Hemograma de admissão: Ht = 21,5%; Hb = 7,7 mg/dl; Hemácias = 2,52 mil/mm³. Sendo realizado um concentrado de hemácia. Após transfusão: Ht = 21,7%; Hb = 7,4 mg/dl; Hemácias = 2,53 mil/mm³. Devido ao quadro de anemia persistente foi realizado EDA para investigação do sangramento agudo. No duodeno foi visualizada uma lesão polipoide pediculada, de base alargada, iniciada na transição do piloro e invaginada para duodeno, com aproximadamente 7 cm de comprimento. Classificação: YAMADA IV. Com mucosa rósea, friável e sangrante. Foi realizado infiltração na base da lesão com adrenalina e cauterização no local. Não houve sucesso da ressecção pela EDA, devido sangramento de moderada intensidade e dificuldade de visualização. Houve evolução para laparotomia com exérese da lesão polipóide. E encaminhamento da peça para estudo histopatológico. O laudo constatou ser uma lesão benigna do tipo Adenoma de Brunner.



CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL - RELATO DE CASO

Mara I. S. Zamae, Amanda C. V. Alves, Henrique N. C. Oliveira, Lucas O. Foureaux, Maria C. Diniz, Milhem J. M. Kansaon

Hospital Vila da Serra; Hospital Mater Dei

Introdução: O carcinoma de células de Merkel (CCM) é uma neoplasia neuroendócrina rara e agressiva da pele. Acomete principalmente a cabeça e a região cervical de homens idosos de pele clara, sendo seus fatores de risco conhecidos: exposição à radiação UV, imunossupressão e infecção pelo poliomavírus. Em razão da baixa incidência desta neoplasia, não é considerada como hipótese diagnóstica inicial. Nosso relato envolve o caso de um paciente que reincidiu com CCM, com disseminação rápida, a despeito de radioterapia.

Relato de caso: Trata-se do paciente EGO, 70 anos, sexo masculino, que evoluiu com lesão em panturrilha direita em outubro de 2019, prontamente retirada por biópsia excisional. Laudo anatomopatológico (AP) evidenciou neoplasia compatível com CCM. Por apresentar margens cirúrgicas acometidas, foi submetido a ampliação de margens e biópsia de linfonodo sentinela em dezembro de 2019, sem sinais de acometimento linfonodal em análise posterior. TCs de controle não apresentaram sinais de metástases à distância. Paciente foi, então, submetido a radioterapia adjuvante, com término em março de 2020. Em acompanhamento clínico-cirúrgico oncológico, evoluiu em junho de 2020 com lesão nodular, rosácea e indolor, de crescimento rápido, em face interna da coxa direita, sugestiva de metástase em trânsito, além de linfonodomegalia inguinal ipsilateral. Novos exames sem sinais de doença a distância. Paciente foi submetido a reabordagem cirúrgica, com exérese de tumor em monobloco com planos profundos e linfadenectomia inguinal/ ilíaca externa. AP confirmou CCM, retirado com margens livres, além de 9 de 19 linfonodos positivos para metástase.

Discussão: Clinicamente, o CCM apresenta-se como uma lesão nodular de coloração rósea, indolor e de crescimento rápido, conforme descrito neste relato. Similarmente ao Melanoma, possui alta probabilidade de recorrência local, disseminação linfonodal e metástase a distância. Entretanto, diferentemente das células melanocíticas, as células de Merkel têm característica radiosensível. Tal fato possibilita uma melhor abordagem terapêutica, pela associação da abordagem cirúrgica e radioterápica adjuvante, culminando em redução de recorrência tumoral local. O tratamento está baseado na exérese cirúrgica completa, associada ou não a adjuvância pós-operatória ou a esvaziamento linfonodal. Objetivando margens histológicas negativas, são propostas margens macroscópicas de 1-3 cm.

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO (CARCINOMA DAS CÉLULAS DE MERKEL) DO RETROPERITÔNIO: RELATO DE CASO

Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1, Anderson Brasileiro de Araújo 2; Bianca Dantas Mayer 1; Fernando de Paiva Melo Neto 1; Jéssica M. Pontes 3; Carlos R. C. Leite 4

1 Acadêmico do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Acadêmico da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil; 3 Coloproctologista do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), João Pessoa – PB, Brasil; 4 Professor Doutor do Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: O Carcinoma Neuroendócrino (CNE) é uma neoplasia maligna e agressiva e tem nas células de Merkel seu substrato anatomopatológico. A doença é bastante rara e apenas um número relativamente pequeno de casos não apresenta lesão primária aparente.

Objetivo: Apresentar e analisar um caso raro de CNE (carcinoma das células de Merkel) da região retroperitoneal em hospital de referência oncológica do Estado da Paraíba.

Métodos: Paciente PQS, 70 anos, branco, sexo masculino, com queixas de dor lombar de forte intensidade há 06 meses. Tomografia Computadorizada de abdome revelou formação expansiva na região retroperitoneal direita anteriormente ao rim homolateral, medindo aproximadamente 4 cm de diâmetro, sem outros achados. Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia sem alterações. Dosagem de Antígeno Carcinoembrionário, alfafetoproteína e CA 19-9 normal. Antígeno prostático específico estava aumentado, mas o toque retal era normal e a biópsia prostática não revelou malignidade. O paciente foi submetido à ressecção de massa retroperitoneal com margens de segurança por lombotomia direita, sem intercorrências no pós-operatório. O perfil imuno-histoquímico da peça operatória revelou positividade da cromogranina e negatividade para 35BH11 e 34BE12, confirmando o diagnóstico de CNE pouco diferenciado. Um mês após o procedimento, na ressonância nuclear magnética, foi detectado doença metastática na coluna vertebral, promovendo dor lancinante e dificuldade de deambulação. Assim, realizado quimioterapia com Etoposide e Ifosfamida e radioterapia locorregional, evoluindo com melhora significativa.

Resultados: O tumor das células de Merkel é bastante agressivo, afeta, principalmente, homens com mais de 59 anos e surge, comumente, na pele exposta ao sol. A doença é muito rara e apenas 2 a 5% dos casos apresentam-se sem lesão cutânea aparente. Segundo Sota et al (2017), apenas 14 casos com essa mesma condição foram relatados na literatura. É uma doença com mau prognóstico, devido ao diagnóstico em estágios avançados. Se a doença for localizada, a cirurgia é a opção de escolha, porém, a quimio e radioterapia podem ser benéficas em estágios avançados.

Conclusão: No retroperitônio, o tamanho do carcinoma neuroendócrino determina a sintomatologia e o diagnóstico tardio, favorecendo a recorrência e metástase. Diante disso, são necessários mais estudos acerca da eficácia da quimio e radioterapia em pacientes com CNE, possibilitando um melhor manejo terapêutico.



CIRURGIA PLÁSTICA DE PEQUENOS LÁBIOS: NINFOPLASTIA- UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Maria Carolina Marques de Sousa Araújo, Luis G. Blemer; Anna M. R. Oliveira; Felipe C. Ferreira; Mirelle Y. Santos; Dra.Eliane M A.S Araújo

Universidade Regional de Blumenau, Blumenau/SC Faculdades Adamantinenses Integradas, Adamantina/SP Centro Universitário de Mineiros - UniFimes - mineiros/GO Universidade Estadual De Ponta Grossa - Ponta Grossa/Pr Universidade Regional De Blumenau - Blumenau /SC; Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba

Introdução: A labioplastia vaginal, também conhecida como ninfoplastia, é um procedimento cirúrgico na região íntima feminina, cujo o objetivo é reduzir os pequenos lábios da vagina. A cirurgia costuma ser indicada a mulheres com hipertrofia na região. Tem sido descrita para o gerenciamento de problemas funcionais e estéticos associados à saliência (hipertrofia) dos lábios.

Objetivo: Esta revisão bibliográfica visa analisar as técnicas cirúrgicas relacionadas a ninfoplastia e a satisfação das pacientes a cerca do procedimento estético.

Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura nas bases Pubmed, Scopus e Web of Science, utilizando os seguintes descritores: management, technique, surgery, nymphoplasty e labiaplasty. Foram gerados 113, 85 e 41 resultados, respectivamente, totalizando 239 artigos e após remoção de 83 duplicatas, foram obtidos 156 artigos. Verificaram-se a seleção de 15 estudos observacionais de aspecto retrospectivo e prospectivo, pertencentes ao período de janeiro de 1991 a novembro de 2020, sem restrição de idioma.

Resultado: Os procedimentos utilizados são através das técnica longitudinal clássica, técnica com V-Plastia, técnica pessoal com ressecção nas extremidades (plastia denominada "VV"). Nos últimos anos, derivando das técnicas de cirurgia plástica, ressecções em "V" possibilitam a redução do comprimento da cicatriz para evitar o risco de complicações locais. Na maioria das vezes, uma técnica é usada com uma ressecção em forma de V central, limitando a cicatriz à parte central dos pequenos lábios. Permite ressecções fracas a médias. A vantagem dessas técnicas é respeitar a arquitetura dos pequenos lábios, não deixando vestígios da intervenção após a cicatrização. Técnica pessoal com ressecção nas extremidades: plastia utilizada em hipertrofias muito grandes (mais de 6 cm), às vezes é necessário realizar uma dupla ressecção em V, daí o nome da técnica conhecida como "VV". Realizamos uma ressecção muco cutânea com dois "V" laterais nas extremidades superior e inferior dos pequenos lábios. Consequentemente, a parte central permanece livre de qualquer cicatriz, as consequências são rápidas e permitem um recomeço precoce das relações íntimas.

Conclusão: É um procedimento que vem apresentando ótimos resultados, deixando as pacientes satisfeitas. Com a popularização da procura, a cirurgia deixou de ser um tabu.

CISTADENOMA SEROSO GIGANTE: UM RELATO DE CASO

Francesca G. M. Delgado, Francielle B. M. de Mesquita, Ruan T. Lessa, Marcelo R. Cesar, Enzo A. Avidago, Artur Laizo

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC-JF

Introdução. Cistos ovarianos são coleções de líquido comumente vistos em mulheres durante todo o tempo de vida. Na maioria dos casos, os cistos são benignos e podem ser gerenciados de forma conservadora. Dentre os tumores epiteliais, os cistadenomas serosos são um dos mais comuns, correspondendo de 15 a 25% dos casos. Eles são de consistência firme, base larga e coloração pálida, medindo geralmente de 5 a 15 centímetros, raramente atingindo maiores dimensões.

O objetivo do relato é descrever a experiência obtida com uma paciente atendida no Hospital São Vicente de Paulo de Minas de Geraes (HSVP-MG) e discutir os aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos.

Relato de caso. Paciente do sexo feminino, 42 anos, natural de Juiz de Fora - MG, foi submetida a uma cirurgia eletiva de histerectomia e ooforectomia bilateral no HSVP. Durante a cirurgia, no momento da incisão, identificou-se um volume na cavidade abdominal. Houve correção da hérnia e realização de uma tomografia, que constatou a massa medindo cerca de 27,7 x 19,6 x 26,2 (T x AP x L). Vinte dias depois, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora com exérese do cisto detectado e aspiração de 13 litros de líquido do seu interior e do próprio ovário. Em seguida, foi realizada a biópsia do material colhido, que indicou ser um cistadenoma seroso, aderido à tuba e ao ovário esquerdo.

Discussão. Os cistos ovarianos, nas fases iniciais, podem provocar sintomas gerais como náuseas, dispepsia e desconforto abdominal. Quando volumosos, podem gerar constipação intestinal ou retenção urinária. Contudo, a maioria dos casos são assintomáticos e ocorrem em mulheres entre 20 e 44 anos como o da paciente descrita. O diagnóstico é baseado na confirmação da origem do tumor, bem como na exclusão da sua malignidade. O antígeno cancerígeno (CA) 125, marcador tumoral mais sensível para os tumores epiteliais, apresentou um aumento significativo no exame laboratorial. Para cistos gigantes a laparotomia está indicada, uma vez que, há necessidade de manipulação do cisto para alcançar o pedículo do ovário e realizar a exérese de forma completa como no relato.

Conclusão. Portanto, a paciente se enquadra dentro dos casos de cistadenomas serosos, caracterizados como ocorrências mais comuns das afecções tumorais, dentro da faixa etária de ocorrência para massas benignas e encontrava-se assintomática. O exame de escolha foi ultrassonografia para reconhecimento do tumor e laparotomia para melhor resolução do caso.

CISTO BILIAR SOLITÁRIO GIGANTE: RELATO DE CASO

Thais B.O. Junqueira¹, Gabriel B. Affonso¹, Taline N. Rodrigues¹, Gláucio S. Souza², Maria Cristina V. Furtado², José Otávio G. Junqueira²

¹ Médicos Residentes de Cirurgia Geral/ ² Serviço de Cirurgia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO Os cistos hepáticos constituem um distúrbio com diferentes etiologias e manifestações clínicas. Podem ser divididos em dois grandes grupos, aqueles congênitos (cisto benigno solitário, doença policística hepática e doença de Caroli) e os cistos adquiridos (neoplásicos, traumáticos ou infecciosos). Cistos hepáticos solitários podem se desenvolver na forma de cisto simples ou cisto biliar, dependendo da composição do fluido contido em seu interior e da sua relação anatômica com a árvore biliar. Os cistos acometem principalmente mulheres, envolvendo com maior frequência o lobo hepático direito. A maioria destes cistos tem origem congênita e pressupõe-se que estejam relacionados a alterações ligadas ao cromossoma 16, e pelo fato de acometerem principalmente o sexo feminino, acredita-se que tenham relação com variações dos níveis hormonais, principalmente o estrogênio. Por serem assintomáticos ou apresentarem sintomas inespecíficos, os métodos de imagem tornam-se fundamentais para o diagnóstico dos cistos hepáticos. Achados incidentalmente, geralmente não merecem tratamento, sendo conduzidos de forma conservadora. Naqueles sintomáticos, cujos sintomas são atribuídos à presença do cisto, deverão ser submetidos a alguma forma de terapêutica.

OBJETIVO Em virtude da escassez de séries de casos, diante de cistos hepáticos solitários, sua melhor conduta permanece controversa, dessa forma, a partir do relato de caso de uma paciente, são discutidas alterações encontradas em métodos de imagem, alternativas relacionadas ao seu tratamento, assim como o resultado de seu estudo anatomopatológico, com revisão de literatura.

MÉTODO Relatar um caso de uma paciente diagnosticada com cisto biliar solitário do serviço de cirurgia do Hospital Universitário da UFJF e revisão de literatura.

RELATO DE CASO Feminino, 13 anos, foi admitida com dor abdominal esporádica há alguns anos, com piora nos últimos 3 meses, associada ao aumento do volume abdominal e sensação de peso. Dor inicialmente leve, de caráter opressiva, localizada principalmente no quadrante superior direito do abdome. Refere abaulamento progressivo do epigástrio e do flanco direito, preservando um bom estado geral, sem relatos de anorexia, náuseas, vômitos ou perda de peso. Ao exame, abdome com abaulamento epigástrico e do flanco direito, presença de massa palpável, endurecida e dolorosa à palpação profunda, com margens arredondadas e de consistência firme. US de admissão evidenciou formação expansiva, predominantemente sólida com áreas císticas de permeio, ocupando quase todo abdome superior, medindo cerca de 23cm x 16cm. Exames laboratoriais com discreta anemia, eletrólitos normais, assim como provas de função hepática e enzimas canaliculares. Foram dosados também a alfafetoproteína e a gonadotrofina coriônica humana que encontravam-se dentro dos limites da normalidade. TC de abdome revelou volumosa formação expansiva abdominal, em íntima relação com a porção lateral do lobo esquerdo do fígado, deslocando o estômago, cólon transverso e alças de intestino delgado, determinando abaulamento da parede anterior do abdome e estendendo-se inferiormente até o nível de L4, medindo 25cm x 22cm x 12,5cm, com volume estimado de 3595cm³. Dentre as hipóteses diagnósticas, foi considerado a possibilidade de lesão hepática de crescimento exofítico (hamartoma mesenquimal, com predomínio cístico) e lesão cística congênita de origem no ligamento gastro-hepático (cisto de duplicação), com conteúdo heterogêneo por provável sangramento. À ressonância nuclear magnética (RM) do abdome, a lesão apresentava predominantemente alto sinal na sequência T2, com conteúdo heterogêneo de hipersinal em T1, sem evidências de realce pelo meio de contraste, sugerindo lesão cística com conteúdo hemático. Ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e vesícula biliar deslocada lateralmente. Paciente foi submetida a laparotomia, na qual foi evidenciada extensa lesão cística, encapsulada, sem aderência a outros órgãos e em íntimo contato com os segmentos II e III do fígado. Realizado exérese completa da lesão que pesou 3890g. **RESULTADO** O pós operatório transcorreu sem complicações e a paciente teve alta no 50 dia. O estudo anatomopatológico revelou lesão cística revestida por parede fibrótica, com aprisionamento de estruturas ductais biliares e parênquima hepatocitário contendo em seu interior células de aspecto macrofágico, de citoplasma amplo e grande quantidade de material hemático e necrótico. Em uma das áreas preservadas do revestimento interno, notou-se a presença de células colunares mucossecretoras. Realizado imunohistoquímica que evidenciou lesão cística revestida por epitélio colunar simples e sem atipias, com áreas hemorrágicas. Na parede da lesão, havia aprisionamento de hepatócitos e ductos biliares e revelou positividade para citoceratina nas células de revestimento. Achados estes, sugestivos de cisto de ducto biliar solitário.

DISCUSSÃO Os cistos hepáticos solitários raramente manifestam-se na infância, porém sua ocorrência tem sido detectada em maior frequência com a realização da US de rotina no acompanhamento pré-natal, sendo a maioria deles detectados no terceiro trimestre de gestação. Acometem principalmente mulheres na proporção de 1,5 a 4:1, envolvendo com maior frequência o lobo hepático direito em cerca de 70% a 83% dos casos. A maioria dos portadores de cistos não parasitários é assintomática. Estima-se que apenas 10% a 40% destes tornarão sintomáticos. Dentre os sintomáticos, cerca de 25%, cursam com alterações que vão de um leve desconforto até dor em andar superior do abdome, associado à presença massa abdominal, como no caso relatado. Porém, outros sintomas podem surgir por efeitos compressivos como náuseas e vômitos, desconforto respiratório, saciedade precoce e icterícia. Durante o exame físico, podemos detectar massa abdominal palpável ou hepatomegalia, sendo estes achados inespecíficos. Muitos portadores destes cistos só procurarão assistência quando estes tornarem-se muito volumosos ou apresentarem complicações como hemorragia intra-cística, ruptura, infecção, degeneração maligna e compressão de elementos do pedículo hepático, determinando o aparecimento de sintomas. Achados incidentais de cistos hepáticos simples em pacientes assintomáticos podem ser conduzidos de forma conservadora, pois estes pacientes permanecerão livres de sintomas e não merecerão qualquer tipo de terapêutica, uma vez que a maioria dos cistos simples não evoluirão ou poderão até mesmo regredir de tamanho. O tratamento do cisto hepático solitário tem por objetivo aliviar os sintomas e prevenir complicações, estando intimamente relacionado com seu tamanho, localização, assim como de suas características à US e à TC na avaliação prévia. Portanto, o tratamento cirúrgico, fica reservado para casos sintomáticos e aqueles de crescimento rápido cujo diagnóstico é duvidoso, pode ser por laparotomia ou laparoscopia.

CONCLUSÃO Apesar do grande avanço tecnológico, ainda existem dúvidas na diferenciação diagnóstica de lesões císticas hepáticas. Porém, a ressecção completa destas lesões parece ser segura e com baixos índices de complicações peri operatórias e baixa recidiva, sendo o mais indicado pelo potencial risco da lesão hepática sofrer degeneração maligna.



COLECISTECTOMIA EM DOENÇA FALCIFORME: INDICAÇÃO, FREQUÊNCIA E ABORDAGEM CIRÚRGICA PREFERENCIAL

Augusto C. A. Santos, Tássia M. M. Paz, Rodrigo D. M. Almeida, Nathalia N. S. Magalhães, Daniela O. W. Rodrigues

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (Unipac-JF) – Juiz de Fora, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA) – Juiz de Fora, Fundação Hemominas – Juiz de Fora.

Introdução: Doença Falciforme (DF) designa um conjunto de distúrbios hemolíticos hereditários determinados pela mutação do gene beta-S da globina. É observado hemólise crônica, suscetibilidade a infecções, crises dolorosas e disfunção orgânica. Cerca de 30 a 70% dos pacientes com DF desenvolvem colelitíase por cálculos biliares pigmentados. A conduta terapêutica é a colecistectomia, devido ao risco de colangite e colecistite na DF.

Objetivo: Verificar a frequência de colelitíase e colecistectomia no estudo REDS III DF e revisar a literatura sobre a técnica cirúrgica de eleição.

Método: Foram avaliados 275 pacientes com DF inscritos na coorte entre novembro/2013 a novembro/2014 com cadastro ativo na Hemominas de Juiz de Fora e acompanhados até 2018. A revisão bibliográfica foi realizada na base PubMed, com refinamento para ensaios clínicos, com os descritores “sickle cell disease” e “cholecystectomy” a fim de analisar a abordagem cirúrgica utilizada nos estudos publicados entre 1997 e outubro/2020. A pesquisa foi aprovada pelo CEP e cadastrada na Plataforma Brasil.

Resultado: Foi observado que entre os 275 pacientes da coorte, 70 (25,45%) haviam sido submetidos à colecistectomia e 67 aguardavam a liberação do procedimento cirúrgico, evidenciando uma frequência de litíase biliar de 49,81% na população estudada. As técnicas cirúrgicas previstas para a colecistectomia incluem a laparotomia e a laparoscopia, sendo a videolaparoscopia considerada a via de maior segurança para a DF, com menos complicações relacionadas à cirurgia, menor tempo cirúrgico, menor tempo de anestesia e recuperação pós-operatória mais rápida. Na DF pode haver necessidade de transfusão pré-operatória, com obrigatoriedade de manutenção de oximetria acima de 95% e hidratação adequada. Em pacientes sintomáticos, a colecistectomia é o tratamento de escolha, enquanto a indicação de colecistectomia eletiva para colelitíase assintomática ainda é controversa considerando que o procedimento apresenta risco cirúrgico não desprezível, atingindo 1% de mortalidade, e é associado a exposição de fatores que precipitam a polimerização dos eritrócitos, podendo levar a hemólise grave e vaso-oclusão.

Conclusão: A colelitíase é a complicação mais comum do trato gastrointestinal em DF e a colecistectomia é o procedimento cirúrgico mais realizado nesses pacientes. Dentre as vias cirúrgicas, a técnica laparoscópica contribui na diminuição da morbimortalidade em razão de seu caráter minimamente invasivo.

COLECTOMIA TOTAL E SEU PAPEL NO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS DA RCU, UM RELATO DE CASO.

Felipe A. B. França, André L. D. Marques Jr, Liliana A. Chebli, Taline N. Rodrigues, Gláucio S. Souza, Frederico C. C. Araújo

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) são cada vez mais frequentes na prática médica diária, tendo o número de diagnósticos triplicado nos últimos 20 anos. Estas patologias necessitam de um manejo farmacológico extremamente adequado, de modo que a atividade inflamatória (e consequentemente todos os seus efeitos danosos) esteja em constante controle. Todavia, a depender da gravidade da doença e da urgência do quadro, pode ser necessária a abordagem cirúrgica.

O objetivo deste trabalho foi avaliar as indicações e implicações da realização da colectomia total em um quadro de colite aguda grave na retocolite ulcerativa (RCU).

Relato de caso: L.T.M, 39 anos, portadora de RCU há 4 anos, iniciou em janeiro de 2020 um quadro de hematoquezia e dor abdominal leve, principalmente em fossa ilíaca esquerda. No fim deste mesmo mês, houve piora do quadro, com aumento no número de evacuações (10/dia), em pequenas quantidades, acompanhadas de sangue e muco, quando foi admitida no serviço de Gastroenterologia do HU. Ademais, a paciente apresentava picos febris diários (38°C), além de lesões nodulares, eritematosas e dolorosas em MMII. Após investigação laboratorial, constatou-se uma leucocitose exacerbada (18.000 cel./mm³), que juntamente com as outras manifestações clínicas (dor, febre e anemia) sugeriram a presença de um megacólon tóxico associado a uma colite aguda grave. Após a abordagem inicial, a paciente foi encaminhada para o serviço de cirurgia, que procedeu à colectomia total com ileostomia terminal em caráter de urgência.

Conclusão: Apesar de cerca de 80% dos pacientes com RCU responderem ao tratamento clínico, por vezes o tratamento cirúrgico é necessário. As principais indicações são as complicações agudas e crônicas da RCU, além da refratariedade ao tratamento clínico. A despeito da técnica cirúrgica ter avançado, permitindo a manutenção do esfíncter anal, trata-se ainda de uma cirurgia mutilante. Quando indicada, a técnica cirúrgica varia de acordo com seu caráter, se eletiva ou de urgência. Nas situações de urgência, atualmente há equilíbrio entre os procedimentos mais radicais e os menos agressivos, sendo a técnica determinada basicamente pela gravidade do paciente. De acordo com o evidenciado, a paciente apresentava uma pancolite, complicação aguda grave da RCU e, como encontrava-se em mal estado geral, foi indicada uma abordagem cirúrgica de urgência, sendo a colectomia total com ileostomia terminal a cirurgia de eleição nesse caso.



COMPARAÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA ENTRE PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA DE URGÊNCIA E ELETIVA DE 2010 A 2019

Davi Martins Vidal, Pedro César Morato Filho, Lucas Augusto Niess Soares Fonseca

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos - UNIPAC JF

Introdução. A colelitíase é uma doença comum cuja prevalência aumenta com a idade em ambos os sexos. Desta forma, na sétima década de vida, 35% das mulheres e 20% dos homens apresentam cálculos na vesícula biliar. Devido a esta alta prevalência, a colelitíase é a doença intra-abdominal que mais leva idosos para a sala de operação. A colecistectomia, procedimento cirúrgico para retirada da vesícula biliar, é indicada em casos de colecistite, colelitíase, coledocolitíase, pancreatite de origem biliar ou tumor de vesícula, sendo comum nos serviços de cirurgia geral e do aparelho digestivo, e a cirurgia do trato digestivo mais realizada no mundo.

Objetivo. Comparar o tempo médio de permanência hospitalar entre os pacientes submetidos à Colecistectomia eletiva e de urgência em todas as unidades federativas do Brasil. Além disso, identificar os estados que apresentaram as menores taxas de permanência hospitalar tanto na eletiva quanto na urgência.

Método. Consulta quantitativa ao banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/DATASUS, na data de 25 de setembro de 2020. Os critérios de filtragem utilizados foram: média de permanência por unidade de federação segundo ano de atendimento, em caráter de urgência ou eletivo, dos procedimentos de colecistectomia e colecistectomia videolaparoscópica entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019.

Resultados. A menor média de permanência entre 2010 e 2019 em cirurgia eletiva foi encontrada no estado de Sergipe (SE), com 1,6 dia. Já o pior resultado foi obtido no estado do Acre (AC), com 4,3 dias. A menor média anual ocorreu em 2017 em SE com o valor de 1,5 dia, já a maior permanência foi no ano de 2011 no AC com 5,6 dias. Minas Gerais (MG) teve uma média geral de 1,9 dia e o melhor resultado foi 1,7 dia. Quanto às cirurgias de urgência o menor tempo de permanência, entre 2010 e 2019, foi encontrado no estado do AC com 2,4 dias e o maior tempo foi de 7 dias no estado do Rio de Janeiro (RJ), o menor tempo de permanência geral se encontrou no AC em 2019 sendo 1,9 dia e o maior tempo em SE no ano de 2010 com 8,4 dias. MG obteve o valor de 4,4 dias na média geral e o melhor ano foi 4 dias.

Conclusão. Os pacientes submetidos à cirurgia eletiva permaneceram menos tempo no ambiente hospitalar em detrimento àqueles que foram submetidos a urgência. O estudo atribuiu essa diferença ao grau evolutivo da afecção e o tempo diagnóstico como decisivo para o menor tempo de permanência.

Palavras-chave. Colecistectomia, Cirurgia Eletiva, Tratamento de Emergência

COMPARAÇÃO NA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES ENTRE LIPOABDOMINOPLASTIA E ABDOMINOPLASTIA CLÁSSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Pedro Brito Corrêa, Jose Humberto Campos

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Introdução: A lipoabdominoplastia e a abdominoplastia clássica são procedimentos que corrigem as alterações estético funcionais da parede abdominal. Por se tratar de procedimentos cirúrgicos, ambas estão passíveis de complicações pós-operatórias. Por isso, esse estudo busca comparar a incidência de complicações entre as técnicas para avaliar se há alguma diferença entre elas.

Objetivo: Comparar a incidência de complicações entre a lipoabdominoplastia e a abdominoplastia clássica.

Método: Foi realizada uma revisão sistemática, utilizando-se o modelo PRISMA. Foram incluídos estudos do período de 2010 a 2019, os quais comparassem a lipoabdominoplastia e a abdominoplastia clássica. A análise dos dados foi baseada pelas complicações, idade e índice de massa corporal trazidos pelos trabalhos.

Resultados: Após análise dos estudos encontrados, 05 foram selecionados para compor essa revisão sistemática. No total, foram analisados 1580 pacientes, desses 677 tiveram alguma complicação, sendo 526 (33%) nos que realizaram abdominoplastia clássica e 151 (9%) nos que realizaram lipoabdominoplastia. Das complicações analisadas houve uma diminuição da incidência na lipoabdominoplastia quando comparada com a abdominoplastia clássica, principalmente nos seromas (redução de 44%), hematomas (redução de 3%) e deiscências (redução de 3%). No restante das complicações não houve diferença significativa entre os dois procedimentos.

Conclusão: Ao final deste estudo, foi observado uma diminuição da incidência de complicações dentro da lipoabdominoplastia perante a abdominoplastia tradicional.

CONTROLE DE DANOS NO MANUSEIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA GRAVE POR CÂNCER GÁSTRICO EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ - RELATO DE CASO

IAGO FERNANDO ALENCAR AMORIM, Robson Luís Silveira Jara; José Guilherme Gutierrez Saldanha; Samer Ghadie Majid ; Andrielle Fernandes Ferreira;

HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL

Sabe-se que a perda aguda de sangue representa grande risco à vida do paciente. Situação de rotina no Pronto-atendimento de hospitais, o manejo e estabilização clínica passa a ser bastante complexo quando a utilização de hemocomponentes é vedada.

Objetivo: O presente relato de caso tem por objetivo apresentar o manejo clínico e cirúrgico de uma paciente testemunha de Jeová que apresentou um quadro hemorrágico severo e não aceitou transfusão sanguínea por motivos religiosos, apesar do risco iminente de morte.

Descrição do caso: Paciente de 57 anos, sem comorbidades, com quadro de hemorragia digestiva alta (HDA) deu entrada na urgência do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, após estabilização clínica inicial foi indicado a transfusão de hemocomponentes pelo quadro de HDA e choque hipovolêmico grau III, mas se negou veementemente a receber transfusões sanguíneas apoiado pelo consentimento dos familiares. Passou por endoscopia digestiva alta, que confirmou uma lesão ulcerada, infiltrativa, hemorrágica, que comprometia a circunferência de corpo e antro gástricos e era sugestiva de neoplasia, confirmada após resultado de biópsia anatomopatológica. Foram tomadas medidas farmacológicas para tratar a anemia, como a aplicações de estimuladores da hematopoese além de suplementação de ferro e ácido fólico. Foi manuseado cirurgicamente em dois tempos, inicialmente uma cirurgia de controle de danos após dois dias de internação, sendo realizadas Gastrectomia parcial, Gastrostomia descompressiva e Jejunostomia alimentar, controlando assim o quadro hemorrágico com uma via alimentar temporária. Após a cirurgia, o hemograma mantinha um quadro anêmico grave, necessitando recuperação do quadro para segundo tempo cirúrgico. Após trinta dias de internação e resolução completa do quadro anêmico e nutricional, com sua boa resposta à terapêutica empregada e sem uso de hemocomponentes, optamos então por realização do procedimento definitivo, segundo tempo cirúrgico, uma Gastroenteroanastomose em Billroth II. Paciente recebeu alta hospitalar após 2 semanas da última intervenção, com níveis de hemoglobina e hematócrito ideais para sua faixa etária além de uma via alimentar definitiva.

Conclusão: Através de um planejamento entre a terapia inicial com a cirurgia de controle de danos, reversão clínica da anemia grave e posterior abordagem cirúrgica definitiva, pode-se ter um desfecho favorável para pacientes em estado grave que se recusam a aceitar hemocomponentes.

CORREÇÃO DA HÉRNIA INGUINAL RECIDIVADA APÓS A TÉCNICA DE LICHENSTEIN COM TELA EM FORMA DE “MESH PLUG”

CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA, DEBORAH CAMPOS OLIVEIRA, ANDREA ZERINGOTA DE CASTRO MACHADO, JOSÉ CLOVIS LIGEIRO NETO, ISABELA VEIGA MARTINS ALVES, AMANDA MENDES CLEMENTE VILELLA

Universidade Federal de Ouro Preto, Hospital Júlia Kubitsche, Santa Casa de Belo Horizonte, Hospital São Lucas em Belo Horizonte, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Centro Universitário de Belo Horizonte.

