

RESUMOS TEMAS LIVRES



21º CONGRESSO DE
CIRURGIA
RIO DE JANEIRO

NÚCLEO CENTRAL - CBC
4º SIMPÓSIO RIO HERNIA

22 a 24 de setembro de 2022
Hotel Prodigy Santos Dumont

CARCINOMA PAPILÍFERO EM CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO - RELATO DE CASO

IRIS LEITE GOMES¹; ALISSON RAFAEL DE OLIVEIRA PEREIRA¹; ISABELA TEIXEIRA RODRIGUES¹; JÚLIA SANTOS NASCIMENTO¹; LUCAS ABREU DIAS¹; MARIA EDUARDA VITORINO DE OLIVEIRA¹; VIVIAN TIEMI OKAMURA¹; LEANDRO AUGUSTO BARBOSA CAIXETA². 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS - UFLA, LAVRAS - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL VAZ MONTEIRO, LAVRAS - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO

A tireoide forma-se a partir de uma invaginação na parede anterior da faringe, que migra para a área cervical inferior na embriogênese. Ao longo desse trajeto forma-se o ducto tireoglosso, que tende a atrofiar e ocluir. Caso haja remanescente epitelial viável, pode-se formar o cisto do ducto tireoglosso (CDTG), malformação congênita cervical mais comum. A malignização é infrequente, menos de 1% dos casos, e geralmente identificada na análise da peça cirúrgica, após Cirurgia de Sistrunk (CS). Frente à raridade da malignização do CDTG à carcinoma papilífero (CaCDTG) e à menor disponibilidade de textos científicos a respeito, este relato de caso pode contribuir para a literatura médica atual.

RELATO DE CASO

Sexo feminino, 34 anos, previamente hígida, apresentou-se na primeira consulta (04/09/2019) com nodulação cística cervical anterior, em linha média, 2 cm abaixo do osso hióide, indolor, móvel à deglutição e protusão lingual. Relatou perceber lesão há 3 anos, com crescimento indolente. Apresentou ultrassonografia cervical compatível com CDTG, sem outros achados. Paciente submetida em 12/02/2019 à CS (ressecção cirúrgica do ducto e do CDTG até o forame cego da língua, incluindo porção central do osso hióide). Ao exame anatomopatológico, observou-se lesão de 14 mm no maior eixo, capsulada, com presença de invasão capsular, ressecada com margens livres, sem invasão angiolinfática, consistente com carcinoma papilífero variante folicular.

Realizada imuno-histoquímica que demonstrou imunodepressão de CK19, HBME-1 e galectina 3, (painel associado aos aspectos histológicos de carcinoma papilífero, clássico e folicular, bem diferenciado da tireoide).

Optado pelo acompanhamento clínico semestral no primeiro ano pós operatório e anual desde então, onde não se identificou alterações arquiteturais e de função tireoideana, linfadenomegalias cervicais ou elevação da tireoglobulina.

DISCUSSÃO

O CDTG representa 7% de nodulação na linha média do pescoço em adultos. Já o CaCDTG ocorre em 0,7-1% dos pacientes com CDTG. O carcinoma papilífero é o tipo histológico mais comum dentre os CaCDTG. A identificação clínica pode ser complicada, por manifestar de forma quase análoga ao CDTG benigno, uma massa cervical que pode, ou não, ser dolorosa. O diagnóstico costuma ser feito no pós-operatório, pois, embora a PAAF possa apontar malignidade, esse exame possui baixa sensibilidade e seu achado não modifica a terapia. Há controvérsias quanto ao manejo do CaCDTG. Tireoidectomia total e uso da radioiodoterapia, após CS, não é consenso entre os autores. Em pacientes de baixo risco, a CS com acompanhamento clínico, semestral no primeiro ano e anual nos anos subsequentes, pode ser suficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALQAHTNI et al. Papillary carcinoma arising from a thyroglossal duct cyst: A case report and literature review. Int J Surg Case Rep. vol. 94 (2022): 107106.

SARAIVA et al. Carcinoma papilífero em cisto do ducto tireoglosso. Relatos Casos Cir.2022;(2):3216.

Palavras-chave: cisto tireoglosso;carcinoma papilífero;cirurgia de sistrunk.

Corpo estranho transpassado do Esôfago para a Glândula Tireoide

MOARLEY PEREIRA GOBIRA; CLINEU GASPAR HERNANDES JUNIOR; SALMO VASSER PARANHOS DE OLIVEIRA; LUIZA HORST NETO; AMANDA RODRIGUES SOARES; LARISSE BRAGANÇA RIBEIRO LEAL. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

Introdução

Embora relatos de corpos estranhos (CE) deglutidos e alojados no tecido laringofaríngeo sejam relativamente comuns na emergência¹, é incomum que atravessem para tecidos adjacentes à laringofaringe e extremamente raro que transpassem para a tireoide. Neste artigo, apresentamos o singular caso de uma mulher idosa com espinha de peixe alojada na tireoide, cujo desfecho favorável foi possibilitado pela condução de uma propedêutica oportuna.

Relato de caso

Paciente de 61 anos, feminino, foi admitida em Pronto Socorro no dia 29/04/2022 com relato de sensação de corpo estranho após ingestão de carne de peixe há mais de 7 dias. Referia episódios desconforto na região cervical esquerda. Ao exame de videolaringoscopia, não foram evidenciados sinais de corpo estranho ou processo inflamatório local.

Endoscopia Digestiva Alta identificou aspecto inflamatório sugestivo de granuloma ou área reacional em seio piriforme esquerdo, sendo compatível com lesão de entrada de corpo estranho. Tomografia computadorizada de pescoço demonstrou corpo estranho compatível com espinha de peixe alojado em terço médio do lobo esquerdo da tireoide, sem sinais de coleções ou enfisema. Isto posto, a paciente foi encaminhada à equipe de cirurgia de cabeça e pescoço que elegeu abordagem cirúrgica com exérese de corpo estranho por via cervical aberta.

Discussão

A movimentação em direção extra-luminal de corpos estranhos deglutidos é extremamente rara, sendo que a maior parte desses relatos envolve ossos de peixe ou outros corpos estranhos afiados. Até o ano de 2014, apenas 22 casos de corpos estranhos que migraram para a glândula tireoide haviam sido relatados na literatura.