Diferente das cirurgias na região inguinal, em que as estruturas que circundam o ânulo inguinal profundo são bem dissecadas e expostas para que a prótese seja devidamente fixada nas hérnias recidivadas pela técnica de Lichtenstein, no tratamento das recidivas por inguinotomia ou acesso anterior, pode ser fixada uma nova prótese parcial, em forma de “plug”. O objetivo do estudo é registrar a conduta no tratamento da hérnia inguinal recidivada após a hernioplastia à Lichtenstein, realizada pelo grupo dos autores, mediante a implantação de um “plug” de polipropileno em forma de cone dirigida ao defeito. A alternativa atual mais usualmente realizada é a correção por via laparoscópica. Relatamos a experiência no tratamento de 12 pacientes que foram operados por essa técnica no Hospital São Lucas em Belo Horizonte, entre 2003 e 2013. Todos os casos tiveram alta hospitalar no dia seguinte ao ato cirúrgico. Complicações gerais ocorreram em um caso que apresentou retenção urinária aguda no pós-operatório. Complicações locais precoces foram observadas em 4 pacientes, sendo o hematoma em 2 pacientes, equimose e sufusão hemorrágica no escroto em outros dois casos. Quanto ao seguimento tardio, não foi observada recidiva, sendo que 7 pacientes tiveram acompanhamento de 7 anos, três com mais de 6 anos e dois com 2 anos. Gilbert manteve o desenvolvimento da tela-rolha na evolução das técnicas isentas de tensão. Confeccionava um pedaço plano de tela de polipropileno, que era pregueado até ficar com formato de cone e introduzido no defeito. Inicialmente descrevia a técnica sem suturas nas hérnias indiretas e posteriormente padronizou fixação com pontos nas hérnias diretas. Ressaltou a menor dissecação tecidual, menor complicação em cordão inguinal e nervos, com taxas de recidiva de 0,1%. A fixação do “plug” permite que o defeito herniário seja corrigido sem a retirada da tela previamente incorporada, no caso à Lichtenstein. Portanto, a dissecação é menor e mais dirigida à falha, quer próximo ao púbis, quer no orifício interno. A correção das hérnias recidivadas, após a técnica de Lichtenstein, com o “plug” de polipropileno revelou ser de fácil aplicação, segura e eficiente e com baixa recidiva. Além disso, permitiu uma rápida abordagem, menor dissecação tecidual e baixo índice de complicações.



CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL EM SÍTIO DE TROCARTE E DIÁSTASE DE RETO ABDOMINAL PELA TÉCNICA ETEP RIVES-STOPPA: UM RELATO DE CASO

Gustavo L. Almeida, Carlos A. B. Silveira; Leonardo A. C. da Cunha; Vaner P. S. F. Pinheiro; João V. F. Silva; Anderson R.S. Cançado;

Centro Bahiano de Hérnias

Introdução/Objetivos: Hérnia incisional de sítio de trocarter (HIST) pode acometer até 6% dos pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica. A Diástase dos Músculos Retos Abdominais (DMRA) define uma condição em que os músculos estão distantes entre si pelo menos 2-3 cm, não havendo consenso sobre qual seria o seu distanciamento normal. A DMRA não se configura como uma hérnia e ainda são questionáveis as indicações de reparo. Uma discussão atual na literatura se baseia na escolha da técnica mais adequada para o tratamento da diástase associado a hérnias ventrais, primárias ou incisionais, e se essa correção precisa ser combinada. O objetivo do trabalho é apresentar um paciente com hérnia incisional com DRA abordado pela técnica eTEP Rives-Stoppa. **Materiais, casuística e métodos:** A. U. S., 44 anos, IMC 32, DMRA de até 54,6mm e HIST de 3 cm após apendicectomia laparoscópica. Submetido a reconstrução de parede técnica pela eTEP RS, com fechamento da aponeurose posterior e parede anterior com sutura contínua de fio farpado, sem utilização de energia ou balão dissector. Locado tela de polipropileno 30 x 14 cm, sem fixação e sem drenos. Tempo cirúrgico total de 140 minutos e recebeu alta após 12h. Não apresentou complicações pós-operatórias.

Conclusão: A correção de HIST e DMRA pode ser feita de forma minimamente invasiva e de baixo custo, com bons resultados a curto e longo prazo. Não existe consenso sobre a indicação da cirúrgica e o tipo de técnica a ser utilizada. São necessários mais estudos para avaliar de forma padronizada e com melhor nível de evidencia o melhor tratamento destas patologias associadas.

CORREÇÃO DE HÉRNIA UMBILICAL GRANDE E DIÁSTASE DOS MÚSCULOS RETOS-ABDOMINAIS COM RECONSTRUÇÃO DA PAREDE PELA TÉCNICA RIVES-STOPPA: RELATO DE CASO.

Leonardo A. C. Cunha, Lorena C. Martins

Centro Bahiano de Hérnias (Leonardo A. C. Cunha); Universidade Salvador (Lorena C. Martins)

Introdução: As hérnias ventrais são tratadas cirurgicamente e um dos princípios fundamentais do tratamento é promover um fechamento da fáscia sem tensão. A diástase do músculo reto abdominal (DMRA) é definida como uma separação > 2-3 cm ao longo da linha alba. A técnica descrita por Rives-Stoppa se baseia em corrigir os defeitos da parede com posicionamento retromuscular da tela, e pode também reconstruir a DMRA. Este relato de caso tem o objetivo de descrever o tratamento de hérnia umbilical grande associada a DMRA pela técnica de Rives-Stoppa.

Relato de Caso: MAA, 42 anos, apresentava hérnia umbilical grande (5cm) associada a DMRA supra e infra-umbilical. Foi submetida a histerectomia total abdominal por tumor anexial e reconstrução de parede por técnica retromuscular com colocação de tela de polipropileno 30 x 15 cm, no mesmo tempo. Recebeu alta no 1 DPO, re-internou por quadro de íleo pós-operatório com resolução clínica.

Discussão: A indicação cirúrgica para DMRA deve ser considerada em pacientes com uma distância entre os retos (IRD) maior que 3 cm. São vários procedimentos operatórios possíveis de serem utilizados para correção da DMRA, entre eles estão a plicatura da bainha anterior do reto, o reparo endoscópico pré-aponeurótico (REPA), o reparo de malha onlay intraperitoneal (IPOM), a técnica extraperitoneal total (TEP) e o reparo de malha sublay (retromuscular). Contudo, o estudo randomizado de Emanuelsson et al. Obteve recorrência da diástase de apenas 5% na tela sublay e 30% na plicatura. Na metanálise de Holihan et al., comparando o local ideal para a colocação da tela (onlay, inlay, sublay e underlay), a técnica retromuscular foi considerada a melhor opção quando comparada as outras, com menor taxa de recidiva e complicações de sítio cirúrgico. Esta técnica consegue corrigir a hérnia ventral e a DMRA com resultados satisfatórios. Mommers et al. Comparou diferentes formas de reparo da DMRA combinada com hérnia da linha média. De modo que a técnica de Rives-Stoppa com colocação de malha sublay apresentou menos complicações do que a ELAR plus (reconstrução assistida por endoscopia da linha alba com aumento da tela) e a plicatura endoscópica com o reforço de tela onlay.

Consideração final: A reconstrução da parede pelo método de Rives-Stoppa para correção de hérnia umbilical associada a diástase dos músculos retos abdominais é um procedimento seguro e efetivo, apresentando taxas de complicações graves reduzidas.



DESFECHO CIRURGICO DE MULTIPLAS FRATURAS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: RELATO DE CASO

Lara Thomé Barcellos, Humberto S. R. Fajardo; Ana Luiza G. Moura; Luísa A. A. Malta; Maisa A. Rettore.

Médico ortopedista do Hospital Santa Teresa, Petrópolis-RJ /Alunas da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de Fora - MG.

INTRODUÇÃO: As fraturas múltiplas de membros inferiores ocorrem principalmente em jovens vítimas de acidentes automobilísticos que envolvem grande dissipação de energia cinética. Esse tipo de lesão acomete outros órgãos e associa-se com óbitos e complicações pós-operatórias. Uma das complicações é a síndrome compartimental, em que há o aumento da pressão de um compartimento ósseo-fascial, podendo evoluir com hipóxia e necrose tecidual se não reconhecido e tratado de forma precoce.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 48 anos, sem comorbidades, vítima de acidente motociclístico na BR040, trazido pela CONCEM em prancha rígida e colar cervical, com queixa de dor em membros inferiores. Apresentando fratura cominutiva de fêmur proximal esquerdo, fêmur proximal flutuante; fratura de fêmur distal esquerdo cominutiva exposta, com classificação segundo Gustillo GA3a; joelho flutuante e fratura cominutiva diafisária de tíbia esquerda. O paciente apresentou síndrome compartimental, com perfusão lentificada de membro inferior esquerdo na chegada a sala do trauma, sendo necessário realizar fasciotomia de membro inferior esquerdo, sem lesões torácicas, abdominais ou cranianas. No intra-operatório, foi feita fixação provisória do membro, usando um fixador externo transarticular pelve/fêmur e fêmur/tíbia para o controle de danos e resposta metabólica ao trauma, com melhora da perfusão após alinhamento do membro. Foi realizada uma angiotomografia de membros inferiores, excluindo lesões vasculares. O paciente foi internado em centro de terapia intensiva permanecendo por sete dias para controle do choque hipovolêmico. Fez uso de antibiótico com dose de ataque de Clindamicina 600mg e Ceftriaxone 2g, seguido de dose de manutenção com Clindamicina, de 24 em 24 horas e Ceftriaxone 1g, de 8 em 8 horas, ambos por cinco dias.

DISCUSSÃO: O pronto atendimento e reconhecimento precoce do comprometimento de estruturas nos traumatismos graves de membros inferiores são de difícil resolução. A síndrome compartimental tem como principal tratamento a realização da fasciotomia visando reduzir o estresse oxidativo e complicações, como infecções e dor intensa. Sendo assim, ressalta-se a importância da utilização de antibióticos como método complementar à vítima de trauma.

CONCLUSÃO: O reconhecimento precoce do acometimento de estruturas nobres nos traumatismos graves de membros inferiores é de fundamental importância para a viabilidade do membro.

DISGERMINOMA OVARIANO: RELATO DE CASO

Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1, Alex John Sinema Alvarez 1; Artêmio José Araruna Dias 2; Fernando de Paiva Melo Neto 1; Jéssica M. Pontes 3; Carlos R. C. Leite 4

1 Acadêmico do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil 2 Acadêmico do curso de Medicina da FACISA, em Campina Grande - PB, Brasil 3 Coloproctologista do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), João Pessoa – PB, Brasil 4 Professor Doutor do Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: O disgerminoma é um tumor originário da célula primordial germinativa do ovário, muito raro. Geralmente são considerados de baixo poder maligno, entretanto, pode ocorrer disseminação, caso ocorra invasão por metástases em cápsula, envolvimento de nódulos linfáticos ou células sanguíneas.

Objetivo: Analisar as variáveis clínicas e cirúrgicas do disgerminoma ovariano, ilustrando através da apresentação de um caso.

Métodos: Paciente E.F.T, 35 anos, sexo feminino, refere queixa de massa em região pélvica há 3 meses, associada a dor abdominal, náuseas e incontinência urinária, e nega perda de peso. Realizou tomografia de abdome que evidenciou processo expansivo com densidade de partes moles, localizado em região pélvica mediana, retroperitoneal. Em exame físico, apresentou abdome flácido, indolor, com presença de massa palpável infraumbilical, endurecida, móvel e dolorosa à palpação. Diante disso, realizada laparotomia exploratória que revelou volumosa neoplasia ovariana esquerda, com extravasamento grosseiro da cápsula, com aspecto de malignidade, além de pequena ascite (cerca de 500 ml). Sendo assim, executada Histerectomia com Anexectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e retroperitoneal e apendicectomia. Anatomopatológico evidenciou disgerminoma ovariano esquerdo, com invasão angiolinfática e sem extensão neoplásica à superfície serosa. Demais peças cirúrgicas sem sinais de malignidade e linfonodos sem evidência de comprometimento neoplásico.

Resultados: De acordo com o caso observado, o estadiamento AJCC/FIGO dá-se por T1c2 (rompimento da cápsula antes do ato cirúrgico), N0 (sem acometimentos para linfonodos regionais), M0 (ausência de metástase à distância). Visto isso, a paciente encontra-se no estágio IC2 de acordo com o agrupamento FIGO. A partir das classificações, a conduta correta seria, de acordo com a literatura, a realização da cirurgia com preservação de fertilidade e o uso de quimioterapia quando há recidiva, tendo uma alta taxa de cura.

Conclusão: Sendo assim, tendo em vista que é uma patologia rara, é necessário que os médicos tenham a suspeita clínica durante o atendimento. Ademais, é importante levar em consideração as particularidades dos pacientes, aliando os critérios clínicos e cirúrgicos.



DOENÇA DE CAROLI: UM RELATO DE CASO

José O. G. Junqueira, José V. F. Lopardi, Samuel H.T. Seco, Vítor A. F. Barbosa, Matheus M. Oliveira, Alessandra C. Machado

Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Introdução: A doença de Caroli (DC) apresenta aspecto fibropolicístico hepático com dilatações saculares multifocais e irregularidades dos ductos biliares intra-hepáticos, gerando prejuízos ao fluxo biliar, predispondo à litíase recorrente, o que aumenta risco de infecções hepato-biliares. De caráter genético autossômico recessivo, associa-se com a doença renal policística (DRP) pela manifestação anômala do gene PKHD1

- síntese de policistina e poliductina, atuantes na embriogênese dos ductos à nível renal e hepático. As alterações estruturais estão presentes desde o nascimento, porém as clínicas aparecem geralmente aos 30 anos. Possui incidência de 1 em 1 milhão de habitantes. Ressalta-se, ainda, que o colangiocarcinoma é 15 vezes mais prevalente em portadores desta afecção.

Relato de caso: Feminino, 59 anos, portadora DRP não dialítica, com dor no hipocôndrio direito e náuseas. Ultrassonografia de abdômen total evidenciou colédoco e vias biliares dilatados; presença de cálculos não obstrutivos, cistos hepáticos esparsos e rins policísticos aumentados, ausência de hidronefrose. Colangiografia por ressonância magnética (T2) exibiu estenoses com dilatações saculares na árvore biliar, pequenos cálculos intra-hepáticos e cistos peribiliares. Exames laboratoriais revelaram aumento significativo de enzimas hepáticas. Realizada Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) com papilotomia que mostrou colédoco aumentado (12mm), com retirada de cálculo móvel (9mm) das vias biliares.

Discussão: Portadora prévia de DRP e com alterações aos exames de imagem supracitados, a hipótese diagnóstica de DC foi proposta. Tem-se a CPRE como padrão-ouro para diagnóstico, evidenciando dilatação de vias biliares e múltiplos cistos no espaço periportal, e a terapêutica, a qual visa a extração de cálculos localizados no interior das vias biliares. A CPRE pode ser associada à litotripsia extra-corpórea quando necessária. A colecistectomia não foi indicada por tratar-se de litíase primária das vias biliares. A lobectomia hepática e o transplante ficam reservados diante da impossibilidade de se controlar as graves complicações da colangite recorrente e da hipertensão porta.

Conclusão: O tratamento conservador paliativo realizado mostrou-se eficiente na redução dos sintomas e dos marcadores de lesão hepática, resolvendo o quadro agudo da paciente e proporcionando melhor qualidade de vida.



DOENÇA DE MONDOR NA CIRURGIA MAMARIA: UM RELATO DE CASO BILATERAL RARO.

Ianka Reichert, Paula Dalberto¹, Luís Felipe Giacomini¹, Fabio Hockmuller Filho¹, Emerson Eduardo Duwe¹, Rafael Ceita Nunes²

¹Estudante de Medicina na Faculdade Meridional (IMED) ²Cirurgião Plástico na Clínica Contour

INTRODUÇÃO: A Doença de Mondor (DM) foi descrita pela primeira vez em 1939, pelo cirurgião francês Henri Mondor, que identificou as lesões provocadas, ao reunir com a história clínica, como flebite venosa. Anteriormente a patologia foi erroneamente classificada por alguns outros pesquisadores como esclerodermia.

Devido a sua raridade há pouco conhecimento elucidado, mesmo nos dias de hoje. A DM apresenta-se clinicamente por uma tromboflebite autolimitada das veias superficiais, geralmente no tronco de forma unilateral, na região da mama, de caráter benigno, mas pode acontecer em outros lugares, como virilha, axila e pênis¹. Entretanto somente a lesão em parede toracoabdominal anterolateral é, usualmente, reconhecida como DM original¹.

A sintomatologia acontece pelo endurecimento do vaso, palpável, em forma de cordão que surge de forma aguda no corpo, resultando em dor local, rigidez, febre, alterações eritematosas da pele e desconforto no movimento¹

A fisiopatologia da DM ainda não está consolidada, de acordo com os relatos publicados, embora alguma pequena parcela desses identifica a doença como linfangite ou combinação de ambas, em sua grande maioria é relatado como tromboflebite.⁵

O desenvolvimento da flebite, envolve algumas etapas fisiológicas, entre elas, inicialmente, eventos trombóticos nas veias afetadas, resultando em obstrução do lúmen com fibrina e células inflamatórias⁴. Dessa forma, há acúmulo de tecido conjuntivo no vaso em questão, formando um endurecimento, semelhante a um cordão, seguido da recanalização por várias semanas⁴.

Segundo revisões recentes a patologia acontece mais em mulheres de meia-idade e de forma unilateral, com razão de incidência de 0,07-0,96%⁵. Em relação a sua origem, apresenta-se dividida em DM primária (iatrogênica, traumática, idiopática) e DM secundária (devido a uma doença de base).

Além do mais, recentes revisões de literaturas sugerem que a grande maioria, 40% dos casos, eram idiopáticos, seguindo de, 20% iatrogênicos, 22% traumáticos e 5% relacionados ao câncer de mama⁵. Outro ponto importante, evidenciado nos relatos, seria o aumento da incidência de acordo com a complexidade da cirurgia na região da parede torácica.⁵

O diagnóstico requer uma boa anamnese e exame físico, visto que o endurecimento do vaso e dor serão as principais queixas do paciente¹. Diante desse prisma, vale destacar a importância do diagnóstico diferencial em relação a uma possível doença de base como, por exemplo, vasculites, neoplasias vasculares, câncer de mama, entre outros, lançando mão de exames complementares, para possíveis avaliações individualizadas, levando em consideração idade e história familiar¹.

Em relação ao prognóstico da DM ainda não há lucidez, porém estudos observam bons desfechos, sem recorrências clínicas¹. Por outro lado, há relatos de possíveis recorrências, do quadro da doença, depois de 3 anos do primeiro desfecho⁵. Dessa forma, a literatura considera que tal lesão é uma manifestação em fase inicial de tromboflebite generalizada.⁵

O tratamento geralmente é autoressolutivo em quatro a oito semanas⁵. Porém caso acompanhado de dor, recomenda-se acompanhamento médico, sendo que, nesse caso, o tratamento é sítio da lesão dependente e nas torácicas, por exemplo, recomenda-se o uso de AINE e dispensa-se o uso de antitrombóticos².

OBJETIVOS: O presente relato de caso tem como objetivo apresentar à comunidade científica, a condição de uma paciente, cuja desenvolveu DM bilateralmente, após mastopexia. Além do mais, abordaremos intervenção para a situação e desfecho da circunstância.

RELATO DE CASO: FDC, 29 anos, submetida à cirurgia de mastopexia com prótese dual plane, sem nenhuma intercorrência no intraoperatório, evoluiu bem no pós-operatório imediato e recente. A deambulação da paciente foi precoce, algumas horas após a cirurgia, sem nenhuma queixa correlacionada com o processo. Ademais, aos 21 dias de pós-operatório, foi observado lesão em cordão no abdômen, em região infra mamária bilateral, acompanhado de dor.

No exame físico evidenciou-se abaulamento linear em abdômen superior lateral bilateral, mais evidente a esquerda, dor leve a palpação superficial, consistência endurecida, sem sinais de hiperemia ou calor, além de estar mais evidente a tração superior da mama, caracterizando a síndrome de Mondor.

O tratamento instituído foi um comprimido de AINE a cada 12 horas. Após 13 dias da intervenção médica, com o prescrito em tratamento conservador, a paciente relatou melhora do quadro, especialmente da dor. Porém ainda com abaulamento linear e consistência macia. Dessa forma, manteve-se o tratamento e passados 5 dias houve melhora clínica importante, apenas com lesões discretas.

CONCLUSÃO: Conclui-se, dessa forma, que a DM é rara, apresentando diversas possíveis etiologias, sendo de grande importância o conhecimento da doença, os diagnósticos diferenciais e os tratamentos adequados de acordo com o sítio da ocorrência. Ademais, a conduta certa é imprescindível para a resolução do quadro estabelecido e satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 AMANO, M; SHIMIZU, T. Emphysematous cystitis: a review of the literature. Internal medicine, 2014, 53(2), 79-82.
- 2 MONDOR, H; BERTRAND, I. La maladie de Mondor. J Chir (Paris) 1985; 122: 615-20.
- 3 KHAN, UD. Incidência de doença de mondor no aumento do peito: a estudo retrospectivo de 2.052 mamas usando incisão inframamária. Plast Reconstr Surg, 2008, 122: 88-89.
- 4 ÁLVAREZ-GARRIDO, H; et al. Mondor's disease. Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology, 34(7), 753-756.
- 5 LAROCHE, JP; et al. Mondor's disease: what's new since 1939?. Thrombosis Research, 130, S56-S58



DUPLO ARCO AÓRTICO, DIAGNÓSTICO E MANEJO TERAPÊUTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Felippe C. C. Junqueira, Letícia de O. Zambeli, Márcio M. P. Júnior, Lucas R. Santana, Rachel B. M. Pinheiro, Márcio M. Pinheiro

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

Introdução: O arco aórtico duplo (AAD) é uma malformação que decorre da persistência do quarto arco aórtico durante o desenvolvimento embrionário, na qual há a emergência de dois arcos saindo da aorta ascendente, contornando a traqueia e esôfago, e então afluindo para a aorta descendente, o que pode ocasionar sintomas respiratórios ou gastrointestinais.

Objetivo: Analisar as consequências clínicas e o manejo terapêutico do AAD.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática utilizando a base indexadora MedLine e SciELO com frase de pesquisa construída com as palavras chaves "double aortic arch", "vascular ring", "cardiac surgery", "congenital anomalies" e suas variações obtidas no MeSH. Foram encontrados inicialmente 51 artigos indexados na base de dados e utilizado o seguinte critério de inclusão: estudos publicados em até dez anos. Foram excluídos estudos de revisão.

Resultados: Foram selecionados 10 estudos diretamente relacionados com o tema. Ao serem confrontados, os estudos concluíram que o diagnóstico do AAD é de difícil presunção devido aos sinais inespecíficos, confundindo com síndromes respiratórias da infância. Já em adultos, tal patologia pode se apresentar como um quadro silencioso, ou confundido com pneumonias de repetição e queixa de disfagia, sendo esta comumente observada nessa idade. Desse modo, suspeita-se de AAD na presença do quadro clínico e de alterações em RX de tórax, sendo confirmado através de TC. Em relação à indicação cirúrgica, é determinada pela presença de sintomas e sinais de gravidade, entretanto, Yang et al. alega que os pacientes, mesmo assintomáticos, irão evoluir com sintomas, devendo ser realizado a correção cirúrgica logo ao diagnóstico. A técnica cirúrgica mais aceita é a toracotomia pósterio-lateral direita, quando o paciente apresenta o aórtico direito dominante (75%) com o objetivo de desconectar o arco inferior, reter o arco superior e aliviar a compressão da traqueia e do esôfago. Dentre as complicações o quilotórax, expectoração de prega vocal esquerda e hipertensão transitória são as mais comuns. Porém, Srimurugan et al. cita a abordagem via esternotomia como opção de reparo cirúrgico em pacientes altamente mórbidos para um resultado mais seguro.

Conclusão: O AAD é uma doença rara e de difícil diagnóstico, que pode ser encontrada em adultos em situações especiais. Ainda são necessários mais estudos para definir o método diagnóstico mais vantajoso e indicação cirúrgica mais precoce ou não.

ENCEFALOPATIA HIPERAMONÊMICA NÃO-CIRRÓTICA ASSOCIADA A DESORDEM DO CICLO DA UREIA OCULTA: RARA MAS AGRESSIVA COMPLICAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

PAULO VITOR LEITE MATTOS COSTA, PAULO AFONSO DA SILVA NEVES, FELIPE AUGUSTO DE CÁSSIA STIVAL, ÁYLIK MACEDO SILVA, ANDERSON IULER MELO BENJAMIN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Introdução: A encefalopatia hiperamonêmica na ausência de disfunções hepáticas é uma complicação rara da cirurgia bariátrica, sendo um desafio diagnóstico para os médicos principalmente quando está relacionada a desordem do ciclo da ureia (DCU) até então oculta. Em tais casos, os pacientes descompensam rapidamente, evoluindo para convulsões, coma e morte.

Objetivo geral: Identificar os relatos de casos de encefalopatia hiperamonêmica não-cirrótica associados a história médica pregressa de cirurgia bariátrica que desmascarou desordem no ciclo da ureia.

Objetivo específicos: Questionar a escassa literatura médica brasileira existente sobre as desordens no ciclo da ureia e a associação delas ao período pós-operatório de cirurgias bariátricas.

Método: Conduziu-se pesquisa na base de dados do PubMed, do SciELO e da BVS combinando os termos "hyperammonemic", "encephalopathy" e "bariatric surgery". 12 artigos foram selecionados, havendo 9 relatos de caso e menção a menos de 25 outros casos de encefalopatia hiperamonêmica após cirurgia bariátrica na literatura.

Resultado: Níveis elevados de glutamina no plasma, hipoalbuminemia e níveis baixos de zinco no plasma são achados comuns. Dos 9 quadros clínicos avaliados, 8 estavam associados a história pregressa de bypass gástrico em Y-de-Roux (BGRY) e 1 era relacionado a banda gástrica. O intervalo entre a bariátrica e o desenvolvimento do quadro variou de 19 dias a 17 anos. 8 pacientes descritos são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A faixa etária manteve-se entre 17 e 56 anos de idade. 6 sobreviveram e 3 foram casos fatais. Nos exames laboratoriais, os níveis de amônia variaram de 142 mmol/L a 903 mmol/L. A concentração de zinco variou de 23 ug/dL a 54 ug/dL. Pesquisouse a glutamina em 4 dos 9 casos, revelando valores entre 396 umol/L e 1363 umol/L. A albumina foi avaliada em 5 dos 9 casos, com índices entre 1,4 g/dL e 2,8 g/dL.

Conclusão: Como as enzimopatias se manifestam cedo na maioria dos casos, DCUs não são ressaltadas como diagnósticos diferenciais em adultos hiperamonêmicos. É fundamental que os médicos mantenham elevada suspeita para a encefalopatia secundária a hiperamonemia no pós-operatório de cirurgias bariátricas e para DCUs ocultas, o que melhora o prognóstico e a utilização dos recursos do sistema de saúde. A existência de uma equipe multiprofissional composta por nutricionista, médico internista, cirurgião e gastroenterologista para acompanhamento de complicações no pós-cirúrgico é basilar.



ESOFAGOGASTRECTOMIA COM ESOFAGOCOLOPLASTIA NO TRATAMENTO DA ESTENOSE CÁUSTICA

Hadison S. N. Curzio; João Pedro P. Ruas; Rodrigo N. Santana; Rodrigo V. Gomes

Santa Casa de Montes Claros

Introdução: A ingestão de cáusticos representa grave problema pelas consequências devastadoras que podem gerar, estando associadas à alta morbimortalidade. Frequentemente é observado esofagite corrosiva, estenose esofágica e críticas lesões ao estômago que são agravadas pelo desafio cirúrgico da reconstrução do trânsito gastrointestinal superior. Na impossibilidade confecção do tubo gástrico, a interposição de cólon é utilizada associada à alta morbidade.

Objetivo: O presente trabalho tem objetivo de demonstrar um caso clínico abrangendo a ingestão de cáustico com suas complicações e desfecho através das condutas cirúrgicas.

Relato de caso: J.E.A.A., 37 anos, sexo masculino, com história de ingestão de ácido muriático há cerca de 5 meses evoluindo com estenose cáustica do esôfago a cerca de 23-26cm da ADS e oclusão subtotal do esôfago médio, apresentando disfagia severa para líquidos e deterioração na qualidade de vida. Inicialmente foi realizada, através de videotoracoscopia à direita, dissecação liberação do esôfago superior, médio e inferior com preservação da veia ázigo. Posteriormente, realizada laparotomia mediana com liberação de aderências, identificado estômago atrófico associado à estenose de 3º porção duodenal. Realizado ligadura dos vasos adjacentes ao estômago e secção com grameador linear a nível da 1ª porção duodenal com liberação do esôfago distal e da cárdia, manobra de Mattox e Cattell com acesso a retrocavidade. Preservado arcada da artéria cólica média esquerda e ramos marginais, seccionado com grameador linear a nível da transição desce-sigmoide. Levado cólon descendente até o esôfago cervical com anastomose esofagocolônica utilizando grameador circular nº 25. Realizado anastomoses colonjejunal latero-lateral e duodenojejunal latero-lateral (abaixo da estenose) com grameador linear e reforço da linha de grampo com fio prolene 3.0. Posteriormente feito anastomose coloncolônica (transverso-sigmoide) latero-lateral com grameador linear e reforço da linha de grampo. Fechamento de brechas do mesocólon e restauração da jejunostomia. Paciente evoluiu satisfatoriamente em pós-operatório.

Conclusão: Caracteriza situação clínica desafiadora, que necessita avaliação e gerenciamento multiprofissional, a fim de restabelecer qualidade de vida próxima à normalidade. O procedimento descrito demonstra a viabilidade para o tratamento destes pacientes através da técnica esofagocoloplastia em casos de necrose cáustica do esôfago e estômago.

ESTENOSE DUODENAL POR HIPERPLASIA DE GLÂNDULAS DE BRUNNER: RELATO DE CASO

Wander L.P. Silva Júnior; Caio C. Santos; Karoline A. Janones; Heveline T. Vasconcelos; Natália M. Stefanello; Vitória M. Takagi.

UFMT

Introdução. As glândulas de Brunner são localizadas no duodeno, principalmente no bulbo, porção proximal e, mais raramente, na parte distal, e sua principal função é a secreção de fluido alcalino protetor para o epitélio. A hiperplasia das glândulas de Brunner (HGB) é definida como a proliferação benigna dessas glândulas, extremamente rara, que se classifica em hiperplasia adenomatosa (maioria dos casos), nodular difusa e nodular circunscrita. A HGB é mais frequente durante a quinta e sexta décadas de vida e pode ser assintomática ou evoluir com sintomas, que normalmente são de repercussões hemorrágicas ou obstrutivas. Além disso, a HGB também está frequentemente associada à úlcera duodenal e erosões gástricas.

Relato. J.F.C., masculino, 52 anos, veio ao serviço com queixa de dor em região epigástrica há 4 meses, além de plenitude pós-prandial associada a náuseas e vômitos recorrentes, hiporexia e perda de peso em dois meses estimada em 5kg, sendo aventada hipótese de suboclusão intestinal. Para a investigação, foi indicada a endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou cicatrizes de úlceras duodenais e subestenose em bulbo duodenal, impedindo a progressão do aparelho. Durante a execução da EDA, foi realizada biópsia do tecido, que trouxe o resultado de HGB de caráter nodular circunscrito. Iniciou-se terapia nutricional para correção de déficit calórico-proteico pré-existente, visando à realização de procedimento cirúrgico para desobstrução de trânsito intestinal. Paciente foi submetido à gastrectomia parcial, colecistectomia e reconstrução em Y de Roux. Em segundo pós-operatório, foi submetido a nova laparotomia exploradora, sendo evidenciada pancreatite (lesão em pingô de vela). Após, evoluiu com melhora do quadro e alta hospitalar em 5 dias.

Discussão. A rara apresentação de estenose duodenal por HGB mostra a complexidade e o desafio no manejo do relato descrito. A localização da obstrução se assemelha aos dados encontrados na literatura, contudo, o achado do caso se difere quanto ao aspecto histológico do tipo mais predominante de hiperplasia. A presença de úlceras gástricas já foi descrita em associação com a HGB, tendo notável importância nesse caso devido à conduta terapêutica adotada para correção da sintomatologia. Dessa forma, a realização de gastrectomia parcial com anastomose em Y de Roux permitiu o desvio do fluxo alimentar da região ulcerada e estenosada pela hiperplasia e, consequentemente, proporcionou melhora do quadro do paciente.



ESTUDO ANALÍTICO DO NÚMERO DE ÓBITOS E INTERNAÇÕES NAS REPARAÇÕES DAS HÉRNIAS INGUINAIS DE FORMA ELETIVA E DE URGÊNCIA COMPARANDO MINAS GERAIS COM A CIDADE DE JUIZ DE FORA ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2019.

Débora M. Diniz, Andressa C.N. Sperber, Daniel C. Esteves, Jacyara R. Vargas, Kamyla M. Teixeira, Artur Laizo

Centro Universidade Presidente Antônio Carlos

INTRODUÇÃO: O espaço miopectíneo de Fruchaud é uma região vulnerável ao aparecimento de hérnias já que é uma parte da parede abdominal anterior não muscular constituída apenas pela fáscia transversalis e por peritônio. O mesmo é dividido pelo ligamento inguinal em um compartimento inferior e em um compartimento superior que é subdividido pelos vasos epigástricos inferiores em um compartimento medial ou triângulo de Hesselbach (local de aparecimento de hérnias inguinais diretas) e num compartimento lateral (local de aparecimento de hérnias inguinais indiretas). O seu tratamento em contexto de urgência sempre foi visto como acarretando maior risco de morbimortalidade comparado as eletivas, tendo em conta a população geralmente mais envelhecida acometida e suas comorbidades.