É muito importante realizar uma remoção rápida do corpo estranho. Contudo, a identificação de um objeto fino e pequeno em meio a tecidos moles, pela exploração cervical aberta, é complexa, apesar de sua remoção ser relativamente simples. O tratamento padrão dos pacientes em que a espinha de peixe ficou presa na glândula tireoide geralmente é a hemitireoidectomia, devido principalmente à inflamação e abscesso ao redor da espinha de peixe. O principal fator prognóstico nos casos de corpos estranhos que penetram o esôfago parece ser a presença de infecção associada.

Conclusão

Diante da suspeita clínica de um CE que transpassou o esôfago, a Tomografia Computadorizada torna-se o exame investigativo de escolha, especialmente se outras modalidades de imagem forem inconclusivas. Realizado o diagnóstico, a remoção cirúrgica rápida do CE extraluminal torna-se imperativa, a fim de evitar complicações como infecção local, abscesso, granuloma, mediastinite, paralisia de pregas vocais, fístulas e ruptura de grandes vasos. Nos casos de CE alojado na glândula tireoide, a hemitireoidectomia é o procedimento cirúrgico padrão. Todavia, neste relato de caso, houve remoção mínima do tecido tireoidiano, com desfecho final satisfatório. Referências Bibliográficas Anexos em trabalho Completo.

Palavras-chave: Tireoide;Corpo estranho;Esôfago.

DOENÇA DE MADELUNG - RELATO DE CASO

IRIS LEITE GOMES¹; BARBARA BETINA LAMANA¹; ÁLVARO EDUARDO ALVES¹; BRUNA LAÍNE COSTA¹; CINDY CARVALHO LOPES¹; MARIANA RODRIGUES DA SILVA¹; LUIZA RAQUEL PEDROSA NASCIMENTO¹; LEANDRO AUGUSTO BARBOSA CAIXETA². 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS - UFLA, LAVRAS - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL VAZ MONTEIRO, LAVRAS - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO:

A lipomatose simétrica múltipla ou benigna é um distúrbio raro de metabolismo do tecido adiposo, cuja etiologia ainda não é bem estabelecida. Sabe-se que acomete mais homens, tendo o etilismo como o principal fator de risco. Também conhecida como Doença de Madelung (DM) ou Síndrome de Launois-Bensaude, geralmente não cursa com malignidade, e seu principal tratamento é cirúrgico. Descrevemos o caso de um paciente com a patologia, encaminhado à lipectomia para a retirada da massa.

RELATO DE CASO:

H. H. S., masculino, 43 anos, com massa cervical bilateral de crescimento indolente nos últimos 3 anos, indolor, sem sintomas compressivos, referindo desconforto estético. Portador de HAS. Em uso de Losartana 50mg MID. Alegava consumo de bebida alcoólica diariamente, negava tabagismo. Ao exame físico, massa palpável em toda região cervical ântero-lateral bilateral, macia e indolor. Solicitada TC de pescoço com contraste. Em consulta de retorno, apresentou aumento da lipomatose cervical, confirmada à TC. Foi encaminhado à cirurgia com hipótese diagnóstica de Doença de Madelung, confirmada posteriormente pelo anatomopatológico. Pós operatório com boa evolução e interrupção do etilismo.

DISCUSSÃO:

A DM apresenta-se como uma massa gordurosa, simétrica, múltipla e encapsulada ou não, sobretudo na porção anterior do pescoço. Em geral, possui curso clínico lento e indolor, como visto no paciente relatado, mas também pode ser sintomático, causando principalmente sintomas compressivos, tais como dispneia e disfagia. O diagnóstico é realizado por características clínicas e achados nos exames de imagem, geralmente TC ou RM. Tem como diagnósticos diferenciais o lipoma solitário, lipoma encapsulado, lipomatose múltipla familiar e lipossarcoma. O tratamento pode ser não-cirúrgico, através de intralipoterapia, ou cirúrgico, por meio de lipoaspiração ou lipectomia. Como é uma patologia com grande recorrência, a recomendação é a abstinência de bebidas alcoólicas.

REFERÊNCIAS

1. Chen, Chun-Ye et al. "Madelung's Disease: Lipectomy or Liposuction?" BioMed research international, v. 2018, 3975974, 2018. doi: 10.1155/2018/3975974
2. Tawara, Junsuke et al. Madelung Disease. Am J Med, v. 135, n. 7, e214-e215, 2022. doi: 10.1016/j.amjmed.2022.02.028.
3. Liu, Quanzhe et al. Madelung Disease Epidemiology and Clinical Characteristics: a Systemic Review. Aesthetic Plastic Surgery, [S. l.], 2021. doi: 10.1007/s00266-020-02083-5.
4. Pinto, Cristina Isabel et al. Madelung's Disease: Revision of 59 Surgical Cases. Aesthetic Plast Surg, v. 41, n. 2, p. 359-368, 2017. doi: 10.1007/s00266-016-0759-x.
5. Brea-García, Beatriz et al. Madelung's Disease: Comorbidities, Fatty Mass Distribution, and Response to Treatment of 22 Patients. Aesthetic Plastic Surgery, v. 37, n. 2, p. 409–416, 2012. doi: 10.1007/s00266-012-9874-5.

Palavras-chave: doença de madelung;lipectomia;cirurgia do pescoço.

Neoplasia de partes moles em região facial - Um relato cirúrgico

MAURA FURTADO BARBOSA FELIPE¹; CAROLINA MARTINS MOREIRA ELIAS¹; JAIRO ANTONIO SILVERIO². 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL 9 DE JULHO, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Cirurgias de neoplasias de cabeça e pescoço são de grande complexidade, visto que, além da cura, almejam a preservação da qualidade estética e morfofuncional. Ainda, a modificação estrutural da face pode cursar com impacto psicológico devido à perda da identidade. Assim, as cirurgias de neoplasias faciais estão em constante evolução envolvendo a preservação da qualidade de vida do paciente associado à cura. **RELATO DE CASO:** Mulher, 29 anos, hipertensa. Relatou tumor facial de crescimento progressivo há 1 ano, sem outras queixas. Ao exame clínico, massa sólida aderida, de 5 cm em região têmporo-maxilar, sem alterações cutâneas. À tomografia computadorizada, lesão no espaço mastigatório à direita, com sinal de erosão óssea e invasão do seio maxilar homolateral, sem acometimento intracraniano, 5,2x3,5x5,6 cm. Procedeu-se com biópsia incisional, que, à imunohistoquímica, constatou lesão de células fusiformes em arranjos sinciciais, de núcleos alongados com nucléolos inconspícuo, expressão positiva de EMA e Ki-67 e negativa dos demais marcadores, condizente com neoplasia fusocelular de baixo grau, sendo o perineurioma extraneural (PNME) a principal hipótese. Realizou-se exérese cirúrgica, acompanhada de maxilectomia direita. A abordagem foi através de médio lábio, região paranasal, infraorbitária e temporal direita, com deslocamento de retalhos e individualização da neoplasia, seguida de extirpação. Posteriormente, houve reconstrução facial com colocação de dreno com sonda foley na região nasal direita. No pós-operatório, permaneceu por sete dias na UTI, sem complicações e com boa evolução. Atualmente, a paciente está com um mês de pós-operatório em seguimento oncológico. **DISCUSSÃO:** No caso acima, temos uma paciente jovem, com extensa tumoração na região têmporo-maxilar, cuja principal hipótese diagnóstica é um PNME, devido à presença de células fusiformes, EMA positivo e S-100 negativo - um tumor raro de nervos periféricos. A proposta terapêutica foi a cirurgia menos invasiva, com a máxima ressecção da neoplasia sem orbitotomia e ressecção da arcada dentária, visto que a paciente é jovem e o tumor é de baixo grau. Nesse caso, a cirurgia radical levaria a grande impacto biopsicossocial, bem como perda de identidade. Portanto, é de suma importância para a oncologia cirúrgica o relato de cirurgias menos invasivas em áreas nobres, como cabeça e pescoço, bem como tentativas de alterar o mínimo possível a fisionomia do paciente, principalmente em jovens, considerando a qualidade de vida pós-operatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1- Costa, C.M., et al. Indications and surgical techniques for facial reconstruction in malignant neoplasms. BJHR, 2021. 2- Noonan, V.L., et al. Extraneural Sclerosing Perineurioma of the Buccal Mucosa: A Case Report and Clinicopathologic Review. Head and Neck Pathol 4,169-173. 2010. 3-Broski, S.M., et al. Extraneural perineurioma: CT and MRI imaging characteristics. Skeletal Radiology. 49,109-114. 2020.

Palavras-chave: Oncologia Cirúrgica; Neoplasias; Neoplasias de Cabeça e Pescoço.

Paracoccidioidomicose laríngea e cutânea: um relato de caso em homem no interior Paulista

BRUNO MACEDO; AMANDA COSTA LOPES; GIOVANNA ESTULANO VIEIRA. UNI-FACEF, FRANCA - SP - BRASIL.

Introdução: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma doença endêmica em zonas rurais, causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, com incidência entre 3 casos por milhão a 3 casos por cem mil habitantes, com maior prevalência em homens, chegando a uma relação de até 15:1, mais prevalente entre 30 a 50 anos, em tabagistas, etilistas e classes sociais mais baixas. A clínica pode ser evidenciada por rouquidão intensa e envolvimento laríngeo, em 22 a 43% dos casos da doença ativa, sendo a disfonia o sintoma mais comum, seguido da disfagia. A Tuberculose (TB) tem sido descrita em 5 a 19% dos casos de PCM, podendo ocorrer concomitante ou sequencialmente. Um outro acometimento da PCM, é o cutâneo, o qual ocorre em 54% dos casos, pode ser causado por contato direto ou disseminação hematogênica. **Relato de caso:** Homem, 40 anos, 89 kilos, reside em zona urbana de Miguelópolis, controlador de acesso. Em fevereiro de 2022 iniciou rouquidão de piora progressiva, com dificuldades na fala. Em março de 2022 apresentou lesão em malar direito de progressão rápida, de bordas irregulares e fundo com pontos hemáticos, atingindo 4 cm, além de prurido, dor, hiperemia, secreção fibrinosa e hipertermia local. Além desses sintomas, manifestou disfagia para alimentos sólidos, e emagrecimento. No mesmo mês teve o diagnóstico de Tuberculose Pulmonar após apresentar tosse crônica há um ano, e iniciou tratamento. O mesmo foi submetido a biópsia da lesão malar e de região supraglótica direita e esquerda para análise, e o relatório anatomopatológico evidenciou lesão de aspecto histológico compatível com PCM. Também foi realizada videolaringoscopia que mostrou lesão de aspecto infiltrativo granulomatoso em ambas pregas vocais e em falsa prega vocal direita. Após 4 meses dos sintomas, obteve o diagnóstico e foi iniciado o tratamento para PCM com Itraconazol 200 mg, uma vez ao dia por 6 meses. **Discussão:** O paciente do caso descrito difere um pouco da epidemiologia conhecida, pois é residente de zona urbana, e nunca fez uso de tabaco, enquanto a literatura mostra prevalência maior em homens, de 30 a 40 anos, tabagistas e provenientes da zona rural. A TB e PCM, podem ser diagnósticos concomitantes ou diferenciais, o que torna a investigação mais complexa, além de ambas terem sintomas semelhantes, podendo dificultar o diagnóstico final. As lesões cutâneas e mucosas apresentadas no caso, podem prenunciar patologia pulmonar, com isto uma análise minuciosa é de grande valia. A confirmação da PCM pode ser obtida por diversos exames, e devido esses métodos estarem disponíveis em grandes centros, há atraso na elucidação patológica, prorrogando o tratamento e melhora do quadro. Por fim, podemos concluir que, apesar da grande dificuldade diagnóstica, e possíveis diagnósticos diferenciais, a doença deve ser pensada como hipótese devido sua relevante incidência e prevalência.

Palavras-chave: paracoccidioidomicose;tuberculose;diagnóstico.

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR DIREITA: RELATO DE CASO

JOÃO VICTOR DE OLIVEIRA VENTURA¹; MARIA LAURA VERISSIMO TEIXEIRA²; LETICIA ALMEIDA NUNES¹; MARIANE CARVALHO DA ROCHA¹; BRUNO MACEDO³. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS AMÉRICAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE FRANCA, FRANCA - SP - BRASIL; 3. FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA, FRANCA - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO

O tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia fibroblástica incomum. Sua incidência é mais frequente em adultos de meia-idade, sendo igualmente distribuídos entre os sexos. A maioria dos TFS são benignos e tratados cirurgicamente, enquanto cerca de 10% dos casos são agressivos ou apresentam metástases.