OBJETIVOS: Objetivou-se analisar a incidência do número de óbitos decorrentes de cirurgia de hérnia inguinal de forma eletiva e de urgência.

METODOLOGIA: Estudo epidemiológico analítico realizado por meio de pesquisa no DATASUS, a partir dos quais foram realizadas análises estatísticas acerca do número de óbitos e internações nas reparações por hérnia inguinal em comparação ao estado de Minas Gerais e a cidade de Juiz de Fora entre 2010 a 2019.

RESULTADOS: foram realizadas 6461 internações por hérnia inguinal em juiz de fora no período mencionado, sendo que 4.318 (66,8%) foram eletivas e o restante em caráter de urgência. No grupo eletivo, houve apenas 2 mortes nesses últimos 10 anos, enquanto no grupo de urgência o número foi 6 vezes maior. Dessa forma, a taxa de mortalidade no grupo eletivo foi de 0,46 por mil habitantes enquanto no grupo de urgência chegou a 5,6 por mil habitantes. Em comparação com o estado de Minas Gerais, tivemos 148.942 internações, das quais 123.752 foram eletivas (83%). O número de óbitos em consequência de hérnia inguinal foi de 211, sendo que 29 em pacientes eletivos e 182 em pacientes na urgência. A taxa de mortalidade no grupo eletivo foi de 0,23 em cada mil habitantes e de 7,22 por mil habitantes no grupo de urgência.

CONCLUSÃO: Nota-se que Juiz de Fora recebe grande demanda de pacientes em caráter de urgência, principalmente dos municípios da região da Zona da Mata. É evidente que o número de óbitos seja superior nas internações de urgência devido a maior chance de complicações que podem ocorrer.

EXÉRESE DE TUMOR VEGETANTE EM COURO CABELUDO COM RETALHO FASCIOTÂNICO DE AVANÇO E ROTAÇÃO COM MARCAÇÃO EM S: RELATO DE CASO

Victória L. F. Chaves; Ana F.V. Torrezan ; Fabrícia B. Silva ; Gabriela M.L. Praça ; Camila C. Freitas ; Monike S.Souza

Universidade José do Rosário Vellano, UNIFENAS-BH

Introdução: Os tumores mais comuns envolvendo o couro cabeludo são o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular.

Objetivo: Reportar uma técnica para excisão com margens livres de tumor do couro cabeludo com preservação máxima do tecido sadio e ótimo resultado estético.

Método: Relato de caso.

Resultados: Paciente masculino, 64 anos, procurou atendimento médico eletivo queixando-se de lesão dolorosa em couro cabeludo com crescimento progressivo nos 12 meses anteriores. Ao exame físico, foi observada lesão vegetante em região parietal com aproximadamente 4 cm de diâmetro. A tomografia computadorizada não demonstrou indícios de invasão óssea. Ao exame histopatológico de biópsia incisiva diagnosticou-se carcinoma espinocelular. Foi realizada exérese da lesão, com amplo retalho fasciotânico de avanço e rotação com marcação em S para possibilitar cicatrização da ferida cirúrgica por primeira intenção. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências, com retalho viável e boa cicatrização da ferida, sem alteração sensorial local.

Conclusão: A utilização de retalho fasciotânico de avanço e rotação com marcação em S no couro cabeludo é uma alternativa para exérese de grandes lesões com preservação máxima do tecido sadio e obtenção de um ótimo aspecto estético. Entretanto, a complexidade da técnica demanda que a mesma seja realizada por profissional adequadamente capacitado.



EXPERIÊNCIA TÉCNICA DA CORREÇÃO DE PROCIDÊNCIA DE COLOSTOMIA POR ABORDAGEM LOCAL NO HOSPITAL SÃO LUCAS EM BELO HORIZONTE

Barbosa CA, Oliveira DC, Neto JCL, Machado AZC, Mafra JGA, Guimarães NMMD.

Universidade Federal de Ouro Preto, Santa Casa de Belo Horizonte, Hospital Júlia Kubitschek, Hospital São Lucas em Belo Horizonte

A criação de uma colostomia pode ser necessária temporariamente ou permanentemente, para o tratamento de uma variedade de condições patológicas, principalmente na urgência. A incidência de prolapso varia de 7 a 26%, com as taxas mais altas associadas a colostomia do transversa em alça e colostomia do cólon descendente. O mecanismo do prolapso ocorre quando o intestino avança para fora do estoma. Dessa forma, o prolapso prolongado causa edema e, se significativo, pode levar ao encarceramento ou estrangulamento intestinal. O objetivo do trabalho é relatar a experiência do serviço de cirurgia geral do Hospital São Lucas em Belo Horizonte, através da técnica de ressecção da alça prolapsada e abordagem local do cólon. A técnica consiste na exteriorização máxima da alça procidente, sob anestesia local, onde é feita uma incisão longitudinal do ápice do cone procidente até 1,5-2 cm da margem da pele. Identifica-se na palpação as camadas da parede intestinal. Após a identificação e inspeção do mesocólon, é feita a ligadura escalonada próximo à parede externa da alça. Na base do cone, incisa-se na horizontal em toda circunferência da estrutura de modo paralelo à pele na base da parte externa da alça a 1,5-2 cm da pele liberando

a parte externa alça evertendo-a e ligando o mesocólon da parte interna da alça. Estende-se a incisão longitudinal até 1,5-2 cm da pele e em seguida é feita a incisão circunferencial na parte interna da alça retirando o segmento intestinal procidente. Sutura entre a alça fixa na parede abdominal e a livre é feita com pontos totais com fio absorvível. Por fim, é invertido o segmento de 1,5-2cm exteriorizados para o introito da colostomia. Os dados foram coletados por meio de prontuário eletrônico no Hospital São Lucas em Belo Horizonte, no período janeiro de 2003 a dezembro de 2018 com total de 17 pacientes operados na urgência e confeccionada a ostomia, desses, 12 eram do sexo masculino, na faixa etária entre 59-89 anos. Das ostomias confeccionadas, 12 eram do tipo terminal e 5 em alça, sendo 12 localizadas no flanco esquerdo, 2 no ângulo hepático e 3 no ângulo esplênico. As complicações desses pacientes detectadas foram: 4 pacientes com necrose de colostomia e procidência e 13 pacientes sem necrose de colostomia e procidência. Trata-se de um procedimento com baixa morbi-mortalidade, de baixo custo, baixo risco anestésico, eficiente e taxas de complicação indicado para pacientes de alto risco clínico com necrose de procidência de colostomia.

EXTENSÃO DA LINFADENECTOMIA NO CARCINOMA MEDULAR DA TIREOIDE

Mariana S. Nolasco, Sarah R. Ozório, Vitória L. Pinto, Fernando M. Vidigal, José O.G. Junqueira.

Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Juiz de Fora e Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Introdução O carcinoma medular da tireoide (CMT) é uma doença grave que acomete principalmente mulheres e representa 5-10% dos cânceres desta glândula. Seu tratamento é cirúrgico e consiste na ressecção total da tireoide com linfadenectomia individualizada mediante suspeita de metástase linfonodal na propedêutica pré-operatória. O conhecimento da divisão em níveis dos linfonodos cervicais, assim como de suas áreas preferenciais de drenagem permite ao cirurgião uma definição quanto a radicalidade cirúrgica.

Métodos Inicialmente foi realizada revisão de literatura através de artigos recentes acerca do CMT e de sua abordagem clínica. A partir disso, foi estudado o relato de caso apresentado por meio de relatórios e prontuários disponibilizados.

Objetivo Destacar a drenagem linfática da tireoide com ênfase na extensão da linfadenectomia no CMT.

Relato de caso Feminino, 31 anos, apresentou nódulo único no lobo esquerdo da tireoide, Chammass III à ultrassonografia (US) cervical, Bethesda V na punção aspirativa com agulha fina e calcitonina elevada. Foi realizada a tireoidectomia total com esvaziamento linfático cervical central e lateral esquerdo, pois haviam linfonodos suspeitos na propedêutica pré-operatória. Diante da elevação da calcitonina e na hipótese de recidiva da doença, realizou-se nova investigação com US e tomografia com emissão de pósitrons (PET TC) que identificou linfonodos suspeitos na zona IIA do pescoço, sendo indicada segunda intervenção cirúrgica com linfadenectomia cervical profunda. Evolução pós-operatória sem intercorrências. Paciente em acompanhamento e monitoramento da calcitonina.

Conclusão Faz-se necessário conhecimento anatômico da drenagem linfática da região cervical para tratamento adequado do CMT, cuja linfadenectomia deverá ser individualizada.



FERIDAS CIRÚRGICAS CRÔNICAS: RESULTADOS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE 7 ANOS

Cirênio de Almeida Barbosa, Deborah Campos Oliveira, Debora Helena Cunha, Adélio José da Cunha, Paula Souza Lage, Júlia Gallo de Alvarenga Mafra

Universidade Federal de Ouro Preto, Faculdade de Minas, Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete, Hospital São Lucas de Belo Horizonte.

Objetivo: O trabalho visa avaliar os resultados de 7 anos de atendimento ambulatorial de pacientes com ferida cirúrgica crônica que apresentaram uma má cicatrização correlacionando com os fatores etiológicos.

Método: A pesquisa bibliográfica foi feita nas bases de dados Scielo, Pubmed e LILACS utilizando-se os seguintes descritores: “atendimento ambulatorial, ferida cirúrgica e cicatrização”. Os critérios de inclusão foram artigos que continham dados estatísticos com menos de 10 anos. Foram estudados 10 artigos e entre eles, 5 artigos foram selecionados para estudo.

Resultados/Discussão: Estudos publicados recentemente mostram que nas feridas crônicas de má cicatrização, a prevalência é do sexo masculino (58 %) com idade média de 61 anos e especialmente com as comorbidades de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias. O tempo médio de acompanhamento para a cicatrização no nosso Serviço foi de 5 meses. Um outro fator importante é a obesidade e o excesso de pele que também contribuíram significativamente para as complicações da ferida cirúrgica. O índice de massa corporal é um dos fatores que deve ser considerado na prevalência dessa afecção, pois os estudos mostram que 77,4 % dos pacientes estavam com o seu peso fora do padrão de normalidade, 13, 7% com baixo peso e 63,7% com sobrepeso ou obesidade. As feridas cirúrgicas foram avaliadas quanto a presença de edema na linha de incisão, hiperemia ao redor, calor localizado, drenagem de exsudato serosanguinolento e purulento e também avaliados se a cicatrização da ferida decorria de primeira, segunda ou terceira intenção. Todos os pacientes encontravam-se no pós-operatório de diversas cirurgias com abordagem abdominal, sendo 46,4% por câncer em órgãos do trato gastrointestinal e cavidade pélvica, 63,6% foram decorrentes de afecções benignas. Em mulheres a prevalência de feridas mal cicatrizadas é de 31, 8% com faixa etária mais de 60 anos.

Conclusão: Observou-se que feridas crônicas prevalecem no sexo masculino, na faixa etária de 61 anos com comorbidades pré-existentes ou apresentando excesso de pele. Já nas mulheres a prevalência é baixa. Em mulheres jovens a mal cicatrização são decorrentes de operações de cesariana e histerectomia

FÍSTULA CALICINAL ATRAVÉS DE CISTO SIMPLES DEFENESTRADO EM ENXERTO RENAL: UM RELATO DE CASO RARO

Ana Luísa S. Fonseca, Bárbara B. Castelo, Laryssa S. B. Gonçalves, Gláucio S. Souza, Juliana Bastos, Gustavo F. Ferreira

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO: Cisto simples (CS) é a lesão cística renal mais frequente, com prevalência de 50% em indivíduos com mais de 50 anos. É um achado benigno e prevalente nos estudos de imagem em candidatos à doação renal.

RELATO DE CASO: Feminino, 45 anos, doença renal crônica estágio 5 por nefrite lúpica. Em avaliação para retransplante com doador vivo haploidêntico, 65 anos, sem comorbidades, clearance de creatinina 80,5 mL/min, angiotomografia identificou cistos simples renais bilaterais (Bosniak I), no terço superior do rim esquerdo, medindo 11,5 x 8,7 cm, e no terço médio do rim direito, medindo 7,6 x 6,1 cm. Optado pelo transplante por ser receptora hipersensibilizada e doador idoso com achados benignos e boa função renal. O rim esquerdo do doador foi implantado na fossa ilíaca esquerda (FIE) da receptora. Durante o transplante, o cisto foi defenestrado para acomodação do rim. No quinto dia pós operatório, paciente apresentou oligúria, piora de função renal e drenagem de líquido claro pela ferida cirúrgica. Tomografia computadorizada mostrou coleção hipodensa e focos de gás de permeio, sem extravasamento do contraste intravesical. À reabordagem cirúrgica, achado de coleção compatível com urina, porém sem extravasamento pela inserção ureteral. Revisão do enxerto com identificação de fístula calicinal no assoalho do cisto defenestrado. Realizado inserção de cateter duplo “J” e refia da fístula calicinal. Paciente apresentou boa evolução no pós operatório, com recuperação da função renal. Em acompanhamento ambulatorial com Creatinina 1,3-1,5 mg/dl.

DISCUSSÃO: A literatura é escassa em relação ao tema de doação com CS, sem evidências da complicação supracitada. Um estudo multicêntrico demonstrou que mais de 50% dos centros nos Estados Unidos aceitam doadores com CS, aumentando para 95% quando cisto único. Relatos de caso avaliaram transplantes com doadores com CS e demonstraram não haver prejuízo na função do enxerto e sobrevida do receptor, nem complicações para o doador.

CONCLUSÃO: A relevância do caso está no relato de uma complicação rara relacionada à anormalidade comum em candidatos à doação renal. Apesar dessa complicação, receptora e doador tiveram evolução excelente. O transplante de doador com CS é uma alternativa aceitável e segura, além de ajudar a reduzir a disparidade entre oferta e demanda de órgãos e, assim, beneficiar os pacientes em lista de espera.

FÍSTULA COLOVAGINAL: ESTUDO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1; Artêmio José Araruna Dias 2; João Vitor da Cunha Lima Viana 3; Mariane V. O. Soares 2; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; João Ricardo Filgueiras Tognini 4

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Acadêmico do curso de Medicina da FACISA, em Campina Grande - PB, Brasil; 3 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal – RN, Brasil; 4 Cirurgião Geral, Gastroenterologista e Professor de Clínica Cirúrgica da Afya/Medcel São Paulo, Campo Grande - MS, Brasil

Introdução: A Fístula Colovaginal (FCV) é uma comunicação anormal entre o cólon e a vagina, é descrita como rara, no entanto suas consequências orgânicas, emocionais e interpessoais consideráveis. Esses tipos de fístula ocorrem mais comumente em pacientes que já se submeteram a histerectomia total.

Objetivo: Analisar as variáveis clínicas e cirúrgicas da FCV, ilustrando através da apresentação de um caso.

Método: Paciente M.C.G., sexo feminino, 74 anos, apresentando secreção vaginal fétida há um ano com coloração escurecida em pouca quantidade, ritmo intestinal em dias alternados sem mudanças no último ano, negando febre, dor ou sangramento, com histórico de histerectomia há 08 anos. Ultrassonografia (USG) e Tomografia Computadorizada (TC), evidenciando ausência de útero e colonoscopia mostrando doença diverticular dos cólons difusa. Ao exame físico, em aparelho ginecológico, retocistocèle grau II e, ao exame especular, pequeno orifício em cúpula vaginal a esquerda com saída de secreção escurecida em pequena quantidade. Ressonância Nuclear Magnética (RNM) ressaltando tecido de granulação entre o sigmoide e cúpula vaginal, confirmando o diagnóstico de FCV. Dessa forma, realizada laparotomia mediana infraumbilical, sendo observado sigmoide com divertículos e bloqueado na pelve, intimamente aderido à cúpula vaginal, realizada a dissecação e lise de bloqueio inflamatório com identificação de orifícios em torno de 0,5 cm, realizado desbridamento dos bordos e rafia primária em ambos. Paciente apresentou cirurgia sem complicações e o acompanhamento confirmou o controle de vaginite secundária.

Resultados: O quadro clínico da FCV favorece suspeita diagnóstica, apresentando relato de fezes e flatos pela vagina, corrimento vaginal fétido, vaginite resistente ao tratamento. Assim como, histórico de histerectomia e doença diverticular dos cólons. A RNM tem como vantagens a visualização para melhor detalhamento da abordagem cirúrgica, com utilização de contrastes, sendo preferível os solúveis em água, a fim de evitar extravasamento venoso e peritoneal.

Conclusão: Em função das consequências emocionais graves relacionadas a FCV, é fundamental que haja um acompanhamento multiprofissional das pacientes, para garantir, além do sucesso do tratamento cirúrgico, o restabelecimento completo do bem-estar. É imprescindível a discussão de casos de FCV a fim de propiciar troca de conhecimentos e experiências entre os serviços.

FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA INGUINAL COMO COMPLICAÇÃO DE HÉRNIA DE RICHTER

Cirênio de Almeida Barbosa, Deborah Campos Oliveira, Andrea Zeringota de C. Machado, José Clovis Ligeiro Neto, Tuián Santiago Cerqueira, Naiara Lamounier Ribeiro

Universidade Federal de Ouro Preto, Hospital Júlia Kubitsche, Santa Casa de Belo Horizonte.

A Hérnia de Richter (HR) é uma hérnia abdominal rara, parte da circunferência do intestino é aprisionada e estrangulada no orifício herniário. Representam 6%-10 % das hérnias estranguladas. Locais de ocorrência da HR, anel femoral (71- 88%), canal inguinal (12-24%) e hérnia incisional abdominal. Paciente, 77 anos de idade, sexo masculino, relata drenagem de secreção de aspecto fecalóide (“manchava as suas vestes”), evolução de três meses, exteriorizava pela região inguinal direita. Tumefação endurecida com formato arredondado que perdía o seu contorno pelo tecido celular subcutâneo. O paciente é hipertenso, dislipidêmico e diabético tipo 2. Faz uso de losartana 50 mg (BID), anlodipino 10mg/manhã, metformina 850 mg (BID) e sinvastatina 20 mg/noite. Relata cirurgia de hérnia inguinal bilateral há 17 anos. Na tomografia de abdome total, as alças estavam distendidas no flanco e fossa ilíaca esquerda, densificação dos planos adiposos do mesentério e presença de segmento de alça de intestino delgado herniada pelo anel inguinal esquerdo; fístula de pequeno débito, vista quando administrado contraste oral - drenava em direção ao tumor contendo gás e material de contraste no seu interior. Realizada inguinotomia à direita e encontrada HR de 0,2 cm de diâmetro com anel herniário rígido proporcionando passagem de uma alça de jejuno e pequena fístula na borda antimesentérica da alça jejunal. Fez-se a ressecção da fístula do intestino e fechamento do jejuno com sutura em dois planos anatômicos extramucosos. A hérnia foi corrigida pela técnica de Lichtenstein, sem contaminação fecalóide local (apenas trajeto fistuloso). Recebeu alta no 4º dia de pós-operatório (PO), sem intercorrências e controle no 10º e 45º dias. A HR, raramente inguinal, pode ser uma complicação incomum de fístula espontânea. A fístula fecal espontânea secundária a hérnias inguinais encarceradas é rara entre a população adulta. No nosso caso, a inguinotomia exploratória foi planejada. Na abertura do canal inguinal direito, uma alça de íleo distal (20 cm proximal à junção ileocecal) aderida ao anel inguinal interno com manobra de recuperação para a cavidade abdominal, após ressecção e fechamento do orifício fistuloso. Havia perfuração sobre a alça presa no anel inguinal profundo. Feito reparo com tela de polipropileno - ausência de contaminação fecal ou celulite. Assim, o anel inguinal interno foi fechado com suturas em “bolsa de tabaco”. O diagnóstico de HR com fístula enterojejunal espontânea foi confirmada no peroperatório.



GRANDES HÉRNIAS INCISIONAIS: RELATO DE CASO COM TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES POSTERIORES.

Ana Lêda C. Ranção, Andressa B. Marthon; Nádia Roberta S. da Silva; Carla R.C. Lima; José O.G. Junqueira;

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Introdução: Hérnias incisionais abdominais (HIA) são definidas como protusões de conteúdo cavitário através de incisões cirúrgicas preexistentes (80% são causadas por laparotomias medianas prévias nos primeiros 5 anos após a cirurgia). Podem estar relacionadas a efeitos dramáticos na funcionalidade e na qualidade de vida do paciente. Vários são os fatores de risco que predis põem sua formação e sua maioria são assintomáticas ou causam mínimos sintomas, principalmente quando redutíveis. Quando complexas, apresentam grandes anéis herniários e podem levar a dor intensa, obstrução intestinal e encarceramento.

Descrição do caso: Paciente S.M, sexo feminino, 55 anos, obesa, hipertensa, foi submetida a retossigmoidectomia laparotômica devido a um adenocarcinoma intestinal. Cerca de um ano depois, retornou apresentando uma volumosa hérnia incisional em sítio de laparotomia abdominal prévia, sem sinais de encarceramento. À Tomografia de abdome total evidenciou uma hérnia incisional na parede anterior do abdome, com conteúdo gorduroso e insinuação de gordura mesentérica e alças intestinais para o plano subcutâneo, com colo de 12,8 cm, medindo 15,5 x 12,6 x 4,8 cm. Realizado tratamento cirúrgico da hérnia com o uso da Técnica de Separação de Componentes posteriores (TAR), sendo possível o reparo de todo o defeito e a reconstrução da parede anterior do abdome. Paciente com boa evolução, alta hospitalar no 8º dia pós operatório. Foi realizado segmento ambulatorial, sem complicações.

Discussão: O principal objetivo da reconstrução da parede abdominal em pacientes com grandes HIA é permitir a reintrodução das vísceras abdominais sem induzir ao colapso fisiológico da Síndrome Comportamental do abdome, permitindo que a parede abdominal fique complacente, funcional e dinâmica. A TAR, por sua vez, consiste na separação de camadas musculares lateral da parede lateral para avanço e fechamento sem tensão. Ela tem se mostrado mais eficaz para correção desses tipos de defeitos complexos visto que permite uma maior exposição da área do defeito e consequentemente, uma melhor acomodação da tela, o que reduz a chance de recorrências e demais complicações.

Conclusão: A paciente acima apresentava vários fatores de risco predisponentes a formação da HIA, tendo êxito na técnica escolhida para a correção da hérnia, com boa resposta após a cirurgia.

HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

Paula Braga, Igor R del Bizzzone, Pablo P Pereira, Aline Garcia, Leticia A Vaz, Paulo de tarso V de Oliveira

Hospital Regional São Sebastião

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.



HÉRNIA DE AMYAND COM APENDICITE FLEGMONOSA AGUDA

Cirênio de Almeida Barbosa, Deborah Campos Oliveira, Amanda Mendes Clemente Vilella, Luísa Teixeira Francisco e Gontijo, Pedro Henrique Paes Scott, Victor Araújo Soares

Universidade Federal de Ouro Preto, Centro Universitário de Belo Horizonte, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Introdução: Qualquer hérnia inguinal contendo o apêndice vermiforme é chamada de hérnia de Amyand. As hérnias de Amyand são muito raras e ainda mais raras é a associação de hérnia de Amyand com apendicite aguda. Pela raridade desta entidade, constitui um caso desafiador em termos de diagnóstico e tratamento. O manejo cirúrgico ainda não é padronizado e não há diretrizes claras. Existem algumas controvérsias quanto à realização de uma apendicectomia se o apêndice parecer normal ou se a tela pode ser usada para a correção de hérnia se a apendicectomia for realizada. Descrevemos um caso de hérnia de Amyand em um homem de 78 anos com apendicite aguda e revisamos a literatura atual sobre estratégia cirúrgica.

Relato de caso: paciente de 78 anos, viúvo, trabalhador rural, que foi atendido no Serviço de Urgência do Hospital São Lucas, Minas Gerais com quadro clínico de dor na região inguinal direita, de início há aproximadamente 12 horas, acompanhada de enjoo, náuseas, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes e distensão abdominal. O paciente já estava ciente de que era portador de hérnia na região inguinal ipsilateral. Após tentar entrar em um carro de passeio mais baixo, sentiu dor forte e aguda na região inguinal direita que veio acompanhada de tumefação local com ardência e desconforto para andar e para a movimentação. O paciente era portador de diabetes Mellitus tipo 2 e faz uso de Metformina 850 mg 2 comprimidos ao dia, hipertensão arterial e faz uso de losartana 50 mg 2 comprimidos ao dia e anlodipino de 10 mg 1 comprimido pela manhã. O diagnóstico foi facilitado pelo encontro de uma massa inguinal, irreductível e que não translumina. A massa é de consistência macia contendo ar (das alças intestinais). Foi submetido aos exames laboratoriais de rotina que mostrou PCR- 47, Hemograma com 12.100 leucócitos/mm³, bastões: 4% e segmentados: 85% PTTA e atividade de protrombina normais e creatinina- 1,7 mg/dL, o exame de Tomografia Computadorizada da região abdominal revelou um alargamento do anel inguinoescrotal direito preenchido por alças intestinais com paredes espessadas e gordura peritoneal determinando oclusão intestinal com presença de níveis hidroaéreos em diferentes alturas do abdômen.

Discussão: Deve-se ter cautela quanto à abordagem terapêutica usando-se uma técnica cirúrgica minimamente invasiva e com condutas especiais de anestesia para evitar riscos. Por isso, foi feita a incisão de Pfílzert, que evidenciou uma hérnia inguinal encarcerada com apendicite abscedativa do tipo flegmonosa. Foi feita a apendicectomia e não foi feita a técnica de Lichtenstein. Fez-se a técnica de Zimmerman modificada. Para tornar o prognóstico melhor, deve-se realizar a cirurgia o quanto antes para evitar que o quadro evolua com estrangulamento.

HÉRNIA DE HIATO TIPO IV COM CAUDA DO PÂNCREAS NO SACO HERNIADO- RELATO DE CASO

Maura F.B. Felipe, Ana L.G. Pires, Bárbara S. Villela, Gabriela G. Rezende, Gabriel D. Andrade, Rodrigo O. Peixoto

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Introdução: Na Hérnia Hiatal (HH) ocorre a protusão parcial ou total de estrutura não esofágica pelo hiato esofágico (HE). São classificadas nos tipos I-IV de acordo com as estruturas herniadas e seu padrão. O tratamento cirúrgico é o definitivo. Relato de caso: Homem, branco, 46 anos, em 2006 foi diagnosticado com HH tipo I à Endoscopia Digestiva Alta (EDA). À Tomografia Computadorizada (TC), 2014, notou-se também hemangiomas hepáticos em segmentos II e IV (8,6x6,2cm e 4,8x3,4cm, respectivamente). Em 2020, internado com diagnóstico de COVID-19, TC de tórax evidenciou HH tipo IV com câmara gástrica e segmentos do corpo e cauda pancreáticos, volvo gástrico, elevação de hemitórax ipsilateral, além de opacidade pulmonar em padrão vidro fosco bilateralmente- característico da COVID-19. Após recuperação da infecção viral, foi indicada correção cirúrgica. Realizou-se abordagem laparoscópica com hepatectomia parcial do segmento II objetivando acesso ao esôfago, seguida de funduplicatura sem colocação de prótese. No pós-operatório mostrou-se assintomático com boa evolução, alta em 3 dias. Atualmente, após retorno médico com 90 dias paciente está em BEG.

Discussão: HH tipo IV é a mais rara e grave, definida pela herniação da junção gastroesofágica juntamente com outro(s) órgão(s), geralmente cólon ou baço. Predomina em mulheres da 4ª à 6ª décadas de vida. Ocorre pelo aumento da pressão intra-abdominal, combinada com deficiência em membrana frenoesofágica ou pilares diafragmáticos. O diagnóstico baseia-se em TC e EDA.

Geralmente é assintomática, pode possuir repercussões graves quando associada à rotação gástrica organoaxial, achado este encontrado no paciente, tendo indicação cirúrgica. Esta baseia-se na reparação do HE seguida de funduplicatura, sendo a abordagem laparoscópica mais utilizada.

O caso relata importante herniação do pâncreas, situação excepcional, existindo três casos relatados na literatura. Paciente não se enquadra no perfil epidemiológico, sendo homem, e apresentando uma HH tipo IV com herniação intratorácica de estômago, corpo e cauda pancreáticos, fato verificado em TC de tórax realizada devido à infecção por COVID-19. Após realizar exames sorológicos que apontaram IGG positivo, fez-se correção de forma segura, seguindo orientações de segurança preconizadas pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Conclusão: A HH tipo IV com herniação do pâncreas é mais rara, sendo importante seu relato. Nesses casos, a funduplicatura é o tratamento mais eficaz.



HÉRNIA INCISIONAL COMPLEXA EVOLUINDO COM FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO

Paula L. L. da Silva, Breno F. Araújo, Humberto E. F. Junior, Jéssica S. P. Viana, Maycon X. Duarte, Rodrigo V. Pádua

Hospital Universitário Ciências Médicas, Belo Horizonte/MG

Introdução: Hérnia incisional é a protuberância do conteúdo abdominal através de um defeito fascial na parede abdominal que se desenvolve no local de uma incisão cirúrgica anterior. Cerca de 15% a 20% dos pacientes com laparotomia desenvolvem uma hérnia incisional e elas tendem a ser mais comuns após incisões medianas. São hérnias complexas as que possuem um anel herniário com tamanho maior que 10 centímetros de largura e/ou perda significativa de domínio. Uma complicação incomum de uma hérnia encarcerada cronicamente é a formação de uma fístula enterocutânea.

Objetivo: Relatar e discutir uma complicação incomum de uma hérnia incisional crônica, a formação de uma fístula enterocutânea.

Relato de Caso: M.A.D.S, 56 anos, sexo feminino, quadro de hérnia incisional encarcerada em cicatriz de cesárea prévia (infra-umbilical mediana) com cerca de 25 anos de evolução. Evoluiu durante a internação com exteriorização de fezes na topografia da hérnia. Realizada laparotomia exploradora com identificação da fístula ao nível de íleo-terminal. Realizada enterectomia e anastomose íleo-ileal com grampeador linear.

Discussão: As hérnias incisionais grandes evoluem com acentuada redução do tecido músculo-aponeurótico da parede abdominal e com atrofia da musculatura larga do abdome. A progressiva expansão do saco herniário faz com que a pele que recobre a hérnia seja adelgada e o tecido subcutâneo escasso e desvascularizado e por esse motivo são frequentes as áreas de necrose, úlceras e, eventualmente, fístulas intestinais. No relato a paciente conviveu cronicamente com uma hérnia incisional volumosa e com a evolução do quadro o tecido cutâneo e o intestinal em longo contato se tornaram friáveis. A paciente então evoluiu com uma complicação rara, a formação de uma fístula enterocutânea. A maioria das hérnias incisionais requerem reparo cirúrgico, a menos que existam contra-indicações. No relato de caso optou-se pela ressecção em bloco de todo conteúdo herniário juntamente com a fístula enterocutânea e foi realizado a anastomose íleo-ileal.

Conclusão: A correção das hérnias incisionais permanece como um procedimento cirúrgico comum. A técnica mais apropriada e o melhor momento cirúrgico ainda é controverso na literatura médica, no entanto, sabe-se que com o passar do tempo, a tendência habitual das hérnias incisionais é a de aumentarem progressivamente, acarretando também aumento das complicações e das dificuldades técnicas na sua correção.

HÉRNIA INTERNA ABDOMINAL COMO COMPLICAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL - ESTUDO DE CASOS

Luiza R. Leão, Bruno K. Lanza, Felipe X. Cló, Phillipe H. Pereira, Pedro V. M. Alves

Hospital das Clínicas da UFMG

Introdução: Hérnia interna, condição em que há a passagem de vísceras por abertura natural ou não na cavidade peritoneal, é responsável por 0,5 a 5,8% dos casos de obstrução intestinal. Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, resultado da obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico. Sintomas são inespecíficos, podendo mimetizar outras situações. Obstrução é a complicação mais frequente em adultos, sendo a hérnia interna por aprisionamento intestinal uma rara complicação do DM.

CASO 1: Feminino, 46 anos, dor em abdome superior há 15 dias, hiporexia e diarreia. LES em controle, sem cirurgias prévias. Ao exame, estável, dor abdominal difusa sem irritação peritoneal. Revisão laboratorial sem alterações, TC com ingurgitamento e rotação dos vasos mesentéricos e posição anômala do jejuno. À laparotomia, divertículo ileal a 80 cm de válvula íleocecal compondo o processo herniado. Procedida redução e diverticulectomia. Alta no 5º DPO. Anatomopatológico: “processo inflamatório predominantemente crônico da parede de intestino delgado compatível com DM”.

CASO 2: Masculino, 62 anos, HAS, dor abdominal difusa súbita, distensão e parada de eliminação de flatos e fezes há 2 dias. Ao exame, taquicárdico, dor difusa abdominal com irritação peritoneal. À laparotomia, segmento de íleo distal de 80 cm com sofrimento isquêmico, herniado através de aderência do mesentério, com divertículo ileal necrosado. Ressecção do segmento isquêmico e confecção de ileostomia terminal. Alta no 7º DPO. Anatomopatológico: “divertículo verdadeiro com sinais inflamatórios agudos compatível com DM”.