Os TFS se caracterizam por áreas hipercelulares e hipocelulares. Porém, considerado, sem um padrão específico. A citologia compreende células uniformes e fusiformes. Estudos recentes descobriram o NAB2-STAT6, um gene de fusão presente em até 100% dos TFS. O NAB2 age reprimindo a transcrição da resposta de crescimento precoce, alterando a regulação de diferenciação e proliferação. STAT6 é um gene codificador de proteínas, desempenhando papel fundamental no sistema imunológico. No presente estudo, relatamos o caso de um paciente com nódulo cervical à direita, cujo estudo imuno-histoquímico caracteriza um tumor fibroso solitário em glândula submandibular direita.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino de 60 anos, com queixa de massa em região submandibular direita há cerca de 8 anos. Relatou processo doloroso que irradiava para cabeça e braço direito. Foi realizada tomografia de pescoço, identificando uma lesão nodular heterogênea, medindo 3x3 cm, submandibular à direita de etiologia a esclarecer. Após, foi submetido a ultrassonografia com PAAF, identificando nódulo submandibular direita medindo 3,5x2,6x3,8 cm e com hiperplasia adenomatosa, sem sinais de malignidade. Realizando ressecção glandular de mandíbula. O relatório do anátomo-patológico identificou as medidas de 5,5x4,5x3,2 cm com nódulo pardo claro, firme e bem delimitado, lesão nodular bem delimitada, adjacente à glândula salivar, formada por células fusiformes e ovaladas. O estudo imuno-histoquímico concluiu uma lesão nodular de características mesenquimal com expressão para CD34 e STAT6, definindo o diagnóstico de TFS. No 84º dia de pós-operatório, o paciente comparece em consulta hígido, sem queixas, porém com limitação rotacional do pescoço, devido ao processo cicatricial.

DISCUSSÃO

Os TFS são neoplasias mesenquimais de diferenciação fibroblástica composto de células uniformes e fusiformes. Cerca de 90% dos TFS são imunorreativos a CD34. Todavia, os desafios de diagnósticos surgem com mais frequência quando a histologia é modificada por reatividades histológicas incomuns.

Apenas 10% dos casos mostram características incomuns, como aumento da atividade mitótica, atipia citológica e coagulação espontânea. A presença de STAT6 é observada em 100% dos TFS, o que sugere presença da fusão do gene NAB2-STAT6.

O tratamento definitivo para essa categoria de tumor é a ressecção cirúrgica com margens livres. Entretanto, dada a idade avançada em que os TFS normalmente surgem, os pacientes morrem de outras causas antes da recorrência do tumor. Por isso, é necessário desenvolver diretrizes para análises moleculares de rotina, beneficiando o prognóstico desses pacientes.

Palavras-chave: Solitary Fibrous Tumor; Submandibular Gland; Antígenos, CD34.

A pHmetria como preditor da doença de refluxo gastroesofágico em pacientes pós gastroplastia vertical

GABRIELA CAROLINA LOAYZA MOSQUERA¹; ANGIE SOLANGE LOARTE CAMACHO¹; WALTER ANDRES MONTEROS CEDILLO¹; OSCAR BLADIMIR AGUILERA LEÓN¹; JESSICA ANAÍS CELI CUEVA¹; KARYNNE GRUTTER LOPES²; LUIZ GUILHERME KRAEMER DE AGUIAR²; PAULO ROBERTO FALCAO LEAL³. 1. INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA CARLOS CHAGAS, RJ, BRASIL, QUITO - EQUADOR; 2. UERJ, RJ - RJ - BRASIL; 3. UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Objetivo: A obesidade é considerada uma doença crônica de etiologia multifatorial, associada a complicações graves, tendo alta prevalência em todo o mundo. Atualmente é considerado um dos principais problemas sociais e de saúde pública do século XXI. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é comum em pacientes com obesidade e após gastrectomia vertical, considerando a possibilidade dessa técnica causar refluxo, e em muitos casos, é assintomática. Assim, avaliamos a pHmetria como preditor de DRGE em pacientes pós gastrectomia vertical mediante endoscopia digestiva alta (EDA) um ano após a cirurgia. **Método:** Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, realizado através da análise dos prontuários de 150 pacientes (86% mulheres; idade=40,6±9,8 anos) submetidos à gastroplastia vertical no período de 2018 à 2021. Foram incluídos 88 (58,7%) pacientes com obesidade grau 2 e 55 (36,6%) com obesidade grau 3. Destes, 27,3% eram hipertensos, 26% tinham esteatose hepática, 19,3% hiperinsulinemia e 16% diabetes mellitus tipo 2. Os pacientes foram avaliados por meio da EDA e da pHmetria de 24 horas. **Resultados:** No pós-operatório de 1 ano, 24,7% dos pacientes atingiram o índice de massa corporal (IMC) normal, 53,3% apresentaram sobrepeso e 7,3% obesidade grau 1. Dos pacientes que realizaram pHmetria no pré-operatório (50%), 8% apresentaram um escore de DeMeester alterado (>14,7). No pré-operatório, 8,7% dos pacientes apresentaram sintomas de refluxo, enquanto 64,7% não referiram nenhum sintoma após a cirurgia. A EDA pré e pós-operatório, detectou 28 e 8,7% dos pacientes com gastrite leve, 11,3 e 9,3% com esofagite grau a e 25,3 e 18,7% normal, respectivamente. **Conclusões:** A pHmetria normal no pré-operatório da gastroplastia vertical não exclui a possibilidade de desenvolvimento de doença de refluxo gastro esofágico “de novo”.

Palavras-chave: pHmetria;Obesidade;Cirurgia bariátrica.

Avaliação de Morbimortalidade no Pós Operatório de Cirurgia Bariátrica no Hospital Universitário Pedro Ernesto

MIGUEL DE MIRANDA GONCALVES; JÉSSICA GONÇALVES DE MEDEIROS; GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA; LIVIA BREUSTEDT LEIG; LAURA BARROS ALVARENGA; GUSTAVO SAMPAIO PEREIRA ROCHA; LUIZ GUILHERME KRAEMER DE AGUIAR; PAULO ROBERTO FALCAO LEAL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

OBJETIVO

Avaliar a morbimortalidade de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (CB) nos primeiros 30 dias de pós operatório e relacionar a incidência de complicações com a variação do índice de massa corporal (IMC).