Discussão: Hérnias internas se originam majoritariamente de anomalias congênitas que ocorrem durante a rotação interna intestinal. Sintomas surgem com as complicações, que ocorrem em 4% dos casos, geralmente em homens jovens. O diagnóstico pré-operatório de DM complicado com hérnia interna provou ser o maior desafio no seu tratamento, sendo tipicamente radiológico ou intraoperatório. Quando não tratadas, levam à mortalidade superior a 50%. O tratamento consiste na diverticulectomia, redução da hérnia e fechamento do defeito com restauração da anatomia normal.

Conclusão: Hérnia interna por aprisionamento intestinal é uma complicação extremamente rara do DM, com poucos casos reportados na literatura. Sintomas inespecíficos configuram um grande desafio diagnóstico, devendo ser considerado especialmente em jovens sem cirurgia abdominal prévia.



INFILTRAÇÃO DE ANESTÉSICOS LOCAIS PRÉ-INCISIONAL EM CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS E A DIMINUIÇÃO DE DOR NO PÓS-OPERATÓRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

João André Barbosa Meira 1; Fernando de Paiva Melo Neto 2; Bianca Dantas Mayer 2; Ricardo Silva de Albuquerque Fernandes 3; Marcelle Baracuhny Sodré de Mello 2; Adriano Dias Trajano 4

1 Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM-PB, João Pessoa – PB, Brasil 2 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil 3 Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil 4 Cirurgião do Aparelho Digestivo e do Trauma e Professor do Centro Universitário de João

Introdução: A cirurgia videolaparoscópica tem-se tornado a intervenção cirúrgica de escolha para doentes com diversas doenças benignas ou malignas. As vantagens da via minimamente invasiva em relação à via aberta já estão bem estabelecidas: menos dor pós-operatória, melhor resultado estético, alta hospitalar mais rápida, convalescença e retorno à atividade diária habitual mais precoces.

Objetivo: Analisar as publicações que abordem a infiltração de anestésicos locais pré-incisional em cirurgias videolaparoscópicas. **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com consulta na base de dados eletrônicos Dynamed, utilizou-se como palavras chaves da pesquisa os termos “laparoscopic surgery”, “analgesia”, “Anesthesia, Local” e “infiltration”, com as quais foram feitas as seguintes combinações: (tw:(laparoscopic surgery)) AND (tw:(analgesia)) AND (tw:(Anesthesia, Local)) AND (tw:(infiltration)). Com a primeira busca foram encontrados 26 artigos, dos quais apenas 11 foram analisados, pois entravam nos critérios de inclusão de publicação nos últimos 5 anos e estarem em inglês ou português. Por fim, após a análise dos artigos apenas 9 atendiam ao tema abordado. **Resultados:** Quando se leva em conta a utilização da cirurgia videolaparoscópica para diminuir complicações pós-operatórias, não se pensa nos possíveis danos que elas podem causar, no entanto estudos atuais visam abordar o uso de infiltração de anestésicos locais nas pequenas incisões, a fim de diminuir as dores pós-operatórias do paciente. Dos artigos avaliados, 60% trouxeram como benéficos o uso destas substâncias na pré-incisão, principalmente relacionado à diminuição no uso de analgésicos no pós-operatório imediato. Além disso, de acordo com os estudos analisados a técnica de infiltração se mostrou mais eficaz quando comparada a outras, como os bloqueios guiados por ultrassonografia.

Conclusão: Dado o exposto, é possível concluir que a maioria dos estudos corroborou uma relação entre a infiltração de anestésicos e a uma menor incidência de dor nos pacientes. Ainda são necessários mais estudos para correlacionar qual a melhor droga para esta aplicação, visando diminuir o consumo de analgésicos em momentos tardios de pós-operatório.

INFLUÊNCIA DE DIFERENTES TÉCNICAS DE REPARO NA RECORRÊNCIA DE HÉRNIAS UMBILICAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

TEIXEIRA, KAMYL M.; LEBOURG, LORENA R.; VICENTINI, MIGUEL M.; FARIA, THIAGO N; LAIZO, ARTUR

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos - UNIPAC – Juiz de Fora – MG – BRASIL.

²Professor Doutor de Práticas Médicas e Internato de Cirurgia Geral na Faculdade de Medicina de Juiz de Fora.

Introdução: Hérnia umbilical é uma protuberância anormal na região do umbigo devido a um defeito no fechamento da cicatriz umbilical ou por fatores adquiridos durante a vida. O tratamento cirúrgico da hérnia umbilical envolve uma vasta gama de opções existentes.

Objetivo: Comparar as eficiências das diferentes técnicas de reparo disponíveis para hérnias umbilicais no quesito recorrência.

Métodos: Realizou-se uma busca bibliográfica para aferir os artigos sobre o tema proposto nas bases de dados PubMed, Medline e Lilacs. Foram critérios de exclusão os artigos publicados antes de 2014 e os que se referiam aos outros tipos de hérnias da parede abdominal. Dessa forma, foram incluídos artigos originais, estudos prospectivos e retrospectivos, artigos de revisão e relato de casos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 31 artigos para leitura na íntegra e para compor os dados da pesquisa.

Resultados: Os números relatados foram encontrados nos artigos lidos. No total, 1762 pacientes foram submetidos ao reparo com malha, ocorrendo recidiva em 71 casos (4,03%). Já o reparo primário simples foi realizado em um total de 2152 pacientes analisados, sendo a recidiva presente em 162 casos (7,53%). O uso laparoscópico no reparo de hérnias umbilicais compreendeu um total de 337 cirurgias e 10 recorrências (2,97%). A prótese de duas camadas foi realizada em 1720 pacientes com 62 recorrências (3,6%). Outras técnicas menos comuns também foram observadas como uso de enxerto Surgisis em 36 pacientes e apenas 1 evoluiu com recidiva (2,8%) e também uso de adesivo protético em 39 pacientes com um total de 1 recorrência (2,6%). As técnicas de Button hole, Spitzzy e Mayo foram estudadas em 40, 345 e 43 pacientes com presença de nenhuma (0%), 8 (2,32%) e 3 (6,98%) recidivas, respectivamente

Conclusão: Portanto, o reparo com malha é a técnica mais recomendada e com menor índice de recorrências, entretanto, novos métodos de correção das hérnias umbilicais estão sendo estudados a fim de aprimorar esse conceito.

PALAVRAS-CHAVE: umbilical, hernia e recurrence.

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL IDIOPÁTICA NO ADULTO: RELATO DE CASO

Paula Braga Nunes, Igor rocha del bizzoni, Pablo P Pereira, Luciana Oliveira, Elkin E. C. Silva, Paulo de Tarso V de Oliveira

hospital regional São Sebastião.

A intussuscepção intestinal, emergência médica rara no adulto, ocorre devido a invaginação do lúmen intestinal em outro seguimento adjacente. A clínica é inespecífica, inapetência, hiporexia, vômitos e síndrome crônica obstrutiva. Alguns casos de sub-oclusão intestinal com escapes fecais impedem o diagnóstico precoce. Tem etiologia primária, mais comuns na criança; secundária, mais associada a malignidade em adultos e idosos ou idiopática.

Caso clínico A.E, 58 anos, homem, hígido, com dor abdominal difusa e inespecífica há 2 semanas e 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 leucócitos 10.400; PCR: 47,2. Radiografia de abdome total (RX ABD) com distensão difusa de alças de intestino delgado (ID) e a tomografia Computadorizada de Abdome (TC ABD), 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. Optado pela laparotomia exploradora evidenciando intussuscepção de parte do ID próximo ao Ângulo de Treitz e comprometimento vascular local difuso. Ressecado o segmento com margem ampla e enteroanastomose primária latero-lateral dos seguimentos adjacentes. Alta hospitalar no terceiro dia. Anatomopatológico mostrou necrose hemorrágica de segmento entérico devido intussuscepção intestinal, congestão linfonodal, sem malignidade.

Discussão A Intussuscepção tem diferentes etiologias, a minoria é idiopática, e cerca de 90% dos casos, é secundária a patologias prévias. Pode ser benigna como pólipos intestinais, diverticulite, estenose ou aderência pós cirúrgica, ou maligna (60%), optando-se pela abordagem laparotômica. O RX ABD 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 o do pseudo rim no longitudinal, e evidencia o padrão multilamelar ou “em casca de cebola” com as várias camadas das paredes intestinais envolvidas. Porém, o de maior sensibilidade diagnóstica é a TC ABD, 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 difícil e atrasado 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 e preciso.

INTUSSUSCEPÇÃO SECUNDÁRIA A LIPOMA EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE CASO

Bruna Castanho, Breno F. Araújo, Heitor B. F. Vidal, Jessica S. P. Viana., Maycon X. Duarte, Rodrigo V. Pádua.

Hospital Universitário Ciências Médicas de Belo Horizonte, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

A intussuscepção é uma patologia incomum em pacientes adultos, de apresentação inespecífica que predominantemente requer ressecção cirúrgica como abordagem terapêutica de urgência. Geralmente, tem como causa principal lesões com potencial de malignidade. Entretanto, pode ser causada por lesões benignas, como o lipoma que é o segundo tumor benigno mais comum no intestino, mas, ainda assim é raro e majoritariamente a sua identificação é acidental visto que sua apresentação clínica é oligossintomática. Em uma pequena parcela dos pacientes, o acometimento da lesão lipomatosa pode causar dor abdominal, alteração no hábito intestinal ou até mesmo a intussuscepção intestinal. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de Intussuscepção Intestinal com achados sugestivos de neoplasia em paciente do sexo masculino, 80 anos, com queixa de dor abdominal, associado a constipação intestinal há 9 meses que evoluiu com distensão abdominal, piora da dor com parada de eliminação de flatos e fezes, associado a vômitos e piora do estado geral. Em tomografia computadorizada evidenciado presença de intussuscepção ileocecal com obstrução a montante vinculada à lesão nodular de padrão gorduroso, correspondente a lipoma e expressiva distensão em alças de delgado. Paciente submetido a laparotomia exploratória, identificado invaginação na transição íleo-cecal com sinais de isquemia do segmento acometido, realizada ileocelectomia direita com reconstrução primária. A intussuscepção em adultos é rara, ao contrário da faixa pediátrica, e, na maioria das vezes é secundária a uma causa orgânica. Devido à sintomatologia inespecífica, os exames de imagem e minimamente invasivos podem ser úteis para o diagnóstico, porém, não são fidedignos na diferenciação entre neoplasia e espessamento inespecífico da parede intestinal. O diagnóstico é feito por muitas vezes após laparotomia exploradora, na intenção de identificar uma etiologia orgânica. Entretanto, a principal discussão envolve o tamanho da ressecção a ser realizada. Portanto, é imprescindível ao cirurgião que conheça as nuances dos mais diversos diagnósticos diferenciais associados ao quadro descrito. Desta forma, ressaltamos que a intussuscepção está relacionada na grande maioria das vezes a lesão orgânica, com quadros pouco sintomáticos, e, exames de imagem pouco esclarecedores. Por isso, a importância da cirurgia em casos suspeitos para adequado tratamento e reduzir a morbimortalidade associado ao atraso de diagnóstico.



LEIOMIOSSARCOMA DA VEIA CAVA INFERIOR: RELATO DE CASO

Iasmin D. Azevedo¹; Paula D.O. Vieira¹; Juliana D.O. Vieira²; Leonardo J. Vieira³

1- Discente do curso de Medicina – Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Juiz de Fora; 2- Discente do Curso de Medicina - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora; 3- Médico Cirurgião Oncológico do Centro Oncológico Monte Sinai

INTRODUÇÃO: O Leiomiossarcoma da Veia Cava Inferior (VCI) é um tumor raro que se desenvolve a partir dos constituintes musculares lisos da camada média.¹ Dor abdominal leve não específica é o sintoma mais prevalente, antecedendo o diagnóstico em meses ou anos. O presente relato possui como objetivo discutir uma patologia rara, mas que deve entrar no diagnóstico diferencial de massas retroperitoneais, pois o planejamento cirúrgico tem impacto na sobrevida.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 71 anos, não etilista e não tabagista foi submetida à ultrassonografia (USG) de abdome após consulta ginecológica, identificando massa heterogênea, hipoeecóica, discretamente vascularizada, medindo 10,2 cm em região mesogástrica. Na Tomografia Computadorizada (TC), notou-se lesão expansiva sólida no retroperitônio, com epicentro em situação intercavo-aórtica, íntima relação com a VCI 5,5 cm acima de sua bifurcação, invadindo sua luz com obliteração de 80% no plano de confluência da veia renal direita até veia renal esquerda. Foi realizada biópsia percutânea guiada por USG e o anatomopatológico revelou Neoplasia Fusocelular com Atipia Nuclear moderada. A imunohistoquímica corroborou a hipótese de leiomiossarcoma. Foi realizada laparotomia, dissecação do tumor e da VCI acima e abaixo da lesão com colocação de prótese em VCI. Não houve complicações. O anatomopatológico revelou sarcoma fusocelular de alto grau e margens livres.

DISCUSSÃO: O leiomiossarcoma da VCI é um tumor maligno raro constituindo apenas 0,5% dos sarcomas de tecidos moles². Este caso discute uma patologia rara que faz diagnóstico diferencial com massas retroperitoneais, visto que seu planejamento cirúrgico tem impacto na sobrevida. Há predomínio do sexo feminino, como no caso, com média de idade de 54 anos. O tumor possui um crescimento lento, retardando o diagnóstico e mantendo os pacientes assintomáticos por um longo tempo. Os exames pré-operatórios de maior acurácia são TC e Ressonância Magnética. Entretanto, o diagnóstico só é possível após o histopatológico.³ Ressecção cirúrgica é a única terapêutica comprovada capaz de prolongar a sobrevida. O papel de terapias adjuvantes não está bem definido.

CONCLUSÃO: A maioria das informações existentes sobre o tratamento do leiomiossarcoma de VCI é proveniente de relatos de casos e séries pequenas. A abordagem cirúrgica radical com ressecção completa e margens negativas é imprescindível para a sobrevida.⁴

LESÃO IATROGÊNICA DE VIA BILIAR COMPLICADA COM FÍSTULA E ABSCESSO HEPÁTICO: RELATO DE CASO

João Felipe Federici de Almeida; Lucas Machado Vieira; Vitoria Mayumi Takagi

Hospital Universitário Julio Muller - UFMT

Introdução. A colecistectomia (CCT) é o tratamento da colelitíase sintomática, realizada por via aberta (convencional) ou laparoscópica. Apesar de ser uma cirurgia comum, pode apresentar complicações graves, como a lesão iatrogênica de via biliar (LIVB) e a fístula biliar (FB). O tratamento dessas intercorrências envolve reabordagem cirúrgica e o prognóstico depende das condições subjacentes do paciente e do tratamento precoce. O pós operatório (PO) dessas cirurgias também pode levar a complicações, como hemorragias e formação de abscesso hepático, devido a manutenção de dreno na cavidade abdominal.

Relato. Homem, 46 anos, foi submetido à CCT aberta para tratamento de colelitíase no interior do Estado. No 5º dia PO, evoluiu com icterícia intensa, colúria, acolia fecal, dor abdominal em andar superior, náuseas e vômitos. O exame de imagem demonstrou dilatação moderada de aspecto obstrutivo em vias biliares e hepatocolédoco proximal. Paciente foi então transferido ao serviço especializado no 18º PO, em regular estado geral, icterício 4+/4+, e com dor intensa à palpação profunda de hipocôndrio direito. Exames laboratoriais evidenciaram elevação de enzimas canaliculares, transaminases e bilirrubinas, sugerindo hipótese de LIVB. Proposta laparotomia exploradora (LE), na qual se confirmou o diagnóstico e realizou-se derivação biliodigestiva em Y-de-Roux, com posicionamento de dreno em região hepático-jejunal. Paciente evoluiu com sinais de peritonite e drenagem de secreção biliosa e o exame de imagem revelou densa coleção sub-hepática. Foram então indicadas antibioticoterapia e reabordagem cirúrgica, com drenagem de coleperitônio de grande monta, compatível com fístula biliar, sem sinais de infecção. Após 5 dias, a tomografia computadorizada (TC) mostrou coleção intra-hepática e intra-abdominal hipodensa de moderada quantidade, e então optou-se por 2ª reabordagem. Durante LE, identificou-se coleção bilio-purulenta em espaço sub-hepático e abscesso intra-hepático, ambos drenados. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 30º PO da última reabordagem.

Discussão. O caso do paciente, inicialmente submetido à CCT que cursou com várias complicações graves, mostra a complexidade e desafio no manejo de intercorrências em cirurgias de vias biliares. Como evidencia o relato, a correção de alguns quadros culminou no desenvolvimento de novas complicações, que precisaram ser conduzidas por uma equipe do serviço especializado.



LESÃO IATROGÊNICA DE VIAS BILIARES: RELATO DE CASO

João Felipe Federici de Almeida; Lucas Machado Vieira; Thainara Missassi Heller; Vitoria Mayumi Takagi

Hospital Universitário Julio Muller - UFMT

Introdução. A Lesão Iatrogênica de Via Biliar (LIVB) representa a complicação mais temida da colecistectomia (CLT). Com o advento da videolaparoscopia (VLP) houve aumento de incidência da LIVB. O intenso processo inflamatório da colecistite, obesidade, vesícula esclerotrótica e sexo masculino estão entre os principais fatores de risco para esta ocorrência. O prognóstico está relacionado às condições subjacentes do paciente e ao tempo decorrido entre a lesão, sua identificação e o tratamento.

Relato. Paciente, masculino, 47 anos, previamente hígido, apresentou quadro de colecistite aguda, sendo indicada CVL, que foi convertida a técnica aberta devido ao difícil acesso da via biliar. O paciente evoluía bem no pós-operatório, até que 3 meses após o procedimento iniciou quadro de astenia, hiporexia, icterícia, vômitos, febre, dor abdominal intensa e perda ponderal de 25kg. Realizou colangiorressonância que evidenciou moderada dilatação das vias biliares intra-hepáticas e CPRE que visualizou fechamento do colédoco em fundo de saco. Após intensificação do quadro clínico e abrupta elevação de marcadores de lesão hepática, enzimas canaliculares, bilirrubina direta, proteínas de fase aguda e leucocitose, foi internado e submetido à laparotomia, onde foi visualizado coledocoduodenostomose a Madden, sendo desfeita essa anastomose e confeccionada hepaticojunoanastomose término-lateral transmesocólica em Y de Roux e sendo inserido dreno túbulo-laminar alocado próximo a região da neoanastomose. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com melhora clínica e laboratorial importante. Recebeu alta hospitalar com retorno agendado via ambulatorial, com proposta de monitorização do débito e aspecto do dreno.

Discussão. A LIVB representa a complicação mais temida da CLT. Com o advento da VLP houve aumento das LIVB, passando de 0,2% a cerca de 0,8%. Estima-se que este aumento se deva a visão em duas dimensões proporcionada pelo aparelho de vídeo. O intenso processo inflamatório da colecistite, variações anatômicas, uso inadvertido do eletrocautério, inexperiência do cirurgião, obesidade, vesícula esclerotrótica e sexo masculino são os principais fatores de risco. As variações anatômicas se fazem presentes em 6 a 25% das LIVB, sendo a mais frequentemente encontrado o ducto hepático direito aberrante presente no triângulo de Calot. Apenas 15 a 30% das LIVB são diagnosticadas durante a cirurgia inicial. O prognóstico está diretamente relacionado às condições subjacentes do paciente, bem como ao tempo decorrido entre a lesão, sua identificação e o tratamento.

LESÕES PERIANAIS EXTENSAS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA, IGOR OLIVEIRA FERREIRA, ARTHUR VALDIER BATISTA, ANTÔNIO ALEXANDRE GUILHERME DIAS, JÉSSICA DOS SANTOS MOREIRA DE CAFÉ FERNANDES, LEATRICE SCHUBERT GUILHON DE CASTRO

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ)

INTRODUÇÃO: Lesões perianais possuem vasta etiologia, gerando dificuldade diagnóstica. O tratamento depende do diagnóstico. As possibilidades são criptoglandular, doenças inflamatórias intestinais, traumas, neoplasias, doenças congênitas, radioterapia e doenças idiopáticas. O trabalho objetiva ilustrar a dificuldade do diagnóstico de lesões extensas perianais apesar de grande leque de testes diagnósticos.

OBJETIVO: Demonstrar a dificuldade em diagnosticar lesões perianais extensas e seus diagnósticos diferenciais.

MÉTODO: Relato de caso clínico acompanhado HMTJ desde 27/10/2020. **RELATO DE CASO:** ALMF, 20 anos, hígido, iniciou quadro de lesões fistulosas e úlceras em região perianal há 1 ano, tratado com antibioticoterapia e melhora do quadro. Em outubro de 2020 apresentou recorrência das lesões perianais com saída de secreção por orifício perianal, formação de abscesso e lesões bolhosas exsudativa, associada lesões vesiculares em região oral, sendo internado no HMTJ no dia 27 de outubro de 2020 para investigação e tratamento. Iniciou esquema com Clindamicina, Ciprofloxacino e Aciclovir, sem melhora. Feito sorologias e com resultados negativos, colonoscopia com infiltrado inflamatório difuso e ressonância magnética de pelve sem alterações. No dia 04/11/2020 foi submetido a fistulotomia, curetagem e biópsias de úlceras perianais. Aguarda o resultado para resolução.

DISCUSSÃO O caso reflete a dificuldade diagnóstica de lesões perianais, principalmente as extensas. Paciente jovem, previamente hígido, realizou múltiplos tratamentos e exames sem êxito. Na anamnese descartadas possíveis etiologias traumáticas como lesões com corpo estranho ou cirurgias prévias, sorologias descartaram linfogranuloma venéreo e tuberculose, colonoscopia afastando doenças inflamatórias intestinais como Crohn e retocolite ulcerativa. No momento, um dos principais, possíveis diagnóstico é doença de Behçet, devido a lesões perianais associada a lesões orais. Aguarda o resultado da biópsia para resolução diagnóstica.



MANEJO DE FÍSTULA GASTRO-BRÔNQUICA PÓS GASTROPLASTIA SLEEVE PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE: RELATO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1; Artêmio José Araruna Dias 2; João Vitor da Cunha Lima Viana 3; Mariane V. O. Soares 2; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; José Pires Dutra Junior 4

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Acadêmico do curso de Medicina da FACISA, em Campina Grande - PB, Brasil; 3 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal – RN, Brasil; 4 Cirurgião do Aparelho Digestivo, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife -PE, Brasil

Introdução: A Gastroplastia Sleeve (GS) é comumente utilizada para tratamento da obesidade, apresentando indicações específicas. Entre suas possíveis complicações, temos a fístula gastro-brônquica (FGB), que apesar de rara, tem repercussões clínicas diversas, e em geral graves, exigindo em sua terapêutica o manejo multiprofissional.

Objetivos: Apresentar e analisar um caso clínico de manejo terapêutico de FGB originada após GS para tratamento de obesidade.

Métodos: NLBM, sexo feminino, 37 anos, em 42º dia de pós-operatório de GS para tratamento de obesidade. Relata dispneia, tosse mucopurulenta, pior após refeições. Ao exame, hipossaturando, com dor abdominal e em Hemitórax Esquerdo (HTE). Tomografia de abdome e tórax revelando volumosa formação no HTE com características sugestivas de abscesso pulmonar, associado a áreas de atelectasia periférica, extravasamento de contraste da grande curvatura gástrica para o hilo esplênico e trajeto fistuloso para coleção no pulmão esquerdo. Diante do diagnóstico de FGB, realizada toracoscopia com decorticação pulmonar e drenagem do abscesso, com coleta de material para cultura. Paciente evoluiu com melhora clínica significativa, porém, com episódios de febre, tosse mucopurulenta e taquicardia persistente. Dessa forma, optou-se por manejo endoscópico, realizada aposição de prótese metálica em fístula por 03 semanas, evidenciando-se orifício fistuloso após a retirada com provável granulação em fundo cego. Entretanto, os sintomas e sinais infecciosos persistiram e o diagnóstico de fístula patente firmado através de fistulografia por via endoscópica. Diante disso, realizada Miotomia Gástrica Peroral associada a dilatações endoscópicas seriadas com balão em área de estenose. Paciente evoluiu com melhora e alta após 120 dias de internação hospitalar.

Resultados: As fístulas gástricas são complicações graves da SG. O tratamento da fístula, em geral, é longo, difícil e está associado à morbidade e mortalidade importantes. Comumente, as FGB se manifestam com tosse e abscesso subfrênico. Com relação à etiologia, temos a pressão intraluminal secundária à contração do píloro e mudanças no suprimento sanguíneo como possíveis causas.

Conclusão: Este caso evidencia a importância da assistência em vários âmbitos e precoces, bem como adequação do estado nutricional e fonoaudiológica após intubações orotraqueais/traqueostomias. Além disso, é essencial o manejo na terapia intensiva, em sua maioria baseados em propedêutica armada.

MELANOMA MALIGNO INFILTRATIVO EM GLÂNDULA PARÓTIDA: RELATO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1; Anderson Brasileiro de Araújo 2; Laís Nóbrega Vieira 1; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Rayanne Oliveira da Silva 1; Uirá Luiz de Melo Sales Marmhoud Coury 3

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil; 3 Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Preceptor da Residência de Cirurgia Geral do HUAC-UFCG, Chefe da Unidade de Cirurgia Geral do HUAC-UFCG/EBSERH, Orientador, Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde pelo NUTES – UEPB, Campina Grande – PB, Brasil

Introdução: O Melanoma é uma neoplasia de caráter agressivo, entretanto, se diagnosticado em fase inicial, apresenta elevado índice de cura. A respeito do melanoma primário da parótida é bastante raro e, em geral, resulta em mau prognóstico e a sobrevida em longo prazo é escassa. Clinicamente, há um crescimento progressivo, firme e assintomático na região da parótida, associado a paralisia do nervo facial.

Objetivos: Apresentar um caso clínico de um paciente idoso com melanoma maligno infiltrativo em glândula parótida.

Métodos: Paciente E.P., 72 anos, sexo masculino, com tumoração em face esquerda e comprometimento de região massetérica, possuindo áreas de ulceração e de pele íntegra, com crescimento progressivo há 2 anos. Referia dor de forte intensidade, com irradiação para região frontal, periorbital e cervical, negando febre e perda de peso. Outrossim, apresentou parestesia nesses locais, por provável acometimento de nervo facial. Tomografia de crânio com contraste revelou lesão hiperatenuante com epicentro na glândula parótida, com focos hipodensos de permeio e realce heterogêneo. Ademais, a ecografia de região cervical evidenciou nódulo parotídeo e linfonodos não habituais à esquerda. Assim, realizada parotidectomia radical estendida à pele com esvaziamento cervical em níveis I-IV, reconstrução com retalho miocutâneo de platismo e ressecção de nervo facial. O anatomopatológico apresentou aspectos compatíveis com melanoma maligno infiltrativo em glândula salivar. O paciente apresentou cirurgia sem complicações e foi encaminhado para radio e quimioterapia.

Resultados: O melanoma primário de parótida expressa uma alta tendência para metástases locorregionais e à distância. Existem vários indicadores de mau prognóstico, como a espessura de Breslow, metástases medindo ≥ 6 cm de diâmetro, comprometimento dos linfonodos cervicais e paralisia do nervo facial. Ainda não há um tratamento padrão instituído, porém, geralmente, realiza-se a parotidectomia total. O papel da radio e quimioterapia após a cirurgia ainda é discutível, entretanto, pode melhorar a qualidade de vida do paciente.

Conclusão: O melanoma infiltrativo em parótida é raro, sendo a parotidectomia total com esvaziamento cervical de linfonodos acometidos o manejo terapêutico de preferência. Assim, a patologia e suas formas de apresentação devem compor o arcabouço de possibilidades diagnósticas, para que a suspeita clínica associada aos exames de imagem possa resultar em uma condução eficaz.



MELANOMA UVEAL COM METÁSTASE TARDIA - RELATO DE CASO

Maria C. Diniz, Amanda C.V. Alves, Mara I.S. Zamae, Lucas O. Foureaux, Henrique N.C. Oliveira, Luiz G.T. Júnior

Hospital Vila da Serra; Hospital Mater Dei

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 identificada lesão expansiva em fundo de olho. Submetida a RM, observada lesão de etiologia provavelmente maligna, restrita à coróide, sem sinais de metastase. 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. À RM de abdome, foi 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.

METASTASECTOMIA HEPÁTICA EM CÂNCER DE MAMA METASTÁTICO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DE LITERATURA

Marina Quaglio Oinegue Fulfaro, Rafael Martins Steffen, Arthur Fernandes Pacheco, Gabriela Camilo Teixeira, Bruna Alejandra Orellana Santos, Diego Monteiro de Melo Lucena

Faculdade de Medicina do ABC, Cirurgia Geral

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, a imunohistoquímica apresentou um tumor HER2 positivo. Diante disso, a paciente foi submetida a 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 estrógeno 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 estrógeno 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 faltar 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.

MIGRAÇÃO INTERNA DE SONDA DE JEJUNOSTOMIA: RELATO DE CASO RARO

Ana Luísa S. Fonseca, Ana Luíza C. Carvalho, Thaís B. Alves, Taline N. Rodrigues, Lorena M. Batista, Fabiano L. Campos

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO: Jejunostomia (JT) é um estoma intestinal, com exteriorização e abertura cirúrgica da alça intestinal jejunal. Complicações relacionadas à utilização domiciliar de sondas enterais são frequentes. A migração interna da sonda para o intestino é uma rara complicação.

RELATO DO CASO: Masculino, 48 anos, epilético, tabagista, etilista. Encaminhado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) em 2019. História pregressa de Esofagectomia Subtotal e JT em 2014, devido à neoplasia de esôfago, em acompanhamento para disfagia, com dilatações endoscópicas seriadas. Relatada por familiares internação prolongada por crise epilética em 2018, com alta hospitalar sem a sonda de JT. Ao exame físico, abdome tenso, doloroso à palpação em cicatriz de JT, sem sinais de irritação peritoneal. Endoscopia Digestiva Alta com visualização de corpo estranho, sugestivo de sonda de JT amputada. Laudo tomográfico de corpo estranho na porção proximal da alça de delgado, com uma das extremidades em posição justa parietal e aparente projeção extraluminal, em proximidade com a musculatura do psoas direito. Optado por recuperação nutricional e posterior abordagem cirúrgica. Cirurgia realizada em 08/03/2020 para retirada da sonda de JT, com identificação ao intraoperatório da sonda em jejuno e em cólon ascendente, e correção de fístula jejuno-colônica. Paciente permaneceu 3 dias no Centro de Tratamento e Terapia Intensiva, com alta hospitalar no 6º dia do pós operatório.

DISCUSSÃO: A terapia nutricional por JT é comum na prática clínica, indicada em casos de neoplasia esofágica, gástrica ou de orofaringe e doenças neurológicas que cursam com disfagia. Porém, está associada a complicações, como exteriorização do tubo, vazamento periostomal, dermatite e diarreia. A migração interna da sonda alimentar é considerada rara. Em um estudo com 299 pacientes submetidos à JT, 0,7% apresentaram migração intraperitoneal do tubo. As evidências sobre essa complicação são escassas e os relatos de casos sobre o assunto reforçam a necessidade de estudos mais consistentes e a adoção de medidas simples à rotina de cuidados com a via alimentar, como verificação frequente do tubo enteral e higiene local.

CONCLUSÃO: Envolvimento multiprofissional e capacitação dos pacientes e cuidadores são necessários para prevenir e/ou reduzir a incidência de complicações relacionadas a sondas enterais, incluindo a migração interna da sonda de JT.

MUCOCELE DE APÊNDICE - RELATO DE CASO

Ana Carolina C. Teodoro, Bruna B.O. Junqueira, Caio I.R. Paiva, Vitória R. Queiroz, Rodrigo D. Weydt, Thaís S de Barros

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora MG

INTRODUÇÃO Mucoccele de apêndice é uma doença rara, geralmente de achado incidental. Ocorre uma dilatação do apêndice cecal, que advém da obstrução de sua luz com consequente acúmulo intraluminal de muco devido a alterações da camada mucosa e muscular, predominando em mulheres acima dos 50 anos. Geralmente assintomática, pode ser classificada em quatro tipos de processos patológicos, sendo os tipos I e II benignos, tipo III de transição e tipo IV relacionado a neoplasias malignas. Todavia, pode cursar com dor discreta em fossa ilíaca direita, aguda ou crônica, presença de massa palpável, alterações do trânsito intestinal, anemia e emagrecimento. As complicações da mucoccele de apêndice, geralmente, são raras e incluem: hemorragias, intussuscepção, perfuração, peritonite e pseudomixoma peritoneal. Sendo, esta última, a complicação mais importante. O diagnóstico pré-operatório é raro, sendo, na maioria das vezes, confundido com apendicite aguda ou cisto ovariano. Cerca de 25% a 50% são achados incidentais ao ato cirúrgico. Apesar do frequente diagnóstico incidental, o exame físico minucioso, aliado à ultrassonografia abdominal, à colonoscopia ou, principalmente, à tomografia computadorizada podem sugerir o diagnóstico e auxiliar na escolha da tática cirúrgica. Os diagnósticos diferenciais da mucoccele incluem hidrossalpingite, cisto mesentérico, apendicite aguda, cistos de ovário e renal, dentre outros. O tratamento da mucoccele do apêndice é cirúrgico, sendo utilizadas como vias de acesso a laparotomia e a videolaparoscopia. **OBJETIVO** Por se tratar de rara afecção, atualizar e fornecer substratos para seu diagnóstico precoce e terapêutica adequada. **MÉTODO** Relatar um caso de mucoccele do apêndice por meio da busca ativa em prontuário médico e revisão de literatura.

RELATO DE CASO Masculino, 29 anos, com quadro de dor abdominal em baixo ventre iniciada há 24 horas, com posterior localização na fossa ilíaca direita, associado à febre de 38,5°C. Negava uso de medicações, comorbidades e outros sintomas. Ao exame físico, apresentou abdome plano e doloroso a palpação profunda em todo andar inferior, com maior intensidade no quadrante inferior direito, relatando dor durante a descompressão brusca, sem presença de massa palpável. O exame ultrassonográfico descreveu apêndice cecal espessado, calibre de 2,7 cm, com densificação dos planos adiposos adjacentes e leucocitose com desvio à esquerda. Diante do quadro abdominal agudo, foi indicado a exploração cirúrgica.

RESULTADO Submetido a apendicectomia, evoluiu no pós operatório sem intercorrências. Exame anatomopatológico revelou neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice.

DISCUSSÃO A mucoccele do apêndice possui uma incidência maior a partir de 60 anos, acometendo principalmente mulheres. É observado em cerca de 0,4% dos pacientes submetidos a apendicectomia. Pode estar associada a neoplasias, sendo que o risco de neoplasia apendicular oculta é maior em pacientes que apresentem apendicite aguda do que na população geral. Cerca de 25% dos portadores de mucoccele são assintomáticos, porém alguns apresentam dor aguda ou crônica no quadrante inferior direito do abdome. A ruptura do apêndice pode determinar extravasamento do conteúdo mucoso com implantação de células neoplásicas na cavidade peritoneal levando ao chamado pseudomixoma peritoneal. Trata-se de uma doença rara, tendo seu diagnóstico facilitado pelo avanço nos métodos de imagem, principalmente pela tomografia computadorizada. O tratamento é cirúrgico, sendo a ressecção completa do apêndice a mais indicada. Nos casos suspeitos ou confirmados de neoplasia maligna associada, realiza-se a hemicolectomia direita.

CONCLUSÃO A mucoccele do apêndice deve ser considerada em pacientes com dor aguda ou crônica no andar inferior do abdome se associada a uma massa localizada na fossa ilíaca direita evidenciada pelos métodos de imagem.



MUDANÇA DE SÍTIO EM PROLAPSO DE COLOSTOMIA TERMINAL ASSOCIADO À HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA: RELATO DE CASO.

Ana Carolina P. Tavares, Ana Carolina S. Ribeiro, Daniela G.P.L. Rodrigues, Débora P. Silva, Maria Carolina C.A.C. Fartes, João Vicente L. Rodrigues

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

INTRODUÇÃO: A confecção de um estoma terminal ou em alça, embora de fácil execução, pode trazer complicações (precoces ou tardias) ao paciente, comprometendo sua qualidade de vida. Das complicações tardias podemos citar o prolapso (2 a 26% dos casos) e a hérnia paraestomal (5 a 52%), ambas causadas, principalmente, por técnica operatória inadequada, aumento da pressão intra-abdominal e enfraquecimento da aponeurose. Tanto o prolapso quanto a hérnia paraestomal, normalmente não impedem a função do órgão, mas podem provocar sérias manifestações clínicas como encarceramento, estrangulamento e obstrução intestinal, necessitando abordagem cirúrgica. Nos últimos anos, várias técnicas de cirurgias minimamente invasivas têm sido descritas para o manejo de apenas uma complicação, porém, nas situações em que as complicações relacionadas ao estoma aparecem associadas, a melhor forma de tratamento ainda não foi bem estabelecida, sendo a laparotomia uma opção interessante, principalmente em casos selecionados.

OBJETIVO: Enfatizar a laparotomia para mudança de sítio do estoma como excelente opção no tratamento de prolapso e hérnia paraestomais.

MÉTODOS: Utilizamos a descrição cirúrgica do prontuário do paciente, as fotos do ato operatório e a revisão de literatura. Foram analisados 16 artigos da base de dados Medline, com descritores “stoma”, “prolapse”, “hernia” e “surgery”, e variações segundo o MeSH. Incluídos os filtros Full text, Humans, 10 years, English, Male, Aged: 45+ years, e excluídos artigos que não preenchiam os critérios de inclusão.

RESULTADOS: Homem, 62 anos, submetido à amputação abdominoperineal do reto e confecção de colostomia terminal, em julho de 2018, devido a tumor de reto distal. Há 5 meses, observou aumento de volume do estoma e da parede abdominal ao redor, causando dor, sangramento esporádico e pouca adaptação da bolsa. Nos últimos dois meses, apresentou dificuldade para a redução manual do prolapso. Exame clínico identificou prolapso de colostomia (13 cm) e hérnia paracolostômica. Indicada cirurgia de ressecção do prolapso, correção da hérnia e reposicionamento do estoma por laparotomia, realizada em março de 2020. Obteve alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. Atualmente, informa ótima evolução e qualidade de vida.

CONCLUSÃO: A laparotomia com reposicionamento do estoma pode ser considerada uma excelente alternativa para portadores de prolapso de colostomia terminal associado à hérnia paracolostômica.

MÚLTIPLOS TRATAMENTOS ENDOVASCULARES DE PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE BEHÇET: DESAFIO TERAPÊUTICO

Lorrane V. S. Riscado, João Henrique S. de Pinho, Leonardo Goés, Vanessa Stefaniak, Sergio Q. Belczak

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Centro Universitário São Camilo; Instituto de Aprimoramento e Pesquisa em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular (IAPACE)

INTRODUÇÃO: A doença de Behçet (DB) é uma vasculite multissistêmica idiopática. O diagnóstico é clínico com achados característicos, como úlceras orogenitais e intestinais, artrite periférica, uveíte, aneurismas arteriais, trombose venosa e arterial e acometimento do sistema nervoso. Manifestações vasculares são os principais fatores de morbimortalidade, necessitando de diagnóstico e tratamento precoce.

RELATO DE CASO: Homem, 38 anos, diagnosticado com DB há 2 anos devido à aftose oral, manifestações cutâneas e vasculares, com 4 dos critérios internacionais para DB. Apresentou sinais de aneurisma roto de aorta abdominal infrarrenal, tratado com endoprótese. No pós-operatório, evoluiu com oclusão das artérias ilíaca e femoral esquerda com sinais de isquemia em todo membro. Foi feita tromboembolotomia por acesso femoral e arteriorrafia com patch de DACRON. No dia seguinte, apresentou oclusão trombótica do acesso, diagnosticada por ultrassonografia Doppler, com trombose arterial do segmento ilíaco, optando-se por observar, devido à perfusão normal do membro. Após 2 anos, evidenciou-se, por angiotomografia, nova possível ruptura na aorta com sangramento para o retroperitônio na porção justarrenal. Implantou-se nova endoprótese feita sob medida com três fenestras e scallop para tronco celíaco, juntamente com mais três stents revestidos. A endoprótese não ficou posicionada corretamente contra a parede da aorta por dificuldade de abertura do dispositivo na porção proximal, necessitando de stent Palmaz para fixá-la e evitar vazamentos. O paciente fez uso de corticoterapia imunossupressora associada à ciclofosfamida. Após 2 anos da última intervenção, evoluiu com desconforto lombar moderado e intermitente mais acentuado à esquerda. Nova angiotomografia demonstrou pseudoaneurisma proximal à endoprótese. Foram feitas dissecação de artéria femoral e implante de endoprótese recobrimo a parte aneurismática e segmento aórtico proximal à dilatação. Não houve novas complicações.

DISCUSSÃO: O tratamento ideal das lesões arteriais de pacientes com DB ainda é controverso e desafiador. Os aneurismas arteriais nesses casos tem rápida expansão e alto risco de ruptura com dificuldades técnicas e recidivas frequentes. Este relato mostra que a intervenção endovascular é uma alternativa viável, pois a morbimortalidade da cirurgia convencional segue elevada. Ademais, o controle da atividade inflamatória por meio de imunossupressão, antes e após o procedimento, é imprescindível.



NEOPLASIA NEUROENDÓCRINA EM HISTOPATOLÓGICO DE APENDICECTOMIA: UM ACHADO OCASIONAL NA PEDIATRIA

Leandra Vieira Caetano, Lucca Gontijo Giarola e Natália Terra de Paulo

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE

INTRODUÇÃO: Tumores carcinóides são neoplasias neuroendócrinas (NNE) localizados, em 54,5% dos casos, ao longo do trato gastrointestinal. Quando seu sítio primário é o apêndice, localizam-se principalmente na região apical do órgão, podendo causar apendicite aguda por obstrução da luz. Apesar da relativa baixa taxa de incidência, as NNEs de apêndice devem ser consideradas como diagnóstico diferencial de apendicite em qualquer faixa etária.

RELATO DE CASO: I.C.F., sexo feminino, 8 anos, natural de Ibirité (MG). Admitida e avaliada no Hospital e Maternidade São José - Contagem (MG) no dia 22/09/2017, queixava de dor abdominal em fossa ilíaca direita. Ao exame físico apresentou abdome flácido, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita e Blumberg presente. Ausência de vômitos, náuseas e diarreias e a ultrassonografia de abdome foi sugestiva de apendicite. Sendo indicado então, internação para tratamento cirúrgico de apendicectomia no dia 23/10, o qual ocorreu sem intercorrências. Na análise anatomopatológica do órgão, foi detectado um tumor carcinóide de 1,25mm de maior diâmetro na região distal e as margens de ressecção estavam livres. Foram positivos os antígenos, cromogranina, sinaptofisina, enolase, citoqueratina (AE1/AE3) e em menos de 1% da células o Ki-67.

DISCUSSÃO: A apresentação clínica de neoplasias neuroendócrinas do apêndice (NNEa) encontra-se similar às de apendicite aguda e manifestação de dor na fossa ilíaca direita é comum, causada por parcial obstrução luminal intermitente. A paciente do presente relato apresentou o tumor sendo de uma faixa etária distante da média de acometimento deste, sendo descrito pela literatura cerca 54,4 anos em mulheres.

CONCLUSÃO: Apesar de não ser comum, NNEa devem ser considerados como causa de apendicite e diagnóstico diferencial, mesmo com sua localização típica apical. O diagnóstico prévio de NNEa primários torna-se complexo devido a dificuldade de visualização em exames de imagem e a baixa incidência da síndrome carcinóide, <1% dos casos. O que mostra a importância do estudo anatomopatológico posteriormente a cirurgia

NEVOS CONGENITO MENOR DE ORIGEM NEUROECTODÉRMICA : RELATO DE CASO

Cirênio de Almeida Barbosa, Deborah Campos Oliveira, Debora Helena Cunha, Adélio José da Cunha, Paula Souza Lage, Nathália Moura de Melo Delgado

Universidade Federal de Ouro Preto, Faculdade de Minas, Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete

Objetivo: O trabalho visa realizar uma ampla abordagem sobre os nevos melanocíticos congênitos (NMC), que apresentam uma incidência relativamente rara.

Métodos: Paciente de 18 anos, sexo feminino, sem comorbidades, com quadro de mácula hiperocrômica, enegrecida e pilosa, de limites bem definidos e bordas irregulares, de contorno geográfico, assintomática, localizada no tronco posterior direito e esquerdo, estendendo-se até a região lombar superior. A paciente já nasceu com a lesão que veio apresentando aumento proporcional ao crescimento da criança. O exame anatomopatológico confirmou a hipótese clínica de nevo congênito menor.

Resultados: A incidência real de melanoma em NMC permanece controversa na literatura e casuísticas mais recentes apresentam dados que variam entre 2,8 e 8,5% dos portadores de nevos congênitos. O tamanho do nevo acima de 20 cm², número de lesões e faixa etária menor que três anos são as características clínicas mais associadas ao risco de transformação maligna. Os nevos melanocíticos congênitos (NMC) são lesões pigmentadas presentes ao nascimento, decorrentes do acúmulo de melanócitos de origem neuroectodérmica em localização ectópica. Algumas características histológicas peculiares são capazes de definir a etiologia congênita do nevo, tais como a presença de células névicas agrupadas em “cachos” e a presença destes elementos celulares em estruturas glandulares, vasos sanguíneos e tecido subcutâneo. O tratamento cirúrgico é a opção preferencial, quando indicado. Entre as modalidades cirúrgicas merecem destaque a ressecção seguida de enxertia de pele, ressecções parceladas e o uso dos expansores teciduais nas áreas sãs adjacentes, seguido de ressecção das lesões e avanço ou rotação dos retalhos expandidos. Nessa paciente realizou-se a conduta utilizada que vai de encontro à proposta da literatura internacional, com predominância de ressecção parcelada, seguida de expansão tecidual.

Conclusão: Os pacientes portadores de NMC gigante merecem especial atenção por equipe multiprofissional, incluindo terapeutas ocupacionais, psicoterapeutas, clínicos, médicos de família e comunidade e cirurgiões plásticos, que geralmente conduzem os casos.



O EFEITO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AO PACIENTE CIRÚRGICO – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Luíza M. Croce, Augusto C. A. Santos, Artur Laizo.

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Juiz de Fora, Minas Gerais e Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) - Juiz de Fora, Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: Sabe-se que a cirurgia em geral constitui-se um evento estressante, gerando medo do desconhecido e da possibilidade de insucesso, levando à angústia e ansiedade nos pacientes. O cuidado perioperatório é um período em que os profissionais de saúde devem fornecer atendimento integral às necessidades do paciente, proporcionando segurança ao mesmo. Uma vez que a espiritualidade relaciona-se com níveis de esperança e tranquilidade em diversas situações da vida, faz-se necessário compreender seu papel no bem-estar do paciente no enfrentamento do trâmite cirúrgico.

OBJETIVO: Revisar a literatura científica dos últimos 5 anos sobre a vivência da espiritualidade/religiosidade (E/R) nos pacientes cirúrgicos, com o objetivo de evidenciar seus efeitos no enfrentamento do período perioperatório.

MÉTODO: Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados eletrônicas PubMed e Periódicos CAPES, utilizando-se os descritores consultados no DeCS/MeSH “spirituality”, “religion”, “perioperative assistance” e “surgery”. Foram incluídos apenas artigos originais, nos idiomas português e inglês, publicados entre 2015 a outubro/2020. Foram excluídos artigos não pertinentes à E/R no perioperatório e estudos realizados com grupos religiosos específicos.

RESULTADOS: Feita leitura e análise dos artigos elegíveis, observou-se que a maioria dos pacientes eram do sexo feminino, casadas, com média de idade entre 50 e 60 anos e possuíam baixa escolaridade. Em termos de religião, as mais predominantes eram as crenças católica e protestante. Estudos mostraram que estratégias de enfrentamento baseadas em práticas religiosas como preces e leituras levam a menor ansiedade/depressão e maior bem-estar espiritual e crescimento pós-traumático, durante o momento perioperatório. Em abordagens com pacientes internados para cirurgia cardíaca, um estudo evidenciou que, quando questionados sobre a relação entre a internação atual e a espiritualidade, os mesmos relataram que a fé deu suporte e segurança para o enfrentamento da assistência perioperatória e da cirurgia em si, diminuindo seus níveis de angústias e medos.

CONCLUSÃO: A E/R repercutiu positivamente na qualidade de vida do paciente cirúrgico, uma vez que atribui um novo sentido à assistência perioperatória, resignificando o enfrentamento e trazendo perspectivas de um futuro pós-cirúrgico. Desta forma, a E/R deve ser abordada pelos profissionais de saúde, a fim de promover uma assistência biopsicossocioespiritual.

O USO DO PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO NO PRÉ-OPERATÓRIO DAS HÉRNIAS INCISIONAIS COMPLEXAS

Rayanne Oliveira da Silva 1, Marinna Karla Da Cunha Lima Viana 1, Laís Nóbrega Vieira 1, Ricardo Silva de Albuquerque Fernandes 2, Anderson Brasileiro de Araújo 2, Adriano Dias Trajano 3

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil 2 Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil 3 Cirurgião do Aparelho Digestivo e do Trauma e Professor do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ e Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil

INTRODUÇÃO: As hérnias incisionais complexas (HIC) compreendem uma grande protrusão de conteúdo da cavidade abdominal por um defeito na parede. Elas Podem estar associadas a perda de domicílio e essas são de difícil tratamento, devido várias complicações como síndrome compartimental, atelectasia e choque. A utilização do pneumoperitônio progressivo tem o objetivo facilitar a adequação da hérnia e sua correção, prevenindo assim também a síndrome compartimental.

OBJETIVOS: Demonstrar eficácia do uso do Pneumoperitônio progressivo (PPP) quando comparado a outros métodos no tratamento de HIC.

METODOLOGIA: Revisão integrativa sobre a utilização do PPP no tratamento de hérnias associadas à perda de domicílio. Realizou-se uma busca nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS, através dos descritores: Hernias, Pneumoperitoneum e Preoperative. Critério de inclusão: disponível em texto completo, em inglês, estudo observacional prospectivo, publicados entre 2016-2020. Foram encontrados 6 artigos.

RESULTADOS: Os resultados encontrados por meio séries prospectivas utilizando o PPP demonstraram que 95% dos pacientes tiveram uma redução completa da hérnia e fechamento primário. Além disso, a taxa de mortalidade pós operatória foi de 2% e houve complicações em 48% dos casos com taxa de recorrência de 8%. A complicação mais comum foi enfisema subcutâneo, em segundo lugar infecções de ferida operatória. Observou-se que o PPP diminui o risco de complicações, visto que estabiliza a função diafragmática, melhora a circulação intestinal e diminui as aderências apesar de muitas vezes não alcançar as expectativas estéticas dos pacientes.

CONCLUSÃO: A Utilização do Pneumoperitônio progressivo mostrou-se como uma solução segura e eficaz para o tratamento das HIC com perda de domicílio. Facilitando o procedimento cirúrgico e reduzido complicações. Porém é importante relatar ao paciente que o efeito estético poderá não ser o esperado.



PANCREATITE AUTOIMUNE: RELATO DE CASO

Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Fernando de Paiva Melo Neto 1; João Rafael Pereira Bezerra Cavalcanti 1; João Vitor da Cunha Lima Viana 2; Jéssica M. Pontes 2; Carlos R. C. Leite 3

1 Acadêmico do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal – RN, Brasil; 3 Coloproctologista do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), João Pessoa – PB, Brasil; 4 Professor Doutor do Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: A Pancreatite autoimune (PAI) é uma doença crônica, rara e benigna. Causa aumento focal ou difuso do pâncreas, tornando-o caracteristicamente fibrótico e inflamatório, cuja clínica se assemelha bastante com o carcinoma de pâncreas. Acomete em maioria homens de meia idade.

Objetivo: Apresentar um caso clínico de um paciente com PAI e analisar os aspectos relacionados à patologia.

Métodos: Paciente R.V.S., sexo masculino, 63 anos, com icterícia, perda de peso, acolia fecal, colúria e prurido. Realizada Tomografia de abdome e Colangiorressonância que evidenciaram dilatação de Vias Biliares (VB) intra e extra-hepáticas, abaulamento da cabeça do pâncreas e aumento do calibre do hepatocolédoco. Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica mostrou dilatação de VB e afilamento de colédoco distal. Executada duodenopancreatocomia com derivação biliodigestiva e biópsias múltiplas, revelando volumoso tumor de cabeça de pâncreas, multinodular, com extravasamento grosseiro da sua cápsula e extensão para corpo e cauda do mesmo; colédoco dilatado e endurecido, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro e nódulo hepático no segmento III. O histopatológico evidenciou pancreatite crônica com denso infiltrado linfoplasmocitário com eosinofilia, focos de flebite e fibrose intensa periductal e periácinar; ausência de sinais de malignidade nas amostras. O estudo imunológico corroborou o diagnóstico de PAI. O paciente fez uso de prednisolona, com resolução completa do quadro clínico.

Resultados: A PAI é uma doença inflamatória fibrótica sistêmica rara, que afeta não apenas o pâncreas, mas também órgãos como ducto biliar, glândulas salivares, retroperitônio e linfonodos. Os órgãos acometidos por essa doença apresentam infiltrado linfoplasmocitário rico em células IgG4-positivas, de modo ao processo inflamatório responder de forma satisfatória à corticoterapia. A PAI pode ainda ser dividida em esclerosante linfoplasmocitária ou com lesão granulocítica, que diferem com relação à sorologia, demografia, acometimento de outros órgãos e recidivas.

Conclusão: Por ser uma doença incomum, o diagnóstico de PAI muitas vezes é realizado através do anatomopatológico e do imuno-histoquímico. Portanto, é imprescindível a suspeição desta doença durante os achados intra-operatórios na tentativa de reduzir a incidência de realização de cirurgias de maior morbidade.

PANCREATOJEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX COMO ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO. UM RELATO DE CASO

Bruna Castanho, Breno F. Araújo¹, Heitor F. B. Vidal¹, Ulisses G. F. Filho², Victor S. Braga³, Victoria M. J. F. Colobó²

1- Hospital Universitário Ciências Médicas, Belo Horizonte/MG. 2- Acadêmico (a) do 6º período de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais/MG

Introdução: O pseudocisto pancreático consiste em uma capsula de parede fibrosa não epitelizada, contendo suco pancreático e tecido necrótico. Sua formação se dá após um episódio de pancreatite, principalmente em pacientes do sexo masculino e evoluindo para pseudocisto em 5 a 16% dos casos nas pancreatites agudas e, nas crônicas agudizadas, em 20 a 40%. Seu desenvolvimento ocorre quando há ruptura do ducto pancreático principal ou de seus ramos, decorrente de inflamação ou trauma, gerando extravasamento de enzimas pancreáticas para o parênquima e eventual formação do pseudocisto em 4 a 6 semanas.

Objetivo: Relatar e discutir caso de paciente com quadro de pseudocisto pancreático, abordado por pancreatojejunostomia em Y de Roux.

Relato de caso: G.G.P, sexo feminino, 39 anos, portadora de déficit cognitivo e baixa acuidade auditiva, relato de dor abdominal difusa sem fatores de melhora ou piora e com cerca de 5 meses de evolução associada a náuseas e vômitos. Realizada em outras instituições extensa propedêutica com visualização de massa abdominal próxima a cabeça do pâncreas sem diagnóstico definitivo, de dimensões 10,9 x 3,7 x 3,9 cm. Relato de pancreatite biliar prévia e colecistectomia aberta há cerca de 1 ano.

Discussão: O pseudocisto pode ser assintomático ou quando sintomático relata-se dor abdominal persistente, perda de peso, saciedade precoce e icterícia. O diagnóstico é clínico e confirmado por exames de imagem. O tratamento depende da etiologia, presença ou não de sintomas e dimensão do pseudocisto. Em geral são associados a pancreatites crônicas e são autolimitados, sendo o tratamento conservador a escolha para o manejo. Presença de sintomas persistentes, complicações ou dimensões maiores que 4 centímetros há indicação de drenagem, podendo ser percutânea, endoscópica ou cirúrgica. Atualmente a drenagem endoscópica é a primeira linha de tratamento e a drenagem cirúrgica é indicada na impossibilidade ou falência da drenagem percutânea ou endoscópica, persistência dos sintomas, aumento progressivo ou complicações.

Conclusão: A abordagem realizada foi a pancreatojejunostomia em Y de Roux, devido a dúvidas em relação ao diagnóstico definitivo e a indisponibilidade de drenagem percutânea ou endoscópica no serviço. A reconstrução em Y de Roux se deu no intuito de fazer a drenagem interna contínua de seu conteúdo para o interior da alça jejunal. A paciente apresenta-se em boa recuperação pós-operatória com melhora completa da sintomatologia.



PANICULITE MESENTÉRICA: DOENÇA FIBRÓTICA EM PACIENTE JOVEM- RELATO DE CASO

Cirênio de Almeida Barbosa; Deborah Campos Oliveira; Wilson Santana Silva Júnior; Ronald Soares dos Santos; José Clovis Ligeiro Neto; Luísa Teixeira Francisco

Universidade Federal de Ouro Preto, FAMINAS, Santa Casa de Belo Horizonte, Centro Universitário de Belo Horizonte

Introdução: Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de uma paciente jovem com diagnóstico clínico inespecífico que após tomografia foi interrogado a hipótese de paniculite mesentérica. A paniculite mesentérica (PM) é uma condição rara de etiologia não totalmente conhecida, que afeta o tecido adiposo do mesentério promovendo uma inflamação não específica que pode conduzir, em última análise, à fibrose e à retração do mesentério.

Relato de Caso: Paciente jovem, 33 anos, admitida no Centro de Urgência do Hospital São Lucas com dor intensa na região do andar superior do abdome, tipo contínua que irradiava em região dorsal bilateral, acompanhada de distensão abdominal, náusea e vômitos, com evolução de 14 horas. Ao exame físico: bom estado geral, nutrida, corada, anictérica, sem alterações cardiorrespiratórias, abdome simétrico, flácido, com dor a palpação profunda em hipocôndrio esquerdo e mesogástrio, sem massas palpáveis. IMC- 28,9. PA 110X60 mmHg, FC: 100 bpm. Em razão da persistência da dor foi realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome que visualizou densificação da gordura da raiz do mesentério (lipodistrofia gordurosa), congestão venosa com hiperplasia de linfonodos (paniculite mesentérica).

Discussão: A paniculite mesentérica (PM) é uma doença fibrótica caracterizada por processo inflamatório crônico do tecido adiposo do mesentério; sua etiologia é desconhecida, mas tem como preditor a infecção, trauma, cirurgia prévia no abdome, isquemia mesentérica e alterações autoimunes. Indivíduos do sexo masculino, são duas vezes mais afetados em relação ao sexo feminino. A faixa etária de pico da doença é entre 40anos e 60anos. São mais frequentes no mesentério do intestino delgado, no grande omento e nos mesocólonos. Os sinais clínicos são caracterizados pela febre, astenia, náusea, anorexia, perda de peso e dor abdominal intermitente. Por fim, na fase de mesenterite retrátil, há predomínio da fibrose que retrai o mesentério podendo causar fenômenos compressivos levando as raras complicações, como quadros de oclusão e suboclusão intestinal, sendo responsável pela presença de massa abdominal palpável ou até mesmo compressão vascular. O diagnóstico é confirmado através da histologia das lesões por laparotomia ou laparoscopia seguido de biópsia, mas pode ser presumido por exames de imagem como tomografia e ressonância nuclear magnética. A terapêutica da PM utiliza corticosteroides, imunossuppressores e colchicina nos casos sintomáticos sem complicações. O tratamento cirúrgico está indicado nas complicações como obstrução e/ou isquemia intestinal. No caso de nossa paciente foi instituído o tratamento clínico pois não havia complicações obstrutivas ou presença de indicação formal de abordagem cirúrgica. A paniculite mesentérica é uma afecção rara, porém deve ser considerada em um quadro de abdome agudo recorrente e inespecífico.

Conclusão: É indiscutível a importância da definição diagnóstica com os exames de imagem disponíveis.

PNEUMOPERITÔNIO IDIOPÁTICO EM PACIENTE COM COVID-19

Andressa B. Marthon, Bruno S. Borsato, Henrique S. Barbosa, Nádia Roberta S. da Silva, Mauro M. Ribeiro, Bianca A. Borsato

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Introdução: O pneumoperitônio é definido pela presença de gás no peritônio, geralmente encontrado no contexto de perfuração de vísceras ocas, podendo não ter causa estabelecida em até 10% dos casos, o chamado pneumoperitônio idiopático.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 53 anos, transferido para esta instituição devido a achado em Tomografia de Abdome de vazamento distal em endoprótese aorta bi-ílica após correção endovascular, há 06 meses da admissão, de aneurisma de aorta infrarrenal. História pregressa de ressecção de câncer colorretal com anastomose primária. No 6º dia de internação, paciente apresentou sintomas respiratórios com detecção de PCR contra a Covid -19 em orofaringe. Após 12 dias de isolamento, durante Tomografia de Tórax de controle, foi encontrado achado incidental de pneumoperitônio. Realizado Tomografia de Abdome Total com triplo contraste, Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia, respectivamente, sem elucidação da etiologia do quadro. Devido à estabilidade hemodinâmica, manutenção de bons parâmetros laboratoriais - sem sinais de infecção, e exame físico com abdome indolor, foi optado por conduta conservadora com vigilância clínica e laboratorial seriadas por uma semana. Paciente manteve-se assintomático e foi liberado para procedimento da Cirurgia Vascular. Submetido à plastia de artéria ílica externa esquerda, sem intercorrências, com alta no 5º dia pós-operatório.

Discussão: Importante colocar em discussão o fato de o paciente apresentar volumoso pneumoperitônio sem qualquer repercussão clínica ou laboratorial. Questiona-se se há alguma correlação entre o achado e a infecção ativa pelo Covid-19, visto que são poucos os relatos sobre o tema descritos em literatura científica no contexto atual.

Conclusão: Mediante cenário de pandemia, busca-se relatar o caso ocorrido e produzir dados que possam embasar uma análise comparativa, visto a escassez de informações sobre o vírus recém-descoberto e as possíveis alterações causadas pelo mesmo no organismo humano. Em consonância, abre-se discussão para a abordagem conservadora de condições outrora consideradas cirúrgicas.



PNEUMOPERITÔNIO VOLUMOSO SEM PERFURAÇÃO INTESTINAL POR INGESTÃO DE NITROGÊNIO LÍQUIDO

CAMILA CÂNDIDO COTA; ALISSON M. QUINTÃO; NATÁLIA L. MOREIRA; AFONSO C. S. FILHO; THIAGO C. MACHADO; LORENA S. SILVA

1.Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga; 2.Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 3.Hospital Arnaldo Gavazza Filho

Introdução: O Nitrogênio Líquido (NL) é utilizado em vários setores como saúde e indústria e intoxicações com ele são incomuns. As lesões mais comuns são geralmente queimaduras a frio, sendo sua ingestão extremamente incomum. O presente artigo trata de um relato de caso sobre a ingestão de nitrogênio líquido levando a um quadro de pneumoperitônio volumoso e o acompanhamento deste paciente até os dias atuais.

Descrição do caso: O paciente deu entrada no Hospital Arnaldo Gavazza Filho (HAGF), com quadro de dor abdominal difusa, importante, incapacitante, associado a vômitos, distensão abdominal e dispneia, após, ingestão de cerveja acrescida de NL. Foi realizada a lavagem com 1000 ml de soro fisiológico 0,9%, entretanto, o paciente não apresentou melhora. Radiografia de tórax e abdome evidenciou presença de volumoso pneumoperitônio volumoso. O paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico e submetido a laparotomia exploradora que não evidenciou presença de líquido livre na cavidade abdominal e ausência de perfurações gástricas e/ou intestinais. Antes da alta hospitalar o paciente foi submetido a uma endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou: presença de duas lesões ulceradas de corpo gástrico extensas, sem outras lesões. Recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório com uso de Pantoprazol 40 mg duas vezes por dia.

Discussão: À temperatura ambiente o Nitrogênio sofre uma rápida e volumosa expansão gasosa que causou o barotrauma. Neste caso não houve perfuração do trato gastrointestinal (TGI) como evidenciada em outros relatos. Durante o tempo de acompanhamento do paciente em estudo, este apresentou dois episódios de hemorragia digestiva alta, evoluindo em um deles para choque hemorrágico.

Conclusão: A complicação mais comum da intoxicação por NL com base na literatura é a perfuração do TGI por barotrauma, entretanto diante da identificação de pneumoperitônio o paciente deve ser encaminhado a cirurgia, tendo em vista que as comorbidades de uma laparotomia suplantam o risco de não realizá-la.

POLIPOSE JUVENIL COLÔNICA NÃO HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1; Eduarda Araújo do Amaral 2; Helena Maria Cunha Bento da Silva 2; João Vitor da Cunha Lima Viana 3; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Iván Cruz-Alvarez Cantos 4

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Acadêmico do curso de Medicina da Universidad Central del Paraguay – UCP, Ciudad Del Este, Paraguai; 3 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal – RN, Brasil; 4 Cirurgião especialista em cirurgia pediátrica e professor da Universidad Central del Paraguay – UCP, Pedro Juan, Paraguai

Introdução: Os pólipos são protuberâncias com projeção da mucosa para o lúmen do trato digestivo, os quais comumente possuem caráter benigno. Podem ser únicos ou múltiplos, em forma de síndromes hereditárias ou não e neoplásicos ou não neoplásicos. Ademais, possuem manifestações variadas, desde casos assintomáticos até dor abdominal recorrente, hemorragia digestiva baixa e, mais raramente, como uma enteropatia perdedora de proteínas. Os pólipos juvenis aparecem em alta porcentagem como únicos, além disso, os pacientes habitualmente apresentam uma hereditariedade.

Objetivo: Analisar as variáveis clínicas e cirúrgicas da polipose juvenil colônica não hereditária, ilustrando através da apresentação de um caso.

Métodos: Paciente sexo feminino, 6 anos, apresentou estado de desnutrição grave (pesando apenas 10 kg), febre, hemorragia digestiva baixa que exigia transfusão maciça de sangue. Associado a cólicas abdominais que ocorriam mais de uma vez por dia e enteropatia perdedora de proteínas. Outrossim, alega não possuir histórico familiar importante. Realizada internação em terapia intensiva por um mês, ocorrendo apenas desaparecimento da febre. Diante disso, optou-se por realizar colectomia subtotal, respeitando o reto, com ileoproctostomia ponta-a-ponta em dois planos. A cirurgia ocorreu sem complicações ou intercorrências e a paciente segue com melhora do quadro, em acompanhamento. Anatomopatológico evidencia pólipos juvenis sem displasia epitelial.