MÉTODO

Estudo observacional retrospectivo de pacientes submetidos à CB, todos por videolaparoscopia, realizadas pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) no período de 30 de setembro de 2021 a 27 de junho de 2022. Foram incluídos todos aqueles que realizaram o bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) e excluídos os submetidos a gastrectomia vertical. Através da análise dos prontuários avaliamos: idade, sexo, IMC inicial e complicações pós operatórias dos primeiros 30 dias. Essas complicações foram estratificadas de acordo com a classificação de Clavien Dindo.

RESULTADOS

Foram realizadas 71 cirurgias pela mesma equipe e incluídos 68 casos submetidos ao BGYR. A idade variou de 26 a 62 anos com média $43,7 \pm 8,3$ anos, sendo a maioria de mulheres ($n=55$, 80,8%). A média do IMC era $47,6 \pm 6,3$ kg/m² (36,5 – 66 kg/m²). Em relação ao IMC inicial tivemos 10, 34, 22 e 2 pacientes classificados como grau 2, grau 3, superobesidade e super-superobesidade, respectivamente. As complicações cirúrgicas dos primeiros 30 dias ocorreram em 10 pacientes (14,1%). Oito desses pacientes tinham um IMC ≥ 45 kg/m² ($P=0,13$). De acordo com Clavien Dindo, tivemos 2, 5, 1, 2 complicações nos graus I, II, 3a e 3b, respectivamente. Não houve complicações nos graus IV e V. Descritivamente, observamos: um caso de infecção do trato urinário, um de disfunção de enteroentero anastomose (dor abdominal por distensão do estômago excluído e duodeno, internada para tratamento conservador), dois de estenose de gastroentero anastomose tratados com dilatação endoscópica (um deles evoluiu com perfuração e reabordagem cirúrgica), um de hérnia umbilical estrangulada (reabordagem cirúrgica de urgência no primeiro dia de pós-operatório), um de taquicardia supraventricular (tratamento farmacológico), um de melena (queda da hematimetria, autolimitada, sem hemotransfusão), um de úlcera de boca anastomótica (internação e tratamento clínico), um de suboclusão intestinal por inflamação tubo ovariana e um de celulite no membro inferior esquerdo. Nenhum paciente necessitou de drenagem ou evoluiu com trombose venosa profunda. Não houve caso de óbitos.

CONCLUSÕES

Decorridos 10 meses do início do projeto de CB no HUPE, observamos que nos 68 pacientes submetidos ao BGYR, segundo Clavien Dindo, 4,4% das complicações eram do grau III ou maior. Dos 10 casos com complicações, 8 ocorreram em indivíduos com IMC ≥ 45 kg/m². A ampliação de nossa amostra nos permitirá possivelmente estabelecer relações causais mais robustas.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica;bypass gástrico;videolaparoscopia.

COMPLICAÇÕES CLÍNICAS VS CIRÚRGICAS EM CIRURGIAS BARIÁTRICAS POR REGIÃO DE 2013 A 2021

RENATA CRISTINA LOPES LICHTENBERGER¹; KARINE COELHO DA SILVA FERREIRA²; LIGIA SOUZA WANDERLEY²; BERNARDO COSTA BERRIEL ABREU³; CAMILA DE MELO CESARINO MATIAS²; CARLOS JOSÉ BARBOSA DE CARVALHO⁴. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ), RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução. A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal e de etiologia multifatorial. Um dos seus tratamentos é a cirurgia bariátrica, indicada para indivíduos com IMC $\geq$ 35/kg/m² sem sucesso com outros métodos terapêuticos e em casos de IMC $\geq$ 40/kg/m². **Objetivos.** Elucidar comparativamente a prevalência de complicações pós-operatórias clínicas e cirúrgicas em pacientes submetidos a cirurgias bariátricas pelo SUS no período de 2013 a 2021. **Métodos.** Estudo ecológico, utilizando dados referentes às complicações após cirurgias bariátricas no Brasil de Janeiro de 2013 a dezembro de 2021. Os dados foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares e as variáveis selecionadas foram: ano, região, número de internações, valor total, óbitos e taxa de mortalidade a cada 100 internações. O Microsoft Excel foi utilizado para tabulação e análise dos dados. **Resultados.** No período analisado ocorreram 68.149 cirurgias bariátricas no SUS, com 3.045 complicações pós-operatórias clínicas e cirúrgicas, totalizando 4,5% das cirurgias realizadas e R\$ 3.590.873,53 de gastos para o sistema público. As complicações clínicas correspondem a 76,5% do total de complicações pós-operatórias e representam 47,1% dos gastos totais. A porcentagem de óbitos cirúrgicos (6,9%) superou a porcentagem de óbitos clínicos (1,9%) em praticamente todos os anos. A média anual de gastos por complicações cirúrgicas foi de R\$2.697,41 por internação, enquanto de complicações clínicas foi R\$755,30. A região Nordeste apresentou o maior percentual relativo de complicações por cirurgia, com um total de 5,9%. O maior número de óbitos foi observado na região Sul (55), enquanto as maiores taxas de mortalidade foram atribuídas à região sudeste, com 8,89% de óbitos cirúrgicos e 2,19% de óbitos clínicos. **Conclusão.** Há uma diferença na prevalência de complicações cirúrgicas e clínicas a depender da localidade no país a ser analisada, de forma semelhante isto também pode ser afirmado quanto ao tempo de internação e aos custos associados à cirurgia e a suas complicações. O número de óbitos e da taxa de mortalidade também variaram de forma significativa a depender da região, todavia a subnotificação de certas regiões torna os dados imprecisos. Em vista do que foi dito, percebe-se que há uma necessidade em se gerar mais dados acerca do número de cirurgias bariátricas realizadas e de suas complicações a fim de se obter um resultado que se aproxime mais da realidade brasileira.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Metabólica; Obesidade.

Eficácia da terapia tripla padrão na erradicação de *Helicobacter Pylori* e sua associação com o desenvolvimento de complicações no pós-operatório de 30 dias em pacientes submetidos ao Bypass Gástrico

BERNARDA LILIAM REINO PINTADO¹; VERONICA JESSENIA CAICEDO ROMERO¹; JOHNNY FABIAN HERRERA GONZALEZ¹; JUAN FERNANDO MORA BETANCOURT¹; ALFREDO DE CASTRO LEIRAS GOMES²; KARYNNE GRUTTER LOPES³; LUIZ GUILHERME KRAEMER DE AGUIAR³; PAULO ROBERTO FALCAO LEAL³. 1. INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA CARLOS CHAGAS, RJ, BRASIL, QUITO - EQUADOR; 2. INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA CARLOS CHAGAS, RJ, BRASIL, RJ - RJ - BRASIL; 3. UERJ, RJ - RJ - BRASIL.

Objetivo: O *Helicobacter Pylori* (HP) representa o principal fator etiológico no desenvolvimento de gastrite, úlcera péptica e lesões malignas gástricas. A alta taxa de infecção por HP em pacientes obesos, abre a hipótese que sua incidência está associada a complicações no pós-operatório da cirurgia bariátrica. Avaliamos a efetividade do tratamento para erradicação de HP em pacientes obesos com HP positivo pré-operatório e sua relação com complicações em 30 dias de pós-operatório. **Método:** Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, realizado através da análise dos prontuários de 81 pacientes (78% mulheres) com índice de massa corporal ≥ 35 kg/m² submetidos ao Bypass Gástrico com Reconstrução em Y de Roux (RYGB) de janeiro até junho de 2022. Os pacientes com HP positivo diagnosticado por biópsia gástrica pré-operatória foram tratados com esquema de primeira linha, e posteriormente avaliados com uma biópsia gástrica transoperatória associada a complicações cirúrgicas. **Resultados:** Cinquenta e sete (70,4%) pacientes foram HP positivos na biópsia pré-operatória, dos quais 53 (93%) receberam tratamento de primeira linha. Seis pacientes (7,4%) tiveram HP positivo na biópsia transoperatória dos quais 5 (6,2%) foram tratados e 3 tiveram resultado negativo, e 1 paciente (1,2%) não teve adesão ao tratamento. Quanto às complicações pós-operatórias, 6 pacientes apresentaram sintomas de estenose, dos quais 4 precisaram endoscopia dilatadora e 2 melhoraram com reeducação alimentar. Os 4 pacientes que fizeram endoscopia dilatadora não tiveram HP positivo no pré-operatório e os 2 restantes tinham HP positivo e foram tratados com esquema de primeira linha. Cinco pacientes (9,4%), que receberam tratamento pré-operatório, continuaram com resultado positivo. **Conclusões:** Neste grupo de pacientes, o tratamento padrão para o *Helicobacter Pylori* foi efetivo. Não houve correlação da morbidade pós-operatória em 30 dias com a presença de *Helicobacter Pylori*.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia bariátrica; *Helicobacter Pylori*.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL OCASIONADO POR FITOBENZOAR EM PACIENTE COM GASTROPLASTIA REDUTORA EM Y DE ROUX: RELATO DE CASO

VALQUIRIA CATARINA BANDEIRA ALMEIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA; ALEXANDRE NAEGELE DE OLIVEIRA; LUANA CECILIA ARAUJO CONTI; FERNANDA CAMPOS GOMES; BRUNA FREIRE SANTOS; MARY ANGELA DE ARAUJO; SAMUELL SANTOS FERREIRA; LARISSE REIS PAIXÃO. SEMUSA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MACAÉ, MACAE - RJ - BRASIL.

Introdução:

O termo bezoar refere-se ao aglomerado de substâncias indigeríveis no tubo digestivo, sendo mais encontrados no estômago e porções proximais do delgado. São classificados de acordo com sua composição. Tricobezoes, compostos de cabelos ou pelos e fitobezoes, contendo fibras, cascas ou sementes de vegetais, sendo esses os tipos mais comuns. Pacientes com doenças mentais tem incidência na patologia em questão. A cirurgia gástrica é o principal fator predisponente na formação de fitobezoar, assim como a mastigação inadequada, dietas a base de fibras não digeríveis e alteração na motilidade gástrica também influenciam na sua formação. Os sintomas ocasionados pelos bezoes são geralmente decorrentes da obstrução, tais como dor abdominal, náuseas e vômitos. O seu tratamento consiste em remoção por meio endoscópico, dissolução por substâncias químicas ou tratamento cirúrgico. Esse trabalho objetiva relatar um caso de fitobezoar em paciente previamente submetido a gastroplastia redutora em Y de Roux laparoscópico (bypass gástrico).

Relato de caso: Mulher, 56 anos, relata dor abdominal difusa há cerca de 30 dias, com piora progressiva e associada a náuseas. Foi submetida a bypass gástrico laparoscópico há cerca de sete anos. Sem relato de ser portadora de distúrbio psiquiátrico. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, normocorada, eupneica em ar ambiente, afebril, hidratada e taquicárdica; abdome distendido, doloroso à palpação difusamente e sem irritação peritoneal. Solicitada tomografia computadorizada de abdome e pelve, com evidência distensão de alças de delgado a partir do mesogastro, com formação de níveis líquidos. Ausência tanto de líquido livre em cavidade quanto de pneumoperitônio. Principal hipótese diagnóstica obstrução intestinal por brida. Indicado laparotomia exploradora que evidenciou importante distensão de alças de delgado, ocasionado por obstrução de intestino delgado distal, aproximadamente 2cm da válvula ileocecal, por uma massa intraluminal. Realizada ordenha manual até cerca de 20 a 25cm do ceco. Procedido enterotomia com retirada de um fitobezoar com características semelhantes a bagaço de laranja, o qual ocasionou obstrução, com posterior enterorrafia em dois planos. Paciente com satisfatória evolução clínica no pós-operatório, sem intercorrências e alta hospitalar no quarto dia.

Discussão: Benzoares são achados raros e em virtude de suas potenciais complicações. Deve-se estar atento para um diagnóstico precoce, valorizando qualquer evidência de alteração comportamental, assim como, considerar cirurgia gástrica prévia, uma vez que há relatos em literatura que essa complicação pode-se apresentar de forma imediata ou tardia. A base do tratamento consiste na remoção do bezoar e a prevenção da recorrência.

Palavras-chave: FITOBENZOAR;OBSTRUÇÃO INTESTINAL;GASTROPLASTIA REDUTORA EM Y DE ROUX.