Resultados: O manejo terapêutico dos pólipos juvenis é geralmente a ressecção endoscópica. No entanto, quando ocorrem afetando todo o cólon, o tratamento cirúrgico é preferido. Com relação à técnica cirúrgica, as colectomias totais e subtotais podem manter ou ressecar o reto, e realiza-se as suturas ponta-a-ponta ou em reservatórios. Neste caso, levando em consideração o estado da paciente, optou-se por respeitar o reto e realizar uma colectomia subtotal com ileoproctostomia ponta-a-ponta em dois planos, com posterior excisão endoscópica dos pólipos retais restantes e acompanhamento clínico.

Conclusão: O caso descrito é bastante raro por se configurar em pólipos múltiplos associados a uma enteropatia perdedora de proteínas sem um padrão genético aparente. Entretanto, o profissional deve possuir em seu arcabouço o conhecimento de patologias como a evidenciada e ser capaz de eliminar os possíveis diagnósticos diferenciais.



PREPARO INTRAOPERATÓRIO DO CÓLON NA DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE: RELATO DE CASO

Ana Luíza C. Carvalho, Marcos Paulo M. Sales, Estevão M. David, João Lucas G. Moraes, Lorena M. Batista, José Otávio G. Junqueira

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO: A doença de Crohn (DC) é uma inflamação crônica, transmural que pode acometer todo o trato gastrointestinal. A principal indicação cirúrgica é a obstrução intestinal por estenose, na qual aproximadamente 87% dos pacientes com doença ileocecal necessitam de ressecção. Uma coorte retrospectiva mostrou que 12% dos pacientes operados apresentaram fístulas anastomóticas e 4,8% infecções no sítio cirúrgico. A antibioticoprofilaxia (AP) e o preparo mecânico do cólon (PMC) no intraoperatório surgem como alternativas para diminuir esta taxa. Contudo, há divergências acerca da efetividade destes métodos.

OBJETIVO: Expor as divergências do preparo intraoperatório do cólon em colectomias por DC.

RELATO DE CASO: RFC, 17 anos, feminino, relata cólica hipogástrica intensa com distensão abdominal, vômitos e constipação intestinal. Apresenta DC estenosante em íleo terminal desde julho/2018. Em uso de azatioprina e infliximabe. Tomografia de abdome indica suboclusão intestinal: processo estenosante, com trajeto fistuloso enterocólico. Foi submetida a enterectomia e sigmoidectomia de segmento estenosado com trajeto fistuloso entre íleo terminal e sigmóide. Confecção de duas anastomoses latero-laterais (uma entero-entérica e uma colorretal) com grameador linear, após PMC no intraoperatório.

RESULTADO: A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório e encontra-se em acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO: O PMC visa reduzir o volume fecal e a colonização bacteriana próximo ao sítio cirúrgico pela lavagem da luz do cólon por solução fisiológica. Esta técnica, associada à AP, é usada em ressecções colorretais eletivas de pacientes com DC, relacionando-se a menores casos de infecção do sítio cirúrgico e de fístulas anastomóticas. O ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) não preconiza o PMC em cirurgias colorretais para reduzir complicações pós-operatórias e otimizar a recuperação do paciente. A ausência de preparo intestinal pode não cursar com complicações expressivas. Uma metanálise demonstrou que pacientes com ressecções colorretais com e sem PMC não obtiveram diferenças estatísticas significativas quanto vazamento anastomótico, infecção no local cirúrgico, mortalidade, reoperação ou tempo total de internação. Independente do PMC, a administração da AP reduz o risco de infecção no sítio cirúrgico.

CONCLUSÃO: Apesar da opção por PMC apresentar divergências, a AP reduz a taxa de complicação pós-operatória.

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL RELACIONADO A CISTOADENOCARCINOMA: RELATO DE CASO

Heveline Trajano Vasconcelos; João Felipe Federici de Almeida; Wander Luís Pina da Silva Júnior; Vitória Mayumi Takagi; Lucas Machado Vieira; Leonam Torres Maciel.

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Introdução. O pseudomixoma peritoneal (PMP) é um carcinoma raro, de baixo grau de malignidade, indolente, cuja patogênese e progressão resultam de um fenômeno de redistribuição tumoral envolvendo grande quantidade de mucina extracelular. É caracterizado pela presença de ascite mucinosa ou implantes na cavidade peritoneal (mais comumente no grande omento, espaço retro-hepático direito, goteira parietocólica esquerda e espaços pélvicos), originando-se geralmente de lesões no apêndice ou no ovário. O diagnóstico é feito no ato operatório e pelo estudo anatomopatológico.

Relato. Homem, 61 anos, internado no serviço por queixa de dor abdominal, hiporexia e perda ponderal importante. Ao exame físico: doente em regular estado geral, emagrecido, consumido, hipocorado, anictérico, acianótico. Abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, piparote positivo, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. Outros sistemas sem achados importantes. Tomografia computadorizada (TC) de abdome total evidenciou ascite volumosa e fígado com volume reduzido, observando-se espessamento mucoso em íleo terminal com distensão a montante superior. Paciente submetido à laparotomia exploratória, evidenciando presença de 4 litros de líquido citrino de aspecto mucinoso em cavidade intraperitoneal com diversas pequenas lesões esbranquiçadas e endurecidas recobrimdo todo o intestino delgado, meso, intestino grosso, apêndice cecal, face inferior do fígado, estômago e peritônio parietal. Além disso, foram observadas lesões de aspecto cístico de cerca de 3cm em peritônio parietal e mesogástrico de grande curvatura gástrica e lesão estenosante quase total em íleo, a 25cm do ângulo de Treitz. Realizada aspiração do líquido citrino, enterectomia de segmento ileal estenótico, exérese das lesões tumorais císticas e confecção de ileostomia terminal periumbilical à direita. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado infiltrativo com áreas mucinosas em tecido fibroadiposo. Pós-operatório sem intercorrências.

Discussão. O paciente em questão se apresentou com quadro clínico indicativo de neoplasia e ascite. O PMP e a própria carcinomatose são de difícil diagnóstico por exames de imagem, sendo realizado apenas no intraoperatório, pela característica das lesões e estudo anatomopatológico. A abordagem médica e laparoscópica neste caso foi de extrema importância para diminuir a morbimortalidade do paciente.



PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: ACHADO INCIDENTAL APÓS HERNIOPLASTIA UMBILICAL. UM RELATO DE CASO

João. V. N. B. Araujo², Breno. F. Araújo¹, Humberto E. F. Junior¹, Paula L. L. da Silva¹, Rodrigo V. Pádua¹, Maycon X. Duarte¹

1- Hospital Universitário Ciências Médicas, Belo Horizonte/MG. 2- Acadêmico de medicina da Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte/MG

Introdução: As neoplasias apendiceais são raras e o seu diagnóstico e tratamento representam um desafio na prática clínico-cirúrgica. Os tumores malignos deste órgão mostram-se em sua grande maioria como achados incidentais. O pseudomixoma peritoneal é uma síndrome clínica caracterizada pelo envolvimento mucinoso difuso do peritônio, não apresentando, correlação histopatológica, podendo se originar de lesões benignas ou de lesões malignas. A sobrevida dos pacientes com diagnóstico de pseudomixoma peritoneal varia amplamente e se relaciona à condição subjacente à sua origem.

Objetivo: Descrever um caso raro de pseudomixoma peritoneal de origem no apêndice cecal como diagnóstico diferencial incomum em paciente com quadro de hérnia umbilical.

Relato de Caso: J.A.P.A, 59 anos, sexo masculino, admitido com quadro de hérnia umbilical encarcerada com um mês de evolução e piora recente, associada a ascite volumosa. Durante a investigação foi realizada colonoscopia que apresentou abaulamento de óstio apendicular, sugerindo mucocele. A tomografia computadorizada (TC) de abdome revelou material com densidade de partes moles obliterando omento e gordura mesentérica, acompanhado de ascite. Submetido a laparotomia exploradora que demonstrou lesões gelatinosas em todo abdome, ressecado parte do grande omento. Anatomopatológico demonstrou formação tumoral benigna, sem atipias nucleares e sem atividade mitótica, correspondendo a um quadro de pseudomixoma de peritônio. Encaminhado para complementação terapêutica em serviço de oncologia.

Discussão: Diante de um quadro clínico sugestivo de uma condição cirúrgica comum na prática do cirurgião geral, a abordagem de diagnósticos diferenciais, principalmente aqueles pouco habituais, pode ser prejudicada. O pseudomixoma peritoneal de origem no apêndice cecal é condição patológica rara, seu diagnóstico e manejo clínico são dificultados pela falta de evidência científica de qualidade na literatura. O achado inesperado de ascite volumosa no paciente com hérnia umbilical foi essencial para aumentar o índice de suspeição de outras afecções. A extensão propedêutica possibilitou ao paciente receber o diagnóstico adequado e ser encaminhado ao serviço de referência para continuidade do tratamento.

Conclusão: O pseudomixoma peritoneal é uma neoplasia rara e de difícil diagnóstico. Diante disso, o cirurgião geral deve se atentar para a possibilidade de diagnósticos diferenciais quando no peroperatório achados incomuns são visualizados.

REAÇÃO AGUDA À INFUSÃO ENDOVENOSA DE INFliximABE EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA: RELATO DE CASO

Karina A. Ferraz; Karoline A. Janones; Adriana Zelenski; Milena C. Ozaki; Lucas M. Vieira; Vitória M. Takagi.

Universidade Federal de Mato Grosso

Introdução: O infliximabe (IFM) é o imunobiológico com mais indicações de uso para o tratamento de doenças inflamatórias e autoimunes no Brasil, sendo uma opção terapêutica para a retocolite ulcerativa (RCU) ao atuar no processo de remissão e controle em casos refratários. A reação à infusão é o evento adverso mais comum associado ao IFM e é causada pela administração sem relação com a ação farmacológica, afetando apenas indivíduos suscetíveis. As reações podem ser divididas em alérgicas e não alérgicas, sendo que as primeiras são reações de hipersensibilidade do tipo I, mediadas por IgE, e responsáveis pelo aparecimento de dispneia, sibilos, broncoespasmo, hipotensão, urticária e taquicardia. Por outro lado, as reações não alérgicas são originadas pela liberação de citocinas e apresentam manifestações como rubor, diaforese, calafrios, náuseas e cefaleia. Ainda, as reações podem ser de caráter agudo (até 24 horas) ou tardio (entre 5 a 7 dias).

Relato de caso: L.M.N., feminino, 34 anos, com diagnóstico de RCU desde 2007, foi admitida no serviço de saúde por apresentar quadro de atividade da doença, referindo náusea, dor abdominal difusa de forte intensidade, enurese e diarreia diária com sangue (10 episódios por dia). Tratamentos anteriores sem remissão ou controle da doença. Para manejo, foi necessária a internação e optou-se pelo uso do IFM endovenoso. Durante a infusão do medicamento, a paciente apresentou dispneia, edema de glote e rash cutâneo com placas eritematosas puriginosas em membros superiores e tronco. Duas semanas depois, em uma segunda administração do IFM, os mesmos sinais e sintomas foram observados, sendo suspensa a medicação. Por conta da reação aguda, a paciente abandonou o tratamento.

Discussão: Terapias com imunobiológicos anti-TNF possuem reações adversas bem descritas e caracterizadas na literatura e representam uma taxa, mesmo que pequena, de morbimortalidade nos pacientes expostos. As erupções cutâneas e a dispneia pelo edema de glote descritos no trabalho são respostas comuns à infusão e reflexos de uma reação de hipersensibilidade aguda mediada por IgE, que também pode levar a um quadro de hipotensão e taquicardia, podendo aumentar a gravidade da reação. Dessa forma, torna-se essencial administrar a medicação em centros de infusão especializados, bem como compreender e reconhecer esses efeitos para manejá-los de forma adequada, sem impactar negativamente a vida do paciente ou resultar em abandono do tratamento.



RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE DIAGNÓSTICO, INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA E PROGNÓSTICO DE PACIENTES PORTADORES DE APENDICITE AGUDA

Davi M. Vidal; Lucas A. N. S. Fonseca; Marcella P. Silva; Pedro C. Morato Filho; Artur Laizo

Faculdade de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora

Introdução. Apendicite aguda é a inflamação com infiltrado agudo do apêndice vermiforme. É a causa mais comum de abdome agudo em adultos jovens, sendo mais comum em homens que em mulheres, dos 20 aos 40 anos de vida. A sua remoção cirúrgica, denominada apendicectomia, também é a cirurgia de emergência mais realizada no mundo. Seu rápido diagnóstico é de fundamental importância para o bom prognóstico do paciente, sendo que atrasos no diagnóstico e no tratamento constituem a principal causa de perfuração do apêndice, uma complicação importante dessa patologia que eleva a morbimortalidade.

Objetivo. Correlacionar o prognóstico do paciente portador de apendicite aguda com o tempo decorrido desde a admissão na instituição de saúde até a resolução do quadro.

Método. Análise de 23 prontuários e comparação de condutas entre dezembro de 2012 e março de 2015 de pacientes internados e operados de apendicectomia no Hospital São Vicente de Paula (HSVP) de Juiz de Fora. Foram incluídos pacientes que passaram por intervenção cirúrgica no período de tempo e instituição supracitadas. Foram excluídos do estudo pacientes que apresentaram abdome agudo, mas cursaram com outros diagnósticos, como a diverticulite. Além disso, também foram excluídos prontuários que não relatavam todas as informações colhidas nos demais, restando para análise efetiva 20 prontuários.

Resultados. Nesse período, foram operados 752 pacientes em Juiz de Fora de apendicectomia. Desses procedimentos, 3,06% (23) foram realizados no HSVP. Desse grupo de pacientes, 10 eram homens e 10, mulheres. A média de idade foi de 37,7 anos entre todos os pacientes, sendo essa média de 35,3 anos para o sexo masculino e de 40,1 anos para o sexo feminino. Foi observado que o tempo de permanência média foi de 3,25 dias desde a cirurgia até a alta. Aqueles pacientes que foram operados num período de até 24 horas desde a admissão hospitalar tiveram alta dentro de 3,33 dias. Já aqueles operados no período de 24 a 48 horas tiveram alta em 3,67 dias. Além disso, foi notada uma correlação entre o tempo de permanência maior a idade superior aos 40 anos.

Conclusão. A apendicite aguda é uma doença de desenvolvimento rápido com desfecho favorável, desde que seja levada à cirurgia precocemente. Um maior intervalo de tempo entre internação e cirurgia corresponde a maior período até a alta do paciente, podendo cursar com infecção grave, peritonite e óbito. Sendo assim, deve ser diagnosticada e tratada de forma rápida e eficaz.

RELATO DE CASO – SÍNDROME DE DOEGE-POTTER

Alana C Marchesi, Júlio M.A. Lopez, Daniela C.A. Dias, Pedro A.A. Honda, André Miotto, Felipe L. Ayres

Instituto Prevent Senior

Introdução: Tumor Fibroso Solitário (TFS) é um tumor mesenquimal. É responsável por menos de 5% de todos os tumores pleurais primários e menos de 2% de todos os tumores de tecidos moles. Ocorre igualmente em ambos sexos e é diagnosticada mais na 6ª e 7ª décadas de vida. A maioria são assintomáticos. A síndrome de Doege-Potter é caracterizada por um grande tumor com aumento excreção do fator de crescimento semelhante à insulina 2 (IGF II) causando hipoglicemia.

Objetivo: Relatar um caso de síndrome de Doege-Potter

Método: Análise retrospectiva de prontuário médico eletrônico.

Relato do caso: Paciente M.G.C.P., sexo feminino, 63 anos, procurou o pronto-socorro 3 vezes entre junho e julho de 2017, devido hipoglicemia. Na sua internação apresentou-se com glicemia capilar de 38 mg/dL e história referida de crise convulsiva. Neste momento a investigação foi guiada com através da suspeita de insulinoma. A única alteração no exame físico era murmúrio vesicular reduzido em base de hemitórax direito associada com submacicez à percussão. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou massa pulmonar sólida, heterogênea, de contornos regulares, na projeção do lobo inferior direito, medindo 13x11x11cm. Com a hipótese de Síndrome de Doege-Potter, foi proposto tratamento cirúrgico. Realizado toracotomia posterolateral direita. Identificado tumoração endurecida com origem em pleural visceral do lobo inferior direito. Ressecção por grampeamento. Após 48 horas com estabilidade dos níveis glicêmicos. recebeu alta hospitalar. O estudo anatomopatológico confirmou tumor fibroso solitário de 13 cm, com índice mitótico de 6/10 C.G.A, necrose presente em 5%. A paciente está no terceiro ano de seguimento pós-operatório, sem evidência de recorrência.

Discussão: A hipoglicemia - principal sinal de insulinoma - pode também ser observado em outros tipos de tumores. Em casos de TFS, a hipoglicemia é denominada síndrome de Doege-Potter. Está presente em 5 % dos casos de TFS. A hipoglicemia não se correlaciona com o tamanho ou estágio clínico, embora tumores diagnosticados são geralmente grandes. O tamanho médio de os tumores relatados resultando em hipoglicemia é de 20 cm (54% dos tumores benignos e 42% dos tumores malignos). O aumento da excreção de IGF II é considerada a principal causa de hipoglicemia, especialmente em casos de excreção da sua forma incompleta. O TFS é tratado por remoção cirúrgica. A taxa de recorrência na TFS maligno é 14-68% em 2 anos de seguimento.



RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE OGILVIE QUE EVOLUIU COM ABDOME AGUDO PERFURATIVO

Bruna Castanho, Maycon Xavier Duarte, Paula Larissa Lebron da Siva, Heitor Brazil Ferlini Vidal, Rodrigo Vilella Pádua, João Vitor Nunes Bastos Araújo

Hospital Universitário Ciências Médicas

A Pseudo-Obstrução Colônica Aguda ou Síndrome de Ogilvie é uma desordem caracterizada pela dilatação aguda colônica na ausência de lesão anatômica que obstrua a luz intestinal. Este trabalho tem como objetivo a apresentação de um relato de caso de paciente idoso, previamente hipertenso, diabético, em hospitalização prolongada devido a complicação infecciosa de artroplastia do joelho que evoluiu com quadro de choque séptico secundário a um abdome agudo perfurativo.

Realizada laparotomia exploradora e identificada intensa distensão de cólon direito se estendendo pelo cólon transverso. Identificada perfuração de ceco, sem evidências de lesões anatômicas como etiologia para justificar o quadro perfurativo. Realizada ressecção do segmento acometido, com exteriorização do segmento e seguida de confecção de cecostomia de urgência. Após avaliação retrospectiva do caso, foi encontrado o diagnóstico de Síndrome de Ogilvie, entidade rara, com incipientes estudos atualizados relacionados a patologia que esclareçam a respeito de epidemiologia, e, do adequado manejo clínico e cirúrgico do quadro.

Esta síndrome que acomete cerca de 100 pacientes em 100.000 por ano nos EUA, ocorre, principalmente, em pacientes hospitalizados ou institucionalizados com doenças em geral graves, incapacitantes, pós-operatório associado à desbalanço metabólico ou a administração de determinados medicamentos. Sendo assim, enfatizamos a necessidade de incentivar a publicação de outros trabalhos como este, na tentativa de nortear as condutas diante da Síndrome de Ogilvie e diminuir a morbimortalidade associada a ela.

RELATO DE CASO: ILEO BILIAR

João. V. N. B. Araujo²; Bruno. M. Vergara¹

1- Cirurgião Geral do Hospital Júlia Kubitscheck- FHEMIG. 2- Acadêmico de medicina da Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte/MG

Introdução: O íleo biliar consiste em uma obstrução intestinal mecânica gerada pela impactação de um ou mais cálculos biliares no trato gastrointestinal. Normalmente está relacionada à formação de uma fístula biliar-entérica. Tem maior prevalência em idosos e mulheres, e geralmente apresenta sintomatologia e achados nos exames de laboratório inespecíficos. Importante atentar para esse diagnóstico diante de um quadro de obstrução intestinal em paciente com colelitíase. Exames de imagem como radiografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada geralmente confirmam a suspeita. O tratamento é eminentemente cirúrgico, em que o objetivo é a extração do cálculo biliar e restabelecer o trânsito intestinal. Segue então, relato de um caso de íleo biliar em paciente idosa que evoluiu bem após a abordagem cirúrgica.

Objetivo: Descrever um caso de íleo biliar como diagnóstico diferencial em paciente com quadro de obstrução intestinal.

Caso: Paciente do sexo feminino, idosa, chega ao serviço de urgência com quadro agudo de obstrução intestinal, apresentando distensão abdominal, náuseas, desidratação e constipação. Com história prévia de colelitíase, refere dores abdominais e um quadro sugestivo de colecistite. Realizada radiografia de abdome que apresentou sinais de obstrução intestinal e a imagem de um possível cálculo impactado, em topografia de delgado. A tomografia computadorizada confirmou a obstrução e a localização do corpo estranho. Diante disso, a paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico para a realização de uma laparotomia exploradora com enterotomia e retirada do cálculo com posterior rafia primária. Não houve exploração da fístula da vesícula nessa primeira abordagem uma vez que se encontrava bloqueada. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório.

Conclusão: O íleo biliar é uma causa rara de obstrução intestinal, porém deve ser suspeitada diante de quadros obstrutivos em pacientes com colelitíase prévia e sinais como a tríade de Rigler: pneumobília na radiografia simples, obstrução intestinal e cálculos biliares. O tratamento é eminentemente cirúrgico, onde o objetivo é a extração do cálculo biliar com retirada do fator obstrutivo.

RELATO DE CASO: EXÉRESE DE CARCINOMA BASOCELULAR INFILTRANTE EM PONTA NASAL E CORREÇÃO POR RETALHO NASOGLABELAR FRONTAL

Luciano O. Chaves, Victória L. F. Chaves, Paloma L. Luís

Faculdade de Medicina UNIFENAS-BH/ Instituto Saint Louis

Introdução: A abordagem terapêutica do CBC deve-se considerar aspectos como idade e condições clínicas do doente, resultado estético, localização anatômica, tamanho e limites do tumor, além do padrão histológico, número de lesões e se o tumor é primário ou recidivado. Dentre as opções de abordagem terapêutica, a excisão cirúrgica é frequentemente escolhida e a reconstrução do local após o procedimento é uma etapa essencial, uma vez que corrige defeitos cirúrgicos decorrentes da cirurgia com retalhos locais ou enxertos, mas estes últimos trazem piores resultados, por causarem frequentemente depressão local e hiperpigmentação em relação aos tecidos vizinhos, trazendo assim pobres resultados estéticos. A reconstrução tanto estética quanto funcional de defeitos nasais é um desafio ao Cirurgião Plástico, uma vez que existem diversas técnicas cirúrgicas descritas disponíveis para correção de defeitos cutâneos distintos, contudo, a cirurgia de reconstrução nasal foi revolucionada com a introdução do conceito de subunidades estéticas do nariz, com base nas diferenças de elasticidade, cor, contorno e textura da pele, o que contribui para o refinamento da cirurgia nasal. Assim, esta técnica é uma opção altamente indicada para o tratamento de CBC em ponta nasal, garantindo uma boa reconstrução, cobertura cutânea, coloração semelhante à pele antiga, mobilidade e efetividade vascular, que são essenciais para o sucesso da técnica e bom resultado estético. **Objetivo:** Nosso objetivo com o relato é descrever o caso de uma paciente idosa que apresentou CBC em ponta nasal e foi submetida à exérese cirúrgica da lesão, com sucesso terapêutico e estético obtido pela reconstrução realizada através de Técnica Cirúrgica com uso do Retalho Nasoglabeal Frontal.

Método: Foi selecionado o caso de MRC, 62 anos, que apresentou, em Outubro de 2019, lesão ulcerada em ponta de região nasal com hiperemia cutânea próxima a lesão, com aparecimento de lesão há 18 meses, com ausência de dor no local. Após o atendimento clínico inicial, foi solicitada e realizada a biópsia incisional da lesão, com diagnóstico no exame histopatológico de Carcinoma Basocelular Infiltrativo. A exérese da lesão foi feita com margens de segurança adequadas, sendo o diagnóstico confirmado por biópsia de congelamento no ato cirúrgico, e em seguida foi realizada a reconstrução nasal imediata com retalho nasoglabeal frontal.

Resultados: O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local, com uso de lidocaína 1% e epinefrina 1:200.000, e sedação com propofol. Anteriormente, foi feita a delimitação das margens de ressecção tumoral no pré-operatório e a marcação do retalho, que seguiram a linha da base da pirâmide nasal bilateral até o terço medial superior da sobrancelha. A área de descolamento frontal foi demarcada a partir do ponto médio do supercílio e seguiu-se em direção semilunar até o ponto médio do supercílio contralateral. A técnica cirúrgica consistiu na incisão precisa do retalho até o plano subcutâneo, seguindo a marcação já delimitada pelo cirurgião em pré-operatório. O posicionamento da cicatriz foi feito pela base da pirâmide nasal até a linha estética das sobrancelhas em sua ponta medial, consistindo em um aspecto determinante para a preservação da integridade das subunidades estéticas do nariz, os Triângulos de Burow súpero-mediais foram excisados com objetivo de viabilizar amobilização do retalho sem a distorção das sobrancelhas da paciente. Após isso, o retalho foi levantado com uma dissecação no plano subcutâneo do dorso nasal e, posteriormente, foi feita a mudança para o plano subperiosteal na linha da glabella, seguida de amplo descolamento frontal semicircular. Esta mudança de plano cirúrgico permitiu o desbloqueio e avanço do retalho no sentido caudal e a cobertura de defeitos da ponta nasal e da columela. A hemostasia foi, criteriosamente, realizada com eletrocautério bipolar. A síntese foi realizada com o plano profundo aproximado sem tensão, com uso de fio monocryl 5.0 em pontos interrompidos e a camada superficial foi suturada com fio nylon 6.0 em pontos separados. O curativo foi feito com gases sem compressão e a paciente recebeu alta no primeiro dia de pós-operatório, sem intercorrências. As suturas foram retiradas entre o 7º e o 10º dias, em pontos alternados. Não houve ocorrências como hematoma, infecção e necrose parcial ou total do retalho, não sendo necessária a reabordagem cirúrgica da paciente. O resultado estético da anatomia nasal se baseou em cicatrização com ausência de alargamento, hipertrofia, quelóide ou hipercromia da área. A evolução ocorreu sem intercorrências pós-operatórias e com resultado estético e funcional favoráveis, com ausência de recidivas tumorais após 2 anos do procedimento.

Conclusão: O CBC é o câncer de pele mais comum em humanos e sua incidência parece estar aumentando com os anos. A grande maioria dos pacientes desenvolve CBC em áreas expostas ao sol da pele, em proporção direta ao número de unidades pilosebáceas presentes, e está mais prevalente em pessoas de pele clara e olhos azuis. As áreas expostas ao sol da região da cabeça e pescoço representam mais de 85% de todos os CBCs, sendo o nariz o local mais comum de acometimento. O nariz é a unidade anatômica posicionada no terço central da face, com fundamental importância na caracterização fenotípica do indivíduo. Ele é formado por três camadas (mucosa, arcabouço osteocartilaginoso e pele), sendo sua superfície repleta de curvas e depressões. As perdas de substância são comuns após ressecção de tumores e a reconstrução cirúrgica pós-excisão tumoral é, muitas vezes, essencial para um bom resultado estético e funcional. Para a perda de substância nasal, são utilizados diferentes tipos de retalhos em diferentes subunidades do nariz, sendo o cirurgião plástico responsável por conhecer os distintos tipos de retalhos cutâneos e o tipo mais adequado a ser escolhido para a cobertura nasal, sem comprometimento da função respiratória e esteticamente aceitável para cada subunidade nasal. Para reconstrução da ponta do nariz, o retalho nasoglabeal frontal é uma opção satisfatória com bons resultados estéticos e funcionais, uma vez que sua essência permite um avanço do retalho livre de tensão, o qual é possibilitado através da característica primordial da técnica, que consiste na mudança do plano subcutâneo para o plano subperiosteal na linha da glabella. Este avanço de retalho sem tensão resulta em um refinamento do dorso nasal, o que diminui os índices de isquemia e alargamento de cicatrizes. Além disso, apresenta baixa morbidade e pode ser realizada em um único tempo cirúrgico, resultando em um desfecho com excelente aspecto estético e morfofuncional.

REFERÊNCIAS:

- DELLON, A. L. et al.; Prediction of recurrence in incompletely excised basal cell carcinoma. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 75, n. 6, p.860-871, June 1985.
- WAVREILLE, O. et al.; Facteurs de risques histologiques des carcinomes basocellulaires de la face: à propos d'une série de 184 cas. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, v. 57, n.6, p.542-548, dec. 2012.
- CAYETANO, J. F. M, et al. Metastatic Basal Cell Carcinoma: Case Report and Review of the Literature. *Indian Journal of Dermatology*, Spain, v. 65, n.1, p.61-64, jan-feb. 2020.
- ABULAFIA, A. J., et al. Manejo quirúrgico conservador del epiteloma basocelular infiltrante del canto interno: Conservative surgical management of the basal cell carcinoma infiltrating inner canthus. *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*, Argentina, v.37, n.1, p.7-20, ene-mar. 2011.
- BROETTO, J., et al. Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, v.27, n.4, p.527-530, dez. 2012.
- LAITANO, F. F., et al. Uso de retalho cutâneo para reconstrução nasal após ressecção neoplásica. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, Porto Alegre, v.27, n.2, p.217-222, mar. 2012.
- VALIATI, A. A., et al. Retalho de Rieger: resultados estéticos e satisfação dos pacientes. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, Porto Alegre, v.2, n.2, p.250-253, maio 2011.



REPARO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CRÔNICA

Bruna Castanho, Maycon Xavier Duarte, Paula Larissa Lebron da Siva, Heitor Brazil Ferlini Vidal, Rodrigo Vilella Pádua, Jéssica Sheller Pereira Viana

Hospital Universitário Ciências Médicas

A Hérnia Diafragmática é a evisceração do conteúdo abdominal para a cavidade torácica por meio de ruptura diafragmática, sendo principalmente secundária a traumas. Ocorre, principalmente, à esquerda, e, possui uma apresentação oligossintomática, com conseqüente diagnóstico tardio do quadro. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de reparo cirúrgico laparoscópico por via abdominal, de hérnia diafragmática em paciente jovem, com história de hemotórax, fratura de arcos costais secundário a trauma contuso em 2016.

Paciente evoluiu com dor em ombro esquerdo, e, torácica ipsilateral após cerca de três anos do evento traumático. Em propedêutica, evidenciado defeito herniário em diafragma à esquerda de 2.6x3.5cm e com insinuação de cólon esquerdo e gordura peritoneal intratorácica. Uma vez detectado o defeito herniário, a realização do reparo cirúrgico torna-se de caráter de urgência, visto que o melhor prognóstico do paciente relaciona-se com a minimização de complicações conseqüente a encarceramento do conteúdo herniário. Após a redução do conteúdo, realizada rafia com pontos separados em X até completo fechamento do defeito.

A Hernioplastia Diafragmática por via laparoscópica, mostrou-se como uma técnica segura e eficaz no tratamento de hérnias diafragmáticas pós-traumáticas crônicas, sendo a abordagem através da cavidade abdominal oportuna frente a evolução do caso descrito. Ainda nesse contexto, enfatiza-se o contraste entre o quadro oligossintomático do paciente com o expressivo volume herniado na cavidade torácica. Além disso, destacamos a importância de correlacionar a história pregressa do paciente com a sintomatologia apresentada para um diagnóstico precoce, e, conseqüente minimização de possíveis complicações.

RESSECÇÃO DE PROCIDÊNCIA DE COLOSTOMIA POR ABORDAGEM LOCAL E SEM INTERFERÊNCIA NA PAREDE ABDOMINAL

Cirênio de Almeida Barbosa, Deborah Campos Oliveira, Debora Helena Cunha, Adélio José da Cunha, Paula Souza Lage, Wilson Santana Silva Júnior.

Universidade Federal de Ouro Preto, Faculdade de Minas, Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete

Objetivo: Este trabalho visa relatar e mostrar os resultados da abordagem local para correção de procedência de colostomia com necrose distal.

Método: Realizou-se um estudo entre 2017 à 2019 com um “n” amostral de 5 pacientes com colostomia em alça operados pela equipe cirúrgica do Hospital São Camilo, Conselheiro Lafaiete, MG. As variáveis de estudo foram sexo, idade, indicação da colostomia, tipo de colostomia e evolução pós-operatória. Foi realizada uma incisão longitudinal da alça terminal estomizada após prévia exposição da serosa. A seguir, secção da parede externa longitudinalmente com preservação do mesocólon até 5 cm da pele, liberação do mesocólon da alça externa e eversão da alça com visualização sequenciada do mesocólon. Na sequência, foi feita a tração da alça interna até seu ponto fixo e prosseguiu-se com a incisão longitudinal da alça externa, secção transversal e sutura da alça interna e externa com pontos interrompidos de PDS.

Resultados: Dos 5 pacientes em estudo, 3 eram do sexo masculino com idade superior a 60 anos. Todos apresentaram boa evolução, sem intercorrências pós-operatórias sendo a técnica abordada eficiente neste grupo. A técnica cirúrgica apresentada mostrou-se eficiente e de baixa morbimortalidade. As colostomias eram terminais e que foram indicadas para tratamento de diverticulite perfurada sigmoidiana e neoplasia de cólon esquerdo. A procidência de colostomia é a complicação mais comum em pacientes colostomizados, especialmente nas colostomias em alça sendo a procidência distal da alça prolapsada com necrose uma de suas complicações. Isto ocorre nos pacientes em condições clínicas deterioradas que não permitem um procedimento cirúrgico maior. A literatura mostra uma prevalência de 2% a 22 %. Há casos em que a alça evolui para necrose e o cirurgião deve utilizar a técnica mais adequada para cada situação.