Padronização técnica da Gastrectomia Vertical Sleeve

MARIA CLARA LEAL CHAVES; MARCELO GOMES GIRUNDI; RODRIGO FARIA CARDOSO; GUILHERME TOFANE MAIA VILASBOAS; JÚLIA SANTOS DE ALENCAR; FERNANDA GAGLIARDI VENEROSO CRAWFORD; MATHEUS AUGUSTO DA COSTA; ANA CLARA BARROS PINHEIRO. HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

A epidemia de Obesidade Mórbida está em avanço atualmente e deve atingir quase 30% da população adulta do Brasil até 2030. É o que estima o Atlas Mundial da Obesidade 2022, publicado pela Federação Mundial de Obesidade (World Obesity Federation). Define-se como obesidade grau III o acúmulo excessivo de gordura no corpo, caracterizada por IMC > 40kg/m². Está relacionada a uma série de comorbidades, sendo, por isso, importante a adoção de um tratamento adequado para reduzir os efeitos deletérios na saúde do indivíduo. A técnica de gastrectomia vertical (GV) conhecida como sleeve gástrico tem ganhando espaço e indicações cirúrgicas no cenário da cirurgia bariátrica no Brasil, devido a menor complexidade técnica quando comparado as outras técnicas, além do fato de envolver apenas o estômago, dispensando anastomoses intestinais e o envolvimento do andar inframesocólico do abdome. Existem vários detalhes técnicos que não são consenso entre os cirurgiões, além de medidas adicionais que tem o objetivo de prevenir as principais complicações no pós operatório, como a fístula da linha de grampos, o sangramento, o tromboembolismo pulmonar e a trombose do sistema porta. Objetivo: desenvolvimento de uma padronização na técnica cirúrgica e do acompanhamento pós operatório que visa a redução de complicações e minimização da dor. Métodos: Sistematização técnica detalhada que envolve: O preparo e posicionamento do paciente; como a maneira ideal de fixação do paciente à mesa cirúrgica, o posicionamento da mesa e a passagem dos trocaters para melhorar a ergonomia cirúrgica. Os detalhes da técnica operatória; como o calibramento do tubo gástrico com a sonda de fouchet, “Downsizing” de cargas para o grampeamento do tubo gástrico, reforço da linha de grampos com a sutura contínua com fixação do epíplon e o teste final com azul de metileno. Além de medidas adicionais como; Analgesia por “tap-block” videolaparoscópico e infusão de solução analgésica intraperitoneal, profilaxia tromboembólica com uso das meias elásticas e uso de clexane em dose profilática desde o intra operatório. Resultados: Durante 21 meses foram incluídos 202 pacientes submetidos à GV de acordo com a técnica aqui descrita. Conclusão: A técnica cirúrgica proposta facilita o procedimento cirúrgico, melhora a ergonomia do cirurgião, diminui taxas de sangramento e fístulas, diminui a necessidade de analgésicos no pós operatório e reduz as complicações tromboembólicas quando comparada com a literatura.

Palavras-chave: Sleeve Gástrico; Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Metabólica.

Padronização técnica do By pass Gástrico em Y de Roux na Implantação do Projeto de Cirurgia Bariátrica no Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ

JÉSSICA GONÇALVES DE MEDEIROS; GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA; LAURA BARROS ALVARENGA; LIVIA BREUSTEDT LEIG; GUSTAVO SAMPAIO PEREIRA ROCHA; JOSE LUIS PANTALEAO FALCAO; MIGUEL DE MIRANDA GONCALVES; PAULO ROBERTO FALCAO LEAL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

OBJETIVO

Relatar a experiência da equipe cirúrgica no projeto de cirurgias bariátricas (CB) realizadas pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

MÉTODO

Este é um estudo observacional retrospectivo para avaliar as técnicas e protocolos empregados pela equipe cirúrgica do projeto de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no período de 30 de setembro de 2021 ao dia 28 de julho de 2022. Foram analisados retrospectivamente os prontuários dos pacientes para obtenção dos dados.

RESULTADOS

Realizamos 97 cirurgias pela técnica videolaparoscópica, sendo 3 gastrectomias verticais e 94 gastroplastias redutoras com reconstrução em Y de Roux. As indicações para a gastrectomia vertical foram: anemia carencial, hérnia umbilical recidivada volumosa e impossibilidade técnica para o bypass gástrico. A técnica de bypass gástrico é realizada com o paciente em posição de Trendelenburg com o cirurgião posicionado entre os membros inferiores abertos. A cirurgia é realizada através de 5 portais, sendo realizado pneumoperitônio por técnica fechada com agulha de Veress, confecção de pouch gástrico com uma carga transversal de 45mm, e duas ou três longitudinais. Gastroenteroanastomose calibrada com sonda de Fouchet 32 e reforço da linha de grampo do pouch gástrico. Confecção de alça biliopancreática com 100 cm, alça alimentar com 120 cm, anastomose enteroentero laterolateral grampeada, realizando teste de azul de metileno para avaliar perviedade e extravasamento das duas anastomoses antes da secção do Y. Por fim, é realizado o fechamento do espaço de Petersen e da brecha mesentérica. Nenhuma cirurgia necessitou ser convertida ou drenada. Foi utilizado como protocolo o uso de meia de compressão $\frac{3}{4}$ durante os primeiros 15 dias de pós-operatório e enoxaparina do primeiro ao sétimo dia de pós-operatório. A dieta foi introduzida às 6 horas da manhã do dia seguinte, com 20mL a cada 30 minutos. Os pacientes apresentaram uma média de 4,2 dias de internação, com a maioria tendo alta no dia seguinte da cirurgia. Em média são realizadas 4,5 cirurgias por semana, de acordo com a disponibilidade de recursos.

CONCLUSÕES

A CB atualmente é uma das cirurgias mais realizadas no mundo, presente no cotidiano do todo cirurgião geral e pouco explorada nos programas de residência médica em nosso país. É possível realizar um programa de CB minimamente invasiva no SUS, de qualidade e de livre acesso à população e ainda permitir a formação de recursos humanos.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica;bypass gástrico;videolaparoscopia.

RELATO DE CASO: BYPASS GÁSTRICO VIDEOLAPAROSCÓPICO EM PACIENTE SUPEROBESA DURANTE PANDEMIA COVID-19

THAIS JACHELLI CORRÊA; FREDERICO JAPIASSU SANTIAGO; CAMILLA FARIAS DE SOUZA CRUZ; GIOVANNA PINHO PEREIRA; MATHEUS GONÇALVES SILVA; LUIZ GUSTAVO DE OLIVEIRA E SILVA; RAFAELA CIARLINI CAMPBELL; BRUNO BARBOSA LIMA. HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: A obesidade é uma doença crônica com etiologia multifatorial. É definida por $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ e se associa ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica (HAS), osteoartrite.

O tratamento conservador com mudanças comportamentais e uso de medicamentos tem menor resposta comparada a cirurgia bariátrica (CB). O bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) é a principal opção. Pacientes com $IMC > 35$ com comorbidades relacionadas à obesidade ou $IMC > 40$ há indicação de CB. O objetivo desse relato é apresentar a abordagem cirúrgica Videolaparoscópica (VLP) de paciente com superobesidade ($IMC > 50 \text{ kg/m}^2$)

Relato do caso: Paciente de 42 anos, obesa desde a infância e restrita ao leito desde 2016, iniciou tratamento no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal de Ipanema (HFI) em dezembro/2020. Os antecedentes médicos incluíam HAS em uso de hidralazina, depressão em uso de sertralina; cirurgias prévias: cesárea, hernioplastia umbilical devido a hérnia encarcerada e 3 colocações de balão intragástrico (BIG) em outro serviço, apresentando episódios de perda e reganho de peso. O valor máximo aferido neste período foi de 260kg ($IMC 102,84$), em 2017, e mínimo de 214kg ($IMC 84,64$), em 2018.

Na 1ª consulta, optou-se por internação hospitalar (IH) para perda ponderal, não sendo possível realizar pesagem pois excedia o peso limite da balança (último peso aferido em 2019: 241kg- $IMC 95$). Foi acompanhada por equipe multidisciplinar composta por Cirurgia Geral, Nutrição, Fisioterapia e Psicologia. O plano alimentar era dieta restrita de 1000kcal/dia. Após 4 meses, devido a pandemia de COVID-19, a paciente recebeu alta hospitalar. Neste momento, realizou-se a primeira pesagem no hospital: 211kg e $IMC 83$.

Foram agendadas visitas domiciliares pela equipe que constataram uma menor adesão ao tratamento. Reinternou em novembro/2021 pesando 249kg, superando o último peso aferido.

Retornou ao plano nutricional inicial e novamente apresentou boa resposta, com perda de 25kg em 3 meses, sendo indicada a cirurgia. Em março/2022, foi realizada BGYR VLP. O pós-operatório (PO) imediato ocorreu em ambiente de terapia intensiva, sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar após 1 mês, com 204kg. Na última avaliação com 4 meses de PO paciente conseguiu ficar de pé em casa.

Discussão: A CB em superobesos impõe desafios, já que apresenta risco aumentado de mortalidade e complicações, além de limitações de testes diagnósticos e dificuldades logísticas com mesas operatórias, equipamentos, equipes de mobilidade e procedimentos invasivos à beira leito de monitorização e suporte.

O protocolo de CB do HFI sugere avaliar no preparo pré-operatório a IH para emagrecimento de pacientes superobesos com dificuldade de mobilização, como foi o caso apresentado.

Estudos atuais demonstram que BGYR é a técnica cirúrgica mais eficaz em pacientes superobesos, proporcionando uma maior perda ponderal e resolução de comorbidades relacionadas à obesidade.

Palavras-chave: OBESIDADE; BYPASS GÁSTRICO; BARIÁTRICA.

REPERCURSSÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA EM CURTO PRAZO (6 MESES) SOBRE OS NÍVEIS DE SARCOPENIA EM PACIENTES HOMENS E MULHERES DE UMA CLÍNICA PRIVADA DO RIO DE JANEIRO

SHIRLEI LACERDA DE OLIVEIRA¹; ANDRÉ MANOEL CORREIA DOS SANTOS¹; ADALGIZA MAFRA MORENO¹; MAURICIO EMMANUEL GONÇALVES VIEIRA²; FABIO FRANÇA³; GLAUCIO BORGES MORAES¹; JAVERT DO CARMO AZEVEDO FILHO¹. 1. UNIG, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 2. CLÍNICA DR MAURICIO EMMANUEL, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. CLÍNICA DR MAURICIO EMMANUEL, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL.

Objetivo: avaliar o impacto da perda rápida de peso induzida pela cirurgia bariátrica em período curto (seis meses) sobre os níveis de sarcopenia de homens e mulheres. **Método:** Trata-se de um estudo clínico, observacional analítico, retrospectivo e quantitativo que foi realizado através do Banco de Dados de uma clínica no RJ. Participaram da pesquisa os indivíduos com obesidade do banco de dados desta clínica. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguaçu-UNIG, com número de protocolo: CAAE 13926719.5.0000. Foram avaliados pacientes submetidos a cirurgia bariátrica entre os anos de 2011 a 2021 que foram submetidos a avaliação por bioimpedância elétrica do modelo *inbody* 520. A sarcopenia foi aferida pela fórmula de Baumgartner: índice de massa muscular apendicular (IMMA) = somatório da massa magra de membros superiores e inferiores (em kg) dividido pelo quadrado da altura (em metros). **Resultados:** Foram estudados 508 voluntários, sendo 73,6% mulheres e 26,4% homens. A mediana de idade dos participantes foi de 36 anos, sendo o mais novo com 15 e o mais velho com 71 anos. De acordo com a OMS, a população estudada se encontrava com perfil nutricional de obesidade mórbida ($IMC = 41,5 \pm 6,5 \text{ kg/m}^2$) no momento pré cirurgia. Com relação ao nível de sarcopenia, os participantes da pesquisa apresentavam média de IMMA de $8,7 \pm 0,8 \text{ kg/m}^2$. Ao separarmos por sexo, as mulheres tinham mediana de idade de 36 anos, sendo a mais nova com 16 anos e a mais velha com 68 anos, com média de IMC de $40,8 \pm 6,5 \text{ kg/m}^2$ (obesidade mórbida) e IMMA de $8,2 \pm 0,8 \text{ kg/m}^2$. Com relação aos homens, a mediana de idade foi 38,5 anos, sendo o mais novo com 15 anos e o mais velho com 71 anos, perfil nutricional de obesidade mórbida ($IMC = 43,6 \pm 5,9 \text{ kg/m}^2$) e IMMA de $10,2 \pm 0,9 \text{ kg/m}^2$. De acordo com o sexo, os pontos de corte para sarcopenia são: IMMA $< 