Conclusão: A técnica descrita nos trabalhos do professor Lázaro da Silva foi a escolhida pela equipe de cirurgia do Hospital São Camilo, pois permite um procedimento seguro em pacientes de alto risco clínico e necrose distal da alça procidente, não havendo necessidade de incisões na parede abdominal ou rematuração do estoma além da abordagem local apresentada.

RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LEIOMIOSSARCOMA PRIMÁRIO DE VEIA CAVA INFERIOR, UM RELATO DE CASO

Roberto H. Lopes (1,2), Frederico A. M. de Resende (2), Alexandre F. Oliveira (1,2), Isolino G. Almeida(3), Marcela D. C. Pinto (4), Paula A. B. Alves (4)

(1)Cirurgião Oncológico do Hospital Universitário de Juiz de Fora; (2)Cirurgião Oncológico do Hospital Monte Sinai; (3)Cirurgião Vascular do Hospital Universitário de Juiz de Fora; (4) Acadêmicas de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC-JF)

Introdução: Sarcoma da veia cava inferior (VCI) representa 2% de todos os leiomiossarcomas. É um tumor mesenquimal, prognóstico ruim em que 50% dos pacientes submetidos ao tratamento de ressecção cirúrgica apresentam recidiva. Representa 60% dos casos de malignidade 1ª da VCI. Predomina em mulheres com 60anos sendo o segmento mais afetado entre as veias hepáticas e renais. A ressecção cirúrgica Ro em monobloco é o único tratamento com potencial curativo e os principais objetivos da cirurgia são a ressecção completa, prevenção da recorrência locorregional e preservação do retorno venoso.

Relato de caso: R.M.B,73anos,feminino,apresentava desconforto abdominal desde agosto de 2015,com evolução crônica e progressiva sem irradiação e outros sintomas. Submetida a propedêutica em março de 2016.Ressonância Magnética do abdome mostrou lesão expansiva com realce exuberante e heterogêneo após administração IV de contraste. A lesão localizava-se acima do retroperitônio empurrando a cabeça do pâncreas e arco duodenal caudal para frente. Em contato com a parede direita da aorta, sem sinais de invasão e plano de clivagem com VCI. Biópsia realizada durante a ecoendoscopia revelou histologia e imuno-histoquímica compatíveis com leiomiossarcoma e testes para estadiamento não demonstraram metástase à distância. Foi submetida à cirurgia videolaparoscópica em abril de 2016 para tratamento de leiomiossarcoma da VCI localizada abaixo das veias renais e acima da bifurcação da veia ilíaca(segmento I).Foi realizada a dissecação e ressecção Ro da neoplasia e ligadura da VCI com endogia vascular. Não foram utilizados enxerto ou prótese vascular devido à presença de vascularização colateral desenvolvida. A cirurgia levou aproximadamente 2h40, sem complicação intraoperatória. A histologia e imuno-histoquímica foram positivas para desmina e actina do músculo liso. O diagnóstico foi compatível com leiomiossarcoma grau I de 4cm,originário da parede da VCI com extensão endofítica e margens macro e microscópicas negativas. Apresentou 30meses de sobrevida livre de doença quando diagnosticou recidiva hepática e pulmonar. Atualmente,55meses após a cirurgia, a paciente encontra-se em quimioterapia paliativa ,assintomática e sem complicações da ressecção da VCI como linfedema ou trombose venosa profunda.

Conclusão: Relatamos um caso raro de sarcoma de VCI tratado por cirurgia minimamente invasiva. Procedimento que pode gerar grandes benefícios para os pacientes, e que para essa patologia ainda não há descrição na literatura.

RETALHO PEDICULADO GROIN FLAP EM FERIMENTO CONTUSO TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO

ALESSANDRA C. MACHADO, Pedro L. Souza, Maria Lúcia S. Mendonça, Andressa Barra, Sâmara S. Mendonça

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora; Mestrando de Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora; Acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense; Médica Cirurgiã Geral do Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira; Médica Cirurgiã Plástica do Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira

INTRODUÇÃO Retalhos (RTs) são frequentes na cirurgia plástica reparadora, sendo os autólogos corriqueiros nas intervenções cirúrgicas de reconstrução de ferimentos com perda tecidual por sua total compatibilidade. Para correção das deformidades são utilizados RTs livres ou pediculados; estes permanecem recebendo suprimento sanguíneo por meio de uma ligação parcial à área da pele doadora, e são úteis na recuperação de traumas em extremidades de membros superiores, devido à localização propícia e à qualidade da restauração.

RELATO DE CASO T.O.G., 21 anos, feminino, admitida na emergência do Hospital do Pronto Socorro de Juiz de Fora com lesão por explosão com fogos de artifício em membro superior direito; apresenta queimadura em mão, lesão corto-contusa em região tenar e deslucamento de partes moles da falange distal do segundo dedo. Foi realizada abordagem cirúrgica para limpeza da área, sutura das feridas e debridamento de tecidos desvitalizados; é elaborado RT pediculado groin flap (GF) para revestir falange distal e tala para fixar dedo no retalho dermogorduroso. Paciente é restrita ao leito com troca de curativo em dias alternados; evolui sem queixas e RT permanece pérvio. É transferida para outro hospital, onde ocorrem sucessivas terapêuticas cirúrgicas até resultado satisfatório.

DISCUSSÃO Feridas com perda de tecido nas mãos são corriqueiras, sejam decorrentes de queimadura, trauma ou excisão tumoral. No entanto, tais lesões podem gerar alterações funcionais que requerem intervenção cirúrgica, sobretudo quando ossos, tendões, nervos ou vasos são expostos. No Brasil, a primeira cirurgia humana de RT pediculado abdominal pós trauma de mão foi realizada na Bahia em 2015 e obteve-se êxito. O caso reportado em Juiz de Fora aconteceu em 2018 e, apesar de todas dificuldades financeiras e grande demanda do hospital, foi possível utilizar a técnica de RT pediculado GF para recuperação das substâncias perdidas e atingiu-se desfecho positivo. Apesar de menos frequente hoje, os RTs em GF são indicados em casos específicos, como ferimentos complexos em crianças <2 anos, cobertura de defeitos digitais e queimaduras elétricas de mão, além de serem ferramenta essencial em centros com carência de equipamentos microcirúrgicos.

CONCLUSÃO O RT em GF evitou a amputação da falange e promoveu, a longo prazo, a melhora anatomo-fisiológica do dedo, garantindo a integridade da mão da paciente e exercício de atividades sem grandes prejuízos motores, sensitivos ou estéticos.



SCHWANNOMA GÁSTRICO: RELATO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; João Vitor da Cunha Lima Viana 2; Maurício Vasconcelos Valadares Neto 1; Jéssica M. Pontes 3; Carlos R. C. Leite 4

1 Acadêmico do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal – RN, Brasil; 3 Coloproctologista do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), João Pessoa – PB, Brasil; 4 Professor Doutor do Hospital Napoléão Laureano, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: Os schwannomas, também chamados de neurileiomas, são tumores benignos das bainhas nervosas periféricas derivadas da proliferação de células de Schwann. Sua presença no trato gastrointestinal é pouco comum, representando de 0,2 a 0,6% de todos os tumores de morfologia mesenquimal. Os tumores neurogênicos correspondem a 10% dos tumores gástricos benignos, dentre eles, o schwannoma gástrico.

Objetivo: Analisar as variáveis clínicas e cirúrgicas do schwannoma gástrico, ilustrando através da apresentação de um caso clínico.

Métodos: Paciente MJS, 36 anos, branca, sexo feminino, portadora de lesão nodular na submucosa da parede posterior do corpo gástrico, de crescimento progressivo. Submetida à Gastrectomia Parcial com uso de grameador linear 55 mm em serviço de cirurgia do aparelho digestivo de hospital de referência oncológica do Estado da Paraíba. A paciente apresentou cirurgia sem complicações e intercorrências. O exame Imuno-histoquímico revelou, através do perfil da peça operatória, positividade difusa para Proteína S-100 e presença do Antígeno KI-67 em menos de 1% das células, quadro associado à schwannoma gástrico. Resultados: Segundo a literatura, o schwannoma gástrico é uma neoplasia bastante rara do estômago, possuindo um crescimento lento e assintomático. Devido a sua baixa incidência, esses tumores muitas vezes são confundidos com leiomiomas e tumor estromal gastrointestinal (GIST), por isso é necessária a confirmação diagnóstica que é realizada por meio da histologia do tumor e pela imuno-histoquímica. O schwannoma gástrico possui uma positividade para a proteína S-100 e GFAP (Glial fibrillary acidic protein), enquanto os leiomiomas e o GIST vão ser negativos para esses marcadores.

Conclusão: O schwannoma gástrico é um tumor neurogênico, pouco frequente, que se comporta de modo invariavelmente benigno, sem as incertezas prognósticas de um GIST. Dessa forma, deve estar presente como parte do arcabouço como possível diagnóstico diferencial das lesões submucosas do estômago. A ressecção cirúrgica com margens de segurança é habitualmente curativa.

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Hadison S. N. Curzio; João Pedro P. Ruas; Floyd P. P. Frey; Walfredo G. Q. Júnior; Rodrigo V. Gomes

Santa Casa de Montes Claros

Introdução: Síndrome da artéria mesentérica superior (SMA) ou síndrome de Wilkie é uma condição rara, com incidência de 0,013 a 0,3%. Caracterizada por fenômeno clínico resultante da compressão de terceira porção duodenal, entre a artéria mesentérica superior e a aorta, levando à obstrução intestinal. Os pacientes podem apresentar sintomas de obstrução gastrointestinal, tais como episódios recorrentes de vômitos, distensão e desconforto abdominal superior.

Objetivo: O presente trabalho tem objetivo de demonstrar um caso clínico abrangendo a SMA com seu desfecho através das condutas cirúrgicas.

Relato de Caso: S.K., 14 anos, sexo feminino, com relato de dor epigástrica e mesogástrica de forte intensidade, intermitente, em cólica, com piora durante a alimentação há cerca de 20 dias. Associava-se ao quadro episódios de náuseas, vômitos e perda ponderal. Endoscopia digestiva alta evidenciando Gastrite enantematosa leve do antro; discreta compressão extrínseca pulsátil na 3ª porção duodenal, provavelmente por vaso arterial extrínseco. Exames laboratoriais sem alterações. REED apresentando nível líquido com retardo na progressão do contraste oral, sugerindo quadro obstrutivo. TC abdome total demonstrando Ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta reduzido medindo 14,4 graus (VR: 28 a 65 graus), condicionando estreitamento com sinais de compressão extrínseca sobre a 3ª porção do duodeno, determinando dilatação moderada a montante da câmara gástrica com nível líquido; Transposição da veia cava inferior (VCI), com trajeto anterior à aorta e posterior artéria mesentérica superior, recebendo fluxo da veia renal esquerda, drenando distalmente até a veia íliaca comum. A paciente foi submetida ao procedimento de Strong via laparoscópica. No pós-operatório, evoluiu com melhora da dor abdominal e cessação de náuseas e vômitos até 9º DPO, quando cursou com recrudescência dos sinais e sintomas. Dessa forma, foi reabordada com laparotomia mediana transumbilical e confecção de duodenojejunoanastomose evoluindo sem novas manifestações clínicas.

Conclusão: A SMA abrange sintomatologia bastante inespecífica e, desta forma, o seu diagnóstico clínico exige elevado índice de suspeição. A duodenojejunoanastomose é, atualmente, a abordagem cirúrgica que evidencia melhores resultados para o tratamento desta síndrome, com índice de sucesso de 90%. O Procedimento de Strong, por sua vez, é realizado preferencialmente em crianças e adolescentes, gerando maior índice de falha.

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR APÓS IMPORTANTE PERDA DE PESO: UM RELATO DE CASO

Pedro de Moraes, Júlia Carvalho Garcia de Assis, Luiz Carlos de Moraes

UFJF, UNIRV, UFG

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior, ou Síndrome de Wilkie, é uma condição gastrointestinal rara¹. Caracteriza-se, por uma compressão vascular da terceira porção do duodeno pela artéria mesentérica superior no local do pinçamento aorto-mesentérico². As manifestações clínicas mais comuns são náuseas, vômitos, dor/distensão abdominal, timpanismo e ausculta anormal do abdome. Geralmente, ocorrem crises pós-prandiais de dor ou desconforto abdominal e vômitos³. Existe um consenso geral que a síndrome é resultado de uma compressão da terceira porção do duodeno entre a aorta e a coluna posteriormente e a artéria mesentérica superior anteriormente. Isso acontece devido à perda do tecido gorduroso que envolve a região do pedículo vâsculo nervoso mesentérico. Portanto, os pacientes suscetíveis à condição são aqueles que são magros, como adolescentes passando por um crescimento rápido, e aqueles que passam por um processo de perda de peso rápida e acentuada⁴.

RELATO DE CASO: S.X.S., 19 anos, sexo feminino, estudante. Comparece ao serviço de gastroenterologia no dia 22/10/19, com queixas de dor abdominal em cólica na região epigástrica e vômitos após refeições. Refere vários episódios semelhantes nos últimos dois meses. Nega febre, alterações de hábito intestinal e alterações urinárias. Chama atenção no caso, o relato de perda ponderal acentuada nos últimos dois anos, através de mudanças dietéticas. Conta que o peso passou de 95 Kg para 49Kg nesse período. Paciente passou por endoscopia prévia na qual foi realizada a biópsia que confirmou a presença da bactéria *H. pylori*. O tratamento padrão foi realizado. Ao ser questionada sobre o uso correto das medicações prescritas, não soube informar se o tratamento foi concluído adequadamente. Optou-se então pela realização de nova endoscopia, na qual foi observada presença de grande quantidade de líquido de estase biliar. Foi realizada ainda, biópsia endoscópica da região antral, que confirmou a erradicação do *H. pylori*. Levantou-se então a hipótese diagnóstica da Síndrome da Artéria Mesentérica Superior, afinal a paciente apresentava história clínica compatível com a doença. Decidiu-se pela realização de uma tomografia computadorizada para confirmação do diagnóstico. A TC evidenciou achados compatíveis da Síndrome de Wilkie, como a compressão da terceira porção do duodeno entre a artéria mesentérica superior e a aorta, com o ângulo aorto-mesentérico de 15° e a distância aorto-mesentérica de 8,7mm. Evidenciou-se também importante ectasia duodenal e gastrectasia a montante. A paciente foi instruída a realizar, portanto, refeições fracionadas de pequeno volume e com alto teor calórico. As posições decúbito lateral esquerdo e ventral foram indicadas logo após a alimentação. Optou-se, então, pelo tratamento clínico nesse caso, relevando o tratamento cirúrgico para uma possível recidiva do quadro clínico.

DISCUSSÃO: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior, também conhecida como Síndrome de Wilkie, são diferentes nomeações dadas à mesma rara patologia. Estima-se que a sua prevalência é de 0,013% a 0,3% sendo mais comum no sexo feminino (2F: 1M)⁵. A gordura retroperitoneal mantém a raiz do mesentério e a artéria mesentérica superior afastadas da aorta. O ângulo entre as duas artérias em indivíduos normais situa-se em torno de 25° e 60°. Nos pacientes portadores da Síndrome Mesentérica Superior esse ângulo varia de 6° a 15°¹. A síndrome deixa a aorta no nível da primeira vertebra lombar criando um ângulo agudo pelo qual passa o duodeno. Quando o ângulo mede menos de 20° os sintomas causados pela compressão duodenal e consequente oclusão intestinal aparecem⁶. Sua sintomatologia é variável e inespecífica, manifesta-se mais frequentemente por dor abdominal e enfartamento pós-prandial, náuseas e vômitos biliares, saciedade precoce, anorexia e consequentemente perda ponderal⁷. A SAM tem sido associada com o rápido crescimento durante a puberdade, perda de peso relevante, cirurgia abdominal prévia, ou condições inflamatórias intra-abdominais⁸. Em concordância com a literatura, a paciente do caso apresentava sintomas compatíveis com a síndrome. A dor de forte intensidade, descrita como cólica, e os vômitos, ambos após as refeições, sugeriram fortemente episódios recorrentes de oclusão intestinal. Levando em consideração a história prévia de perda de peso rápida e bastante relevante, levantou-se a hipótese da Síndrome de Wilkie. Essa perda de peso seria responsável pela diminuição da gordura retroperitoneal que levaria à uma redução do ângulo do pinçamento aorto-mesentérico resultando na sintomatologia causada pela consequente compressão duodenal. Optou-se então pela TC para confirmação diagnóstica, a qual evidenciou achados sugestivos da síndrome. O tratamento clínico da Síndrome da Artéria Mesentérica Superior consiste em fracionamento da dieta, decúbito ventral após refeições, dieta hipercalórica ou até mesmo parenteral na tentativa de melhorar o status nutricional da paciente. Já o tratamento cirúrgico consiste na secção do ligamento de Treitz, realizado preferencialmente em crianças e adolescentes, ou a duodenojejunostomia, técnica cirúrgica mais realizada, com índice de sucesso de 90%. No caso da paciente optou-se pelo tratamento clínico dado à história curta, sintomas moderados e obstrução parcial relatados. Situações em que essa modalidade de tratamento apresenta maiores taxas de sucesso.

CONCLUSÃO: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior é, portanto, uma doença que prejudica a qualidade de vida dos pacientes e que pode até mesmo evoluir para casos graves. Seu diagnóstico deve ser altamente suspeitado em pacientes que referem quadros obstrutivos parciais recorrentes após alimentação associado à perda de peso relevante e em curto período.

REFERÊNCIAS

1. LIMA, H. S.; MAIA, A. M.; CASTRO NETO, A. K. P. Síndrome da artéria mesentérica superior. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, [s.l.], v. 27, n. 2, p.128-130, abr. 2000. FapUNIFESP (SciELO).
2. ZORRÓN, R. et al. Reparo Laparoscópico de Síndrome de Artéria Mesentérica Superior: Técnica de Duodenojejunostomia em Sutura Contínua. Revista Brasileira de Videocirurgia, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p.87-91, ago. 2003.
3. CESCONETTO, D. M. et al. Síndrome da artéria mesentérica superior: Relato de Caso. Gastroenterologia Endoscopia Digestiva, São Paulo, v. 4, n. 31, p.138-141, out. 2012.
4. ADSON, D. E.; MITCHELL, J. E.; TRENNER, S. W. . The superior mesenteric artery syndrome and acute gastric dilatation in eating disorders: A report of two cases and a review of the literature. International Journal Of Eating Disorders. [s.l.], p. 103-114. mar. 1998.
5. SILVA, E. et al. Síndrome de Wilkie – a propósito de um caso clínico. Revista Portuguesa de Cirurgia, Lisboa, v. 2, n. 37, p.25-28, jun. 2016.
6. ALVARENGA, A. et al. Superior Mesenteric Artery Syndrome: Weight Loss Can Be a Problem, Weight Gain Can Be a Solution. Portuguese Journal Of Gastroenterology. Lisboa, p. 44-46. fev. 2017.
7. HA C.D., ALVEAR D.T., LEBER D.C. Duodenal derotation as an effective treatment of superior mesenteric artery syndrome: a thirty three year experience. Am Surg. 2008;74:644-653).
8. COHEN, L. B.; FIELD, S. P.; SACHAR, D. B.. The superior mesenteric artery syndrome: The disease that isn't, or is it? Cohen LB, Field SP, Sachar DB.. Journal Of Clinical Gastroenterology. [s.l.], p. 113-116. abr. 1985.
9. MORRIS T.C., THOMPSON S.K., DEVITT P.G. Laparoscopic Duodenojejunostomy for Superior Mesenteric Syndrome- How I Do It. J. Gastrointest Surg. 2009; 13: 1870-1873.



SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO

Thiago L. Mendes (1); Yasmin R. Beiriz (1); Fernanda S. Bariani (1); Carolina Fernanda B. Maciel (2); José Marcelo Corassa (3); Brenno Augusto S. M. Netto (1), (3), (4).

1- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; 2- UNICEPLAC – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 3 - Hospital Santa Paula, Vitória/ES, Brasil; 4 - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Introdução: A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) se caracteriza por uma condição incomum, geralmente ocorrendo na presença de doenças malignas, particularmente carcinomas broncogênicos, linfomas e tumores metastáticos, e com intensidade de manifestações de acordo com o grau de oclusão ou estenose da veia cava e do desenvolvimento de circulação colateral. A morbi-mortalidade associadas às obstruções malignas da veia cava superior e inferior pode ter melhora significativa com o tratamento endovascular de pacientes selecionados.

Relato de caso: Homem de 65 anos, branco, hipertenso, sedentário e ex-tabagista. Foi atendido em serviço de urgência, com queixa de edema cervical e de membro superior direito, além de pletora facial, característicos da SVCS. Trata-se de um paciente que foi submetido a gastrectomia total e linfadenectomia por neoplasia gástrica há 6 anos. Devido a uma recidiva tumoral, foi realizada hepatectomia parcial após 3 anos. Há 5 anos foi submetido a uma cirurgia para implante de cateter port-a-cath, que se encontra até hoje, para possibilitar tratamento quimioterápico. Na admissão, o paciente foi submetido à angiotomografia cervical e de tórax, na qual foi constatada trombose da veia cava superior e do segmento intratorácico da veia subclávia bilateral, com circulação colateral na região torácica. Além disso, observou-se linfonodos calcificados na região paratraqueal superior direita, bem como faixas parenquimatosas fibroatelectásicas nos lobos pulmonares inferiores com bronquiectasias de tração no segmento basal posterior/antero-lateral do pulmão esquerdo. Na abordagem cirúrgica, optou-se pelo tratamento endovascular, com trombectomia mecânica de veias subclávias e cava superior através do cateter Indigo seguida de fibrinólise durante 24h (alteplase), quando foi realizado exames de controle e observado estenose na transição da veia cava superior para com o átrio. O local de estenose foi balonado com balão ATLAS, com melhora parcial da estenose. O paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório e se encontra em acompanhamento clínico com o serviço de Cirurgia Vascular do hospital.

Conclusão: O caso evoluiu bem. As condutas realizadas promoveram a resolubilidade do caso que cursou sem grandes complicações, demonstrando a importância de uma conduta rápida e efetiva.

SÍNDROME DE WUNDERLICH: UMA CAUSA RARA DE ABDOME AGUDO – RELATO DE CASO

Thamiris D. S. Souza; Tania P. C. Salas; Igor D. Michalick; Marcelo G. Girundi

Complexo Hospitalar São Francisco de Assis – Serviços de Cirurgia Geral e de Cirurgia Oncológica

Introdução: A Síndrome de Wunderlich é definida como hemorragia espontânea confinada ao espaço subcapsular e/ou perirrenal. É um evento pouco comum que pode manifestar-se com franco choque hipovolêmico. As causas são diversas, sendo a patologia tumoral a mais frequente. Apesar da elevada prevalência dos cistos renais, sua ruptura promovendo hemorragia perirrenal maciça é extremamente rara.

Objetivo: Relatar um caso de Síndrome de Wunderlich, uma causa rara de abdome agudo, em um paciente portador de doença renal crônica dialítica secundária a doença renal policística adquirida.

Método: As informações foram obtidas por meio de entrevista do paciente, revisão do prontuário, registro fotográfico das peças cirúrgicas e revisão da literatura.

Resultados: Homem, 55 anos, hipertenso, diabético, portador de gota e de doença renal crônica secundária a doença renal policística adquirida, em programa de hemodiálise, admitido em serviço de urgência por início súbito de dor de forte intensidade em fossa ilíaca esquerda, com irradiação lombar, associada a náuseas e vômitos. Negava febre, sangramentos ou história de traumatismo recente. Diagnosticou-se volumoso hematoma perirrenal esquerdo por meio de tomografia de abdome total sem contraste. Evoluiu com hipotensão arterial, queda hematócritica e hiperlactatemia, apesar de medidas de suporte clínico. O paciente foi submetido à nefrectomia total esquerda, tendo recebido alta do serviço de cirurgia geral no quarto dia de pós-operatório.

Conclusão: A Síndrome de Wunderlich se caracteriza pelo início agudo de hemorragia renal espontânea, que se apresenta pela tríade de lenk: dor lombar intensa, massa retroperitoneal e sinais de hemorragia interna. Algumas vezes, o quadro clínico pode mimetizar entidades que causam abdome agudo. A associação com hemodiálise crônica e doença renal cística adquirida torna o caso ainda mais infrequente. A tomografia de abdome com contraste é o melhor método diagnóstico. O tratamento inicial tem como objetivo a estabilidade hemodinâmica. Em casos de hemorragia autolimitada a abordagem conservadora pode ser adotada. Na presença de instabilidade hemodinâmica após o tratamento conservador/embolização arterial, ou mesmo na ausência desta, a nefrectomia total é a opção terapêutica de escolha. No caso relatado, a análise do líquido ascítico evidenciou presença de grande número de hemácias e o anátomo-patológico achados de rim multicístico com atrofia e inflamação do parênquima residual.

TIREOIDECTOMIA ENDOSCÓPICA TRANSORAL POR ACESSO TRANSVESTIBULAR PIONEIRA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA: UM ESTUDO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1; Bianca Dantas Mayer 1; João Paulo Medeiros Vanderlei 2; Marcela Cavalcanti Carvalho de Gusmão 3; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Uirá Luiz de Melo Sales Marmhoud Coury 4

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil 2 Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Professor Auxiliar e Preceptor da Residência de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas - PB no Hospital Santa Isabel, Professor Adjunto do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, Mestre pela FMUSP-Ribeirão Preto/SP, João Pessoa – PB, Brasil 3 Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa – PB, Brasil 4 Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Preceptor da Residência de Cirurgia Geral do HUAC-UFCG, Chefe da Unidade de Cirurgia Geral do HUAC-UFCG/EBSERH, Orientador, Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde pelo NUTES – UEPB, Campina Grande – PB, Brasil

Introdução: A Tireoidectomia Endoscópica Transoral por Acesso Vestibular (TOETVA) é um procedimento cirúrgico com a vantagem estética de não produzir a cicatriz no pescoço, “scarless surgery”. Utiliza a técnica “Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery”, através da região vestibular e com dissecação minimamente invasiva, que permite acesso aos lobos e ao compartimento central do pescoço, chamado nível VI.

Objetivo: Analisar os aspectos da TOETVA, ilustrando através da apresentação de um caso clínico.

Métodos: Paciente apresentando bócio multinodular atóxico, com nódulo principal de 2,3 cm no lobo direito. Realizada a Punção Aspirativa por Agulha Fina, sendo classificada como Bethesda IV. No dia 29 de outubro de 2019, inicia-se a TOETVA após a confecção dos acessos da realização de uma dissecação romba, após a qual se introduz o gás inerte CO₂ para formação do espaço de trabalho. Em seguida, ocorreu a neuromonitorização dos nervos laríngeos recorrentes, facilitando a identificação e preservação dos mesmos. O tempo cirúrgico foi de 2 horas e 27 minutos. A paciente permaneceu internada por 02 dias, estando assintomática nas primeiras horas de pós-operatório, fazendo apenas uso da levotiroxina sódica para reposição hormonal no período de alta. A cirurgia ocorreu sem complicações e intercorrências, sem deixar cicatriz aparente, com boa recuperação no pós-operatório.

Resultados: A TOETVA sob anestesia geral utilizando a técnica descrita por Anwong et al., é realizada com três portais de instrumentação videolaparoscópica por via vestibular em lábio inferior, sendo distribuídos do seguinte modo: um centralmente com 10 mm para a câmera; outros dois de 5 mm longitudinais, laterais aos dentes caninos para demais instrumentais e para a pinça de energia ultrassônica 55kHz de 30 cm. O procedimento é vantajoso, visto que é uma cirurgia livre de cicatrizes e o acesso a ambos os lobos da tireóide é realizado com uma dissecação mínima e grande magnificação do campo cirúrgico. Ademais, existem preocupações sobre ocorrência de infecções, lesão do nervo laríngeo recorrente e resultado oncológico, entretanto, quando realizada por um profissional experiente, a cirurgia é benéfica.

Conclusão: Embora tenha sido apenas um caso pioneiro, é confirmado o que os estudos de casos demonstram sobre a segurança da técnica quando realizada por cirurgiões capacitados, possuindo índices de complicações gerais bastante semelhantes à técnica clássica aberta.

TRAQUELECTOMIA RADICAL PARA PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE NO CÂNCER DE COLO UTERINO

Roberto H. Lopes^{1,2}, Alexandre F. Oliveira^{1,2}, Frederico A. M. de Resende², Marcela D. C. Pinto³, Paula A. B. Alves³

¹Cirurgião Oncológico do Hospital Universitário de Juiz de Fora; ²Cirurgião Oncológico da Equipe Surgery; ³Acadêmica de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC-JF)

Introdução: O câncer de colo uterino acomete em torno de 16.500 mulheres/ano no Brasil, ocorrendo predominantemente naquelas em idade reprodutiva. Um dos principais tratamentos é a histerectomia radical, o que leva a perda da possibilidade de gravidez. Assim, a Traquelectomia Radical (TR) é uma alternativa segura para o tratamento do câncer de colo uterino para mulheres com desejo de preservação da fertilidade. Na cirurgia há remoção do colo uterino com parâmetros e cúpula vaginal, além dos linfonodos pélvicos, com a preservação do corpo uterino, dos ovários e das tubas uterinas. Para sua realização é necessário preencher os critérios pré-estabelecidos, como desejo de gestar, tumor de colo uterino em estágios iniciais menores que 2 cm, invasão estromal até 10mm, linfonodos clinicamente negativos, margem negativa de 5 mm e tipo histológico epidermoide, adenocarcinoma ou adenoescamoso. Após a TR observa-se uma taxa de fertilidade podendo chegar até 63%, sendo fatores como alteração do muco cervical, estenose e redução do fluxo sanguíneo importantes para o comprometimento da fertilidade.

Relato de caso: A.C.B, sexo feminino, 36 anos, encaminhada ao cirurgião oncológico pelo ginecologista no dia 10/10/2018 devido a biópsia em colposcopia com laudo de adenocarcinoma de padrão viloglandular. Realizada ressonância (RM) pélvica que evidenciou lesão em colo uterino de 1,8cm e não observou lesão em parâmetro ou vagina, e nem linfonodomegalia suspeita. Desta forma foi classificada no estadio clínico Ib1.

Como a paciente desejava manter possibilidade de gravidez, e preenchia os critérios para cirurgia preservadora de fertilidade, foi proposto TR. Após o termo de consentimento informado, no dia 19/12/2018, foi realizada a TR com linfadenectomia pélvica por videolaparoscopia. Tempo operatório de 135 minutos e sem intercorrências. Teve alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório. Desde então paciente permanece em seguimento oncológico sem sinais de recidiva e com boa qualidade de vida. Ainda sem desejo de gravidez.

Conclusão: É muito importante conhecer as técnicas de preservação de fertilidade e discutir com as pacientes essa possibilidade. Relatamos um caso de câncer de colo uterino cujo tratamento foi feito com Traquelectomia radical associado a linfadenectomia, que se mostrou uma técnica viável para a preservação da fertilidade, com baixa taxa de mortalidade e excelente resultado oncológico, mantendo a qualidade de vida e a autoestima da paciente.



TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SCHWANNOMA RETROPERITONEAL- UM RELATO DE CASO

Rodrigo V. Pádua, Paula L.L. da Silva, Maycon X. Duarte, Heitor F. B. Vidal, Bruna Castanho, Breno F. Araújo

Hospital Universitário Ciência Médicas, Belo Horizonte, MG

Introdução: Os tumores retroperitoneais são entidades raras e de difícil diagnóstico, em virtude da sobreposição de achados clínicos ou mesmo por não serem percebidos inicialmente pelos pacientes. Correspondem a cerca de 0,2% das neoplasias diagnosticadas atualmente, típicos entre a 4ª e 6ª década de vida, mais prevalentes no sexo masculino, sendo malignos entre 70 e 80% dos casos.

Relato do caso: Trata-se do paciente J.G.N, sexo masculino, 60 anos, admitido em março de 2019 em ambulatório de cirurgia geral da cidade de Belo Horizonte, com histórico de dor em hipocôndrio esquerdo e pelve, relato de adinamia, hiporexia e perda ponderal de 10kg em 30 dias. Foi realizada, entre janeiro e março de 2019, extensa propedêutica diagnóstica no intuito de agilizar as tomadas de decisões. Paciente compareceu à consulta com ultrassonografia de vias urinárias (evidenciada massa perirrenal esquerda), tomografia computadorizada de abdome/tórax (lesão retroperitoneal expansiva de cerca de 9,4x8,8x10,8 cm nos eixos AP x T x CC respectivamente, com volume de 464 cm³, com compressão e deslocamento de órgãos e estruturas vasculares adjacentes; formações nodulares hepáticas em segmentos II e V), biópsia e imuno-histoquímica (achados compatíveis com diagnóstico de Schwannoma). Definida conduta cirúrgica por via laparotômica para ressecção da lesão, realizada em 26/03/2019. Durante ato cirúrgico, visualizada volumosa massa aderida ao plano paravertebral a esquerda, sem invasão de estruturas vizinhas adjacentes. Realizada exérese da lesão, colecistectomia e biópsia hepática. Material encaminhado para anatomopatológico com achado compatível de Schwannoma do tipo A de Antoni, considerado curado clinicamente. Biópsia hepática e vesicular sem alterações. Paciente manteve ótima evolução pós-operatória com alta hospitalar no 7º dia pós-operatório.

Discussão: O Schwannoma encontra-se entre os tumores benignos, embora casos malignos possam ocorrer, principalmente associados a doença de Von Recklinghausen. O atraso diagnóstico impacta negativamente na evolução dos pacientes, protelando a conduta cirúrgica ou mesmo impossibilitando-a no caso de tumores irrecutíveis.

Conclusão: Tendo-se em vista a raridade desse tipo de lesão e da necessidade de diferenciá-lo frente a outros diagnósticos diferenciais (hematoma, abscesso, cistos, demais tumores) entende-se que o presente relato assume grande importância na discussão e elaboração de conduta frente a esses achados clínicos.

TROMBOEMBOLISMO AGUDO PORTO-MESENTÉRICO COM NECROSE E RESSECÇÃO DE SEGMENTO JEJUNAL: RELATO DE CASO

Heveline Trajano Vasconcelos; Wander Luís Pina da Silva Júnior; Daniele R. Arenhardt; Vitória Mayumi Takagi; Lucas Machado Vieira; Leonam Torres Maciel

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Introdução. A trombose da veia porta (TVPo) refere-se à obstrução parcial ou completa do fluxo sanguíneo pela presença de um trombo. É um evento raro na população em geral, contudo, pode ter prevalência de 4,4 a 15% nos doentes cirróticos. Normalmente é uma doença multifatorial, tendo influência de processos locais, como doenças ou tumores que propiciem o surgimento do trombo, ou sistêmicos. A TVPo pode se apresentar de forma crônica ou aguda, esta última definida como uma oclusão ou suboclusão recente da veia porta e/ou ramo direito ou esquerdo, e sua principal manifestação clínica é a dor abdominal. Em relação às complicações, a isquemia intestinal é a complicação imediata mais preocupante, com mortalidade relacionada de até 60% dos casos, em consequência de uma necrose intestinal extensa que culmina na síndrome do intestino curto.

Relato. Homem, 51 anos, vem ao serviço com queixa de dor abdominal há 5 dias, com piora há 7 horas. A dor predomina em epigástrio e hipocôndrio esquerdo (HE) e o paciente refere um episódio de vômito com conteúdo gástrico e um de diarreia, além de sudorese fria. Ao exame físico, doente em regular estado geral, normocorado, anictérico, acianótico, normocárdico e com pressão arterial de 180x100 mmHg. Abdome globoso, hipertimpânico, com dor à palpação do epigástrio e HE, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. Outros sistemas sem achados dignos de nota. Foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome total, que evidenciou tromboembolismo agudo-subagudo do sistema porto-mesentérico com processo inflamatório jejunal correspondente. Paciente foi submetido à enterectomia parcial da região jejunal, com retirada de segmento de 70 centímetros com necrose. Pós-operatório sem intercorrências, tendo sido prescrito anticoagulante para posterior resolução da trombose e encaminhado à avaliação da cirurgia vascular.

Discussão. A presença de processo inflamatório jejunal evidencia uma complicação que condiz com os achados na literatura, associada a altas taxas de mortalidade no paciente. Nesse sentido, a realização precoce da enterectomia na TVPo aguda, como a descrita no caso, diminui a possibilidade de evolução para síndrome do intestino curto, preservando a vida do doente e seguindo a conduta adequada das principais referências bibliográficas. Como resultado, propicia a recuperação rápida do paciente, levando-o à avaliação da cirurgia vascular ao término do procedimento.



TROMBOSE VENOSA ILÍACO-FEMORO-POPLÍTEA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Catarina I. P. Neves (1); Thiago L. Mendes (2); Yasmin R. Beiriz (2); Diego G. Severgnine (2); José Marcelo Corassa (3); Brenno Augusto S. M. Netto (2), (3), (4).

1- Universidade de Vila Velha 2- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória 3 - Hospital Santa Paula, Vitória/ES, Brasil 4 - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Introdução: A Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma doença caracterizada pela formação de coágulos no interior de veias profundas, podendo ser decorrente trombofilias, imobilizações prolongadas, tabagismo, idade avançada, uso de anticoncepcionais, hormonioterapia, entre outros. Sua etiologia é definida por alterações na cascata de coagulação causadas por estase sanguínea, lesão endotelial e hipercoagulabilidade, representando a tríade de Virchow. A TVP pode ser classificada como proximal ou distal, sendo a proximal quando acomete as veias ilíaca, femoral e poplítea, e distal ao acometer veias localizadas abaixo do joelho.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 16 anos, branca, não tabagista, sedentária, sem comorbidades e em uso regular de Anticoncepcional Oral Combinado (ACO), procurou assistência médica com queixa de edema e dor em fossa ilíaca esquerda, com irradiação para membro inferior ipsilateral. A área se apresentava sensibilizada, dolorida, ruborizada e com aumento da temperatura. Foi diagnosticada com trombose venosa profunda ilíaco-femoro-poplítea esquerda, diagnosticada por meio do eco-doppler. O tratamento foi realizado por meio de punção de veia poplítea esquerda com introdutor 10F, realizado flebografia ascendente do membro inferior esquerdo, com observação de opacificação de veia femoral comum esquerda, veia ilíaca externa esquerda, veia ilíaca interna esquerda, veia ilíaca comum esquerda. Houve necessidade de passagem de dois balões ATLAS, sendo o primeiro 12x60 e o segundo 16X60 de toda a extensão, que de acordo com a flebografia de controle identificou segmento ilíaco-femoral pérvio, porém ainda bastante afilado em relação ao esperado. Em virtude da idade da paciente, não foi utilizado stent venoso.

Conclusão: No cenário atual, observa-se um aumento do número de jovens usuárias de anticoncepcionais. A relevância clínica do quadro descrito se configura na extensão da TVP e na idade da paciente, o que demonstra a importância do diagnóstico e tratamento precoces.

TUMOR CARCINOIDE DO RETO DE DIAGNÓSTICO INCIDENTAL

Cirênio de Almeida Barbosa, Deborah Campos Oliveira, Luísa Teixeira Francisco e Gontijo, Rayane Fernandes, Victor Araújo Soares, Weber Chaves Moreira

Universidade Federal de Ouro Preto, Centro Universitário de Belo Horizonte, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Hospital São Lucas de Belo Horizonte

Introdução: No aparelho digestivo, os principais órgãos afetados são intestino delgado, apêndice cecal e reto. Têm ocorrido mais diagnósticos em virtude de um melhor conhecimento do processo neoplásico e dos aperfeiçoamentos obtidos nos métodos de investigação disponíveis; contudo, aparentemente, a incidência tem se elevado nas últimas duas décadas.

Objetivo: Avaliar o tratamento e a evolução de um tumor carcinoide de reto de 0,8 cm de diâmetro, diagnosticado e tratado no Ambulatório de Cirurgia Digestiva do Hospital São Lucas de Belo Horizonte MG.

Método: Paciente do sexo masculino, 59 anos de idade, pardo, há 4 meses iniciou com enterorragia durante o ato evacuatório. O exame proctológico evidenciou lesão polipoide de 0,5 cm de diâmetro a seis centímetros da borda anal em parede posterior do reto. Na colonoscopia foi encontrado um tumor espiculado de 0,8 cm de diâmetro, sendo realizada, no mesmo ato, a polipectomia endoscópica. O diagnóstico histopatológico foi de tumor carcinoide do reto. No exame anatomopatológico não foi evidenciada infiltração da muscular da mucosa e nem da submucosa. Foi realizado estadiamento clínico com radiografia de tórax e TC de abdome e pelve que foram normais.

Discussão: O termo Carcinoide foi introduzido na literatura por Oberndorfer, em 1907, ao descrever um tipo de neoplasia que se assemelhava ao adenocarcinoma, porém de evolução atípica, geralmente benigna. A incidência de tumores retais permanece inalterada, mantendo-se na segunda posição entre as lesões do trato gastrointestinal, e na terceira entre todas as localizações. O diagnóstico só foi definitivamente estabelecido pelo estudo histológico da peça cirúrgica. O estadiamento pós-ressecção endoscópica, realizado por meio de raios X do tórax, tomografia computadorizada do abdome e dosagem sérica do antígeno carcino-embriônico (CEA), além de exames hematológicos e bioquímicos rotineiros, indicava indivíduo sem nenhuma alteração laboratorial ou de imagem. Os pacientes que têm sintomas geralmente apresentam sangramento retal, dor ou constipação. Atualmente faz-se confirmação por estudo imunohistoquímico, através da pesquisa dos marcadores tumorais de células neuroendócrinas, entre eles a cromogranina A e a sinaptofisina. No nosso paciente, não fizemos o estudo imunohistoquímico.

Conclusão: O tumor foi tratado com ressecção endoscópica, em concordância com a literatura, tendo evolução satisfatória e mantendo-se livres da doença no período de seguimento de 22 meses. Aproximadamente 50% dos tumores carcinoides do reto provocam sintomas, principalmente sangramento, constipação, dor e prurido anal. Feito o diagnóstico de lesão carcinoide, o US endorretal possibilitará avaliação do grau de infiltração local. A CT de pelve e de abdômen, a cintilografia e outros exames de imagem permitirão verificação do grau de disseminação local e à distância, auxiliando na definição do tratamento a ser estabelecido. É fundamental a verificação da profundidade de invasão na parede do reto. Se não houver invasão das camadas musculares e se a lesão for inferior a 1 cm de diâmetro, a ressecção endoscópica ou a ressecção local, esta preferencial sempre que factível, são métodos habitualmente suficientes. No entanto, preconiza-se excisão cirúrgica radical, por ressecção anterior ou por amputação abdominoperineal do reto, de todos os tumores carcinoides retais em que haja invasão da muscular própria, dimensões maiores que 1 cm de diâmetro, elevada atividade mitótica ou ulceração de mucosa.



TUMOR CARCINOIDE GÁSTRICO: RELATO DE CASO

Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Fernando de Paiva Melo Neto 1; João Vitor da Cunha Lima Viana 2; Laís N. Vieira 1; Jéssica M. Pontes 3; Carlos R. C. Leite 4

1 Acadêmico do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal – RN, Brasil; 3 Coloproctologista do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), João Pessoa – PB, Brasil; 4 Professor Doutor do Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: Os tumores carcinoides são neoplasias do sistema neuroendócrino difuso, possuem incidência de 0,7 caso por 100.000 habitantes, sendo o trato gastrointestinal e o sistema respiratório os sítios mais frequentes. A elevação urinária do ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) é um método útil para o diagnóstico. Entretanto, a hipótese pré-operatória de tumor carcinoide é rara e, geralmente, o diagnóstico é feito por análise histológica, no pré ou no pós-operatório. O tratamento é realizado com cirurgia associada a métodos adjuvantes, se necessário.

Objetivo: Apresentar e analisar um caso de tumor carcinoide gástrico, observado e tratado em hospital de referência oncológica do Estado da Paraíba.

Métodos: Paciente J.B.S., 43 anos, sexo masculino, pardo, apresentava queixa de disfagia e pirose há cerca de 2 anos, negava perda ponderal. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) mostrou mucosa da transição esofagogástrica com lesão elevada, endurecida, de aproximadamente 1 cm de extensão, contornos regulares, localizada em parede posterior, imediatamente abaixo da linha Z. A biópsia da lesão evidenciou adenocarcinoma de média diferenciação. Dessa forma, realizada gastrectomia total com linfadenectomia e reconstrução em Y de Roux, sem complicações no pós-operatório. Por conseguinte, anatomopatológico revelou tumor carcinoide na mucosa de transição gastroduodenal.

Resultados: A sintomatologia das lesões carcinoides gástricas é inespecífica, sendo assim, faz-se necessária a EDA e a biópsia para confirmação diagnóstica. Os achados endoscópicos mais comuns são mucosa antral pálida, amarelada e vasos sanguíneos transparentes, podendo visualizar pólipos pequenos e avermelhados. A análise histológica mostra atrofia de células da mucosa, ausência de células parietais e hiperplasia de células neuroendócrinas. Pode-se realizar ressecção endoscópica da mucosa em lesões inferiores a 1 cm, com remota possibilidade de metástase linfonodal. Para tumores maiores que 2 cm e com produção de gastrina, a antrectomia com ressecção da lesão e linfadenectomia regional é a estratégia mais adequada. Já para tumores de diâmetros superiores a 1 cm sem hipergastrinemia, gastrectomia total com linfadenectomia regional.

Conclusão: Apesar de apresentar crescimento lento, o tumor carcinoide é considerado neoplasia maligna com poder de metastatização, sobretudo para fígado. Por isso, não se deve ter atitude indolente na assistência terapêutica, visto que isso altera consideravelmente a sobrevida.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EM PORÇÃO ANTEROLATERAL DE COSTELA: RELATO DE CASO

Caique R. Santos; Laura M. W. Toledo; Maria L. B. Moreira; Marcus M. Abreu; Juliana D. N. Ferreira; Sávio M. Rezende

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF)

Introdução: O Tumor de Células Gigantes (TCG) é uma neoplasia esquelética osteolítica benigna, ricamente vascularizada e com numerosas células gigantes com atividade osteoclástica. Embora seja considerado uma neoplasia benigna, o TCG pode apresentar comportamento localmente agressivo, com invasão de partes moles adjacentes, altas taxas de recorrência após o tratamento, e, em casos raros (2%), metástases à distância, geralmente pulmonares. Em 90% dos casos possuem localização epifisária típica em ossos longos, principalmente, fêmur distal, tíbia proximal e rádio distal. O acometimento das costelas pelo TCG é extremamente raro, com séries de casos demonstrando uma incidência de cerca de 1%. Além disso, o envolvimento da porção não epifisária das costelas (porção anterior ou média) é ainda mais raro, uma vez que a maioria dos casos de TCG descritos na literatura localizam-se no arco posterior das costelas (cabeça e tubérculo costal).

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo relatar um caso raro de Tumor de Células Gigantes e fornecer bases para o estudo das possibilidades terapêuticas para o TCG agressivo de costela.

Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 38 anos, tabagista (aproximadamente 10 anos-maço), apresentava tumoração dolorosa em parede torácica anterolateral esquerda, de crescimento insidioso (aproximadamente 2 anos) e que limitava algumas posturas. Negava febre ou perda de peso. Foi realizada uma Tomografia Computadorizada (TC) de tórax, que revelou lesão insuflativa lateral em 10º arco costal esquerdo, medindo 4,2 x 3,5 cm, com áreas de calcificação interior. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, com ressecção ampla do tumor, englobando 9º, 10º e 11º arcos costais e uma porção do diafragma. O diagnóstico definitivo de tumor de células gigantes se deu pela imunohistoquímica da peça cirúrgica. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem evidência de recidiva da doença após 12 meses.

Conclusão: Este relato permite fornecer bases para o estudo das possibilidades terapêuticas desta patologia em localizações atípicas, reforçando a ressecção cirúrgica em bloco com margens amplas como a conduta mais segura para prevenir recidiva local, metástases à distância e transformação maligna.



TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS ASSOCIADA A COVID-19: RELATO DE CASO

Ana Luiza Ledro Nagem, Rilmara C. P. Nascimento, Davi R. Santos, Eduardo N. Silva

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG – Brasil

Têm-se observado que a Covid-19 pode complicar o curso perioperatório com uma alta taxa potencial de letalidade. Pacientes submetidos à cirurgia são um grupo vulnerável em risco de exposição e podem ser particularmente suscetíveis a complicações subsequentes, principalmente devido à citocina pró-inflamatória e respostas imunossupressoras. Este artigo tem como objetivo descrever o caso de um paciente submetido à procedimento cirúrgico durante a pandemia, cujo pós-operatório evoluiu com complicações associadas ao Covid-19. Trata-se de um paciente, masculino, 62 anos, com dor abdominal em flanco esquerdo, associado à abaulamento local. Sem outras queixas. Realizado propeleuítica cujo exames de imagem evidenciaram volumosa lesão expansiva, heterogênea no andar superior do abdome, à esquerda, com íntimo contato com a aorta, cauda do pâncreas e alças de delgado, com dimensões de 19,9x11,1x16,6 cm. Em bom estado clínico, paciente foi encaminhado para uma laparotomia exploradora que identificou grande massa retroperitoneal. Realizada exérese total da lesão. Posteriormente, anatomopatológico confirmou histologia compatível com tumor de estroma gastrointestinal (GIST). Após ato operatório paciente seguiu para leito de CTI onde obteve melhora hemodinâmica e no 4DPO foi encaminhado para enfermaria. Evoluiu com disfunção renal, íleo paralítico, infecção e deiscência de ferida operatória e esforço respiratório. No 10DPO, teve piora importante do quadro respiratório, quando foi solicitado PCR para SARS-COV-2 com resultado positivo. Foi transferido para CTI, onde no 14DPO apresentou descompensação do quadro respiratório. Foi intubado e evoluiu em seguida com parada cardiorrespiratória em assistolia. Feito manobras de ressuscitação cárdio-pulmonar sem sucesso. Evoluiu em óbito. Para elaborar este artigo, foi realizada revisão de publicações acerca do tema, onde foram evidenciadas que as alterações pós-operatórias convencionais, podem se confundir com sintomas da infecção pela Covid-19 dificultando o diagnóstico. Embora notícia-se que a fatalidade de Covid-19 esteja entre 1-3%, em pacientes pós-operatórios essa taxa pode ser maior. Este relato de caso fundamenta cientificamente as orientações iniciais do risco aumentado para a realização de procedimentos cirúrgicos na vigência da pandemia. Para o retorno completo das atividades, é fundamental a cautela e protocolos claros, visto que uma infecção num momento de recuperação operatória pode apresentar desfechos trágicos.

TUMOR DO SEIO ENDODÉRMICO COM APRESENTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1; Ana Caroline Lemos da Silva Aguiar Barreto 2; Antonio Vituriano de Abreu Neto 3; Mariana Galindo Silveira 3; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Marcelo Gonçalves Sousa 4

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil 2 Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil 3 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba – HULW-UFPB João Pessoa – PB, Brasil 4 Professor Doutor do departamento de Cirurgia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB e da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa – PB, Brasil

Introdução: O tumor de saco vitelínico, ou seio endodérmico é um tumor não seminomatoso de células germinativas. As apresentações extragonadaes são mais raras e costumam ocorrer em glândula pineal, retroperitônio, mediastino anterior e região sacrococcígea. Os achados radiológicos mais comuns são: microcistos, mixomatoso, sólido, perivascular.

Objetivo: Analisar as características do tumor de seio endodérmico com apresentação intestinal, ilustrando através da apresentação de um caso clínico.

Métodos: Paciente T.S.S., sexo masculino, 24 anos, chegou no serviço com queixa de dor abdominal e na coluna, há 1 mês e meio. Refere perda de peso, pirose, melena, constipação, poliúria, noctúria e aumento de volume abdominal. Realizada Ultrassonografia abdominal que evidenciou nódulos em região epigástrica e na Vesícula Biliar (VB). Na Tomografia computadorizada, foi visualizada uma lesão expansiva sólida intraperitoneal em projeção do flanco e hipocôndrio esquerdos, associado a suspeitas de linfonodomegalias; no fígado, foram visualizadas áreas hipodensas; pólipos parietal na VB e leve hidronefrose à esquerda. Na ressonância magnética, foi visto uma expansão abdominal de aspecto indeterminado, aventando-se a hipótese de tumor estromal gastrointestinal e neoplasia primária retroperitoneal. Sendo assim, foi recomendada uma laparotomia exploratória, na qual foi realizada enterectomia do delgado associada à linfadenectomia retroperitoneal. O resultado do anatomopatológico foi tumor de seio endodérmico (Yolk-sac tumor).

Resultados: O quadro clínico da forma extragonadal varia de acordo com o órgão e região acometida. A forma intestinal é uma das mais raras, cabendo realizar diagnóstico diferencial com adenocarcinoma intestinal. É considerado agressivo, de elevada malignidade, geralmente de difícil ressecção, em virtude da gravidade. Há elevação da alfa fetoproteína e do antígeno carcinoembrionário, sendo o marcador de grande utilidade para o diagnóstico e para o acompanhamento de resposta ao tratamento. Ainda não há um tratamento definido para o tumor de saco vitelínico extragonadal. A definição da abordagem cirúrgica envolve a localização do tumor, o tempo de evolução e o quadro clínico.

Conclusão: Dessa forma, é mister a troca de experiências e a discussão de casos entre os serviços, visando possibilitar uma melhor definição diagnóstica, com eliminação dos possíveis diagnósticos diferenciais, proporcionando uma abordagem terapêutica mais eficaz.



TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: RELATO DE CASO

Nádia Roberta S. da Silva; Glaucio S. de Souza; Andressa B. Marthon; Carla R. C. Lima; Ana Lêda C. Ranção; Gabriel Victor Dornelas.

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GISTS) são raros, porém, com grande recorrência no TGI, tendo maior acometimento na população idosa. Seu crescimento é lento e pode acometer qualquer órgão do tubo digestivo, mais comumente, o estômago (60%).

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 73 anos, relatando “caroço na barriga há 2 meses”, em região epigástrica, sem outros comemorativos. Ao exame físico, presença de massa palpável em região epigástrica e hipocôndrio direito, bem delimitada, móvel e indolor a palpação. À tomografia de abdome, identificou-se volumosa lesão expansiva heterogênea sólido-cística, medindo 10,7 x 8,6 x 15,5 cm, localizada na raiz do mesentério, de amplo contato com a grande curvatura gástrica e parede posterior do corpo/antro gástrico, sem planos de clivagem com o estômago e mantendo contato com corpo do pâncreas. Foi realizada Gastrectomia Subtotal com Reconstrução em Y de Roux, com boa evolução no pós operatório. Anatomopatológico evidenciou, macroscopicamente, tumoração encapsulada, medindo 17,4x9,6cm; microscopicamente, presença de células fusiformes e epitelioides, baixo grau (2 mitoses em 50 CGA), com 11 linfonodos livres e ausência de metástases, sugestivo de GIST. No estadiamento, classificado como T4NoMo e, no índice mitótico, como G1 (baixo grau < 5 mitoses/50CGA).

Discussão: A etiologia e os fatores desencadeantes para formação desses tumores ainda não são bem conhecidos, porém, acredita-se que estejam relacionados à mutações genéticas. A maioria é assintomática na fase inicial (60%), podendo apresentar sintomas à medida que aumentam de tamanho e/ou comprimem estruturas adjacentes. O tratamento padrão consiste na ressecção cirúrgica completa da tumoração, no entanto, sua realização depende da extensão da doença e se o tumor é ressecável, irressecável ou metastático. A depender do resultado, opções de quimioterapia e radioterapia podem ser associadas.

Conclusão: A maior parte desses tumores são passíveis de tratamento e apresentam boa resposta; apenas 10% não respondem. Cerca de 50% evoluem com recidiva e metástases e ainda não se tem um bom prognóstico para casos de doença metastática. Se faz necessário, portanto, uma investigação clínica, escolha do tratamento adequado e o acompanhamento da evolução da doença mesmo após abordagem cirúrgica.

UTILIZAÇÃO DO ENXERTO AUTÓGENO DE SACO HERNIÁRIO NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA HÉRNIA INGUINAL

Cirênio de Almeida Barbosa, Deborah Campos Oliveira, Debora Helena Cunha, Adélio José da Cunha, Paula Souza Lage, Wilson Santana Silva Júnior.

Universidade Federal de Ouro Preto, Faculdade de Minas, Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete

Objetivo: O objetivo deste trabalho é demonstrar a técnica operatória do uso do saco herniário no reforço da parede na hérnia inguinal. Para isto foram avaliados os pacientes do Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete- MG que foram submetidos a correção das hérnias inguinais primárias através do enxerto do saco herniário. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Método: Estudo retrospectivo no período de dezembro de 2010 a dezembro de 2019, que contou com o número de 40 operações sendo os critérios de inclusão dos pacientes: idade, sexo e presença de saco herniário de boa espessura e tamanho para ser realizada a técnica cirúrgica. Utilizou-se a incisão oblíqua da pele – incisão de Pfizet e posterior dissecação cuidadosa da região, feita a incisão do saco herniário e liberação das aderências, depois realizada a sutura das bordas do anel herniário com pontos em “8”. Foi feito o reforço da sutura anterior em “jaquetão”. Em seguida, aplicou-se o enxerto autólogo do saco herniário com a sua face mesotelial voltada anteriormente e fixada com vicryl 3.0 de forma assemelhada à técnica de Lichtenstein. O tecido peritoneal ultrapassa e abraça o funículo espermático na sua exteriorização. Estes pacientes foram acompanhados, em um período de 2 anos, com retornos ao ambulatório no período de 3 meses, 6 meses e 1 ano para avaliar recidiva.

Resultados: Os resultados demonstraram que 99% dos pacientes em estudo, não apresentaram recidivas. Houve uma maior prevalência em pacientes do sexo masculino, entre 25 anos a 40 anos; no sexo feminino, dos 40 pacientes operados dois apresentaram recidiva. Com relação ao lado da hérnia, cor e sexo não houve relevância estatística nas recidivas. As recidivas quando ocorreram, foram no início de atividades físicas precoces e nas mulheres supõe-se que foi devido a uma reação inflamatória do fio de seda 2.0 usado pelo cirurgião, promovendo um processo inflamatório maior. A técnica foi inicialmente proposta por Lázaro da Silva(1986) e foi objeto de estudo de algumas teses acadêmicas. O saco herniário foi utilizado por Laizo desde 2003 com um baixo índice de recidivas e complicações. Em estudo prospectivo, Laizo (2013) demonstrou que de 363 pacientes, sete (1,81%) apresentaram recidivas com a utilização do saco herniário no reforço da parede da hérnia inguinal.

Conclusão: O saco herniário utilizado como correção cirúrgica da hérnia inguinal, se mostrou eficiente, com números baixo de recidivas.



VOLVO DE CECO: RELATO DE CASO

Andressa B. Marthon, Ana Lêda C. Ranção, José Otávio G. Junqueira, Nádia Roberta S. da Silva, Samuel S. Sodrê, Thaís S. de Barros

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Introdução: Os volvos intestinais são definidos como a torção de uma parte do intestino sob seu eixo mesentérico, resultando em obstrução parcial ou total no lúmen do segmento acometido, bem como o comprometimento do suprimento sanguíneo, em graus variados. O volvo de ceco possui baixa incidência, sendo responsável por cerca de 1% dos quadros de obstrução intestinal no adulto. Geralmente acomete mulheres jovens. Caso o tratamento seja postergado, pode haver isquemia, necrose e perfuração intestinal.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 94 anos, deu entrada no Pronto Atendimento com queixa de dor em andar inferior do abdome e vômitos. Quadro havia tido início há 01 dia, associado à parada na eliminação de fezes e flatos. Ao exame de admissão, paciente apresentava-se com fácies de dor, em regular estado geral, hipocorada +1/+4, desidratada +2/+4, taquicárdica (FC: 126 BPM) e hipotensa (PA 100x50 mmHg).

Notava-se abaulamento localizado em região de mesogástrico, hipogástrico e flanco esquerdo, com dor a palpação profunda, sem descompressão brusca dolorosa e sem defesa abdominal. Realizada radiografia de abdome em ortostase, que evidenciou dilatação de cólon em topografia de abdome inferior esquerdo e mesogástrico. Tomografia de abdome com dilatação de ceco, sem presença de líquido livre ou pneumoperitônio. Optado por realizar laparotomia exploradora, onde foi observado segmento cecal com torção de 360° sob seu eixo mesentérico com importante isquemia e necrose. Realizada ressecção do segmento acometido com anastomose primária. Paciente encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva, evoluiu com óbito no 2º dia pós-operatório em decorrência de complicações do quadro de sepse.

Discussão: Apesar de apresentar baixa incidência, o volvo de ceco constitui importante diagnóstico diferencial no abdome agudo obstrutivo e a instituição de terapêutica em tempo oportuno impacta diretamente na sobrevida dos pacientes acometidos.

Conclusão: A baixa taxa de suspeição e demora no início do tratamento ainda constituem um obstáculo no manejo do volvo de ceco, o que reforça a importância de trazer tal discussão à tona.

VOLVO GÁSTRICO IDIOPÁTICO: RELATO DE CASO

Fernando de Paiva Melo Neto 1; João Vitor da Cunha Lima Viana 2; Laís Nóbrega Vieira 1; Mariane V. O. Soares 3; Marinna Karla da Cunha Lima Viana 1; Thiago F. Cassiano 4

1 Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa – PB, Brasil; 2 Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal – RN, Brasil; 3 Acadêmico do curso de Medicina da FACISA, em Campina Grande – PB, Brasil; 4 Residente de Cirurgia Geral na Secretaria de Saúde do Distrito Federal pelo Hospital Regional de Ceilândia

Introdução: O Volvo Gástrico (VG) é uma patologia rara, sendo 80 a 90% dos casos em adultos, com pico de incidência a partir dos 50 anos. É caracterizado pela rotação do estômago em torno de seu eixo horizontal ou vertical. Ademais, pode ser classificado como agudo ou crônico, orgânico ou mesenteroaxial e primário (idiopático) ou secundário. O organoaxial refere-se à rotação através de uma linha que conecta a junção gastroesofágica e o piloro, por outro lado, a mesenteroaxial ocorre através de uma linha perpendicular conectando as curvaturas maior e menor.

Objetivo: Analisar as variáveis clínicas e cirúrgicas do VG agudo idiopático de rotação mesenteroaxial, ilustrando através da apresentação de um caso.

Métodos: Paciente L. R. O., 73 anos, sexo feminino, relatando vômito em “borra de café” há 04 dias, distensão e dor abdominal há 01 dia. No dia anterior, apresentou evacuação sem alterações e no dia do atendimento apresentou parada em eliminação de flatos. Em exame, hipocorada (++/++++), abdome algo tenso e semíglobo, ruídos hidroaéreos diminuídos, com sinais de peritonite, sendo sugestivo de abdome agudo perfurativo. Realizada Laparotomia Mediana e identificado VG, sendo assim, realizada descompressão gástrica. Não foi identificado megacólon, alterações no piloro ou outras alterações. Dessa forma, a paciente foi diagnosticada com VG agudo idiopático de rotação mesenteroaxial.

Resultados: As apresentações clínicas variam de acordo com o grau de obstrução, o tempo de início dos sintomas e o tipo de rotação que apresentou. Em casos de rotação em graus inferiores a 180, os sintomas são de obstrução gástrica parcial que podem ser intermitentes e crônicos. Em relação ao diagnóstico, não pode ser feito apenas com anamnese e exame físico, necessitando da utilização de exames de imagem, geralmente através do uso de radiografias simples ou de tomografia. Ademais, em relação ao manejo terapêutico, o tratamento inicial deve ser composto por estabilização hemodinâmica e descompressão gástrica imediata. **Conclusão:** O VG é uma patologia rara, dessa forma, geralmente não é a hipótese mais esperada, principalmente em casos agudos e idiopáticos. Sendo assim, se faz necessária a utilização de exames de imagem para que dessa forma seja realizado o diagnóstico de forma correta e com a eliminação dos possíveis diagnósticos diferenciais, proporcionando uma assertiva abordagem terapêutica.



VOLVO JEJUNAL EM PACIENTE ADULTO COM MALFORMAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO RARO

Ana Luíza C. Carvalho, Ana Luísa S. Fonseca, Thais B. Alves, Lorena M. Batista, Taline N. Rodrigues, Fabiano L. Campos

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO: A má rotação intestinal é uma malformação congênita que engloba falhas da rotação do intestino médio em torno dos vasos mesentéricos superiores, com taxa de incidência estimada de 1:200 a 1:6000 nascidos vivos. 60 a 85% das complicações manifestam-se no primeiro mês de vida, e até 90% dos casos são diagnosticados no primeiro ano. A apresentação da má rotação intestinal no adulto é muito rara, com incidência reportada entre 0.0001% e 0.19% da população. **OBJETIVO:** Descrever a associação entre a má rotação não diagnosticada em adultos e a ocorrência do volvo jejunal.

DESCRIÇÃO DO CASO: Masculino, 52 anos, com sintomas progressivos de obstrução intestinal. Refere vômitos pós-prandiais intermitentes, disfagia, dor retroesternal, rouquidão e perda ponderal (18 Kg em 2 meses). Ao exame físico, febril, desidratado, hipocorado, dor epigástrica à palpação. Apresenta insuficiência pré-renal e hiponatremia hipovolêmica. Solicitada internação. Endoscopia Digestiva Alta (13/11/19) com achados de esofagite erosiva grau D de Los Angeles, úlceras em esôfago médio e proximal, metaplasia intestinal em região gástrica e limitação de passagem do endoscópio pelo duodeno. Suspeitada malformação intestinal. Tomografia Computadorizada (TC) com sinais de má rotação intestinal (ângulo de Treitz e alças de delgado localizados à direita, associado a válvula íleocecal e alças colônicas posicionadas à esquerda) e obstrução mecânica a nível de duodeno/jejuno. Realizada redução de volvo jejunal por laparotomia, sem intercorrências. Boa evolução pós-operatória. Paciente segue em acompanhamento.

DISCUSSÃO: A apresentação clínica da má rotação em adultos engloba sintomas gastrointestinais crônicos e atípicos. Uma revisão da literatura realizada por Von Flue e colaboradores revelou apenas 49 casos de adultos com má rotação sintomáticos entre 1923 e 1992. Nos últimos 30 anos houve uma aumento crescente do reconhecimento desta população. Contudo, o diagnóstico pode ser tardio e acompanhado de complicações, sendo o volvo de intestino médio a mais relevante. Vale ressaltar a importância da suspeição pelo cirurgião, sendo a TC com contraste o exame de escolha para a investigação. Em casos de obstrução intestinal, é preconizada a abordagem cirúrgica.

CONCLUSÃO: O diagnóstico precoce e o manejo adequado dos casos de má rotação em adultos é de extrema importância, a fim de se evitar o reconhecimento do quadro em estágios complicados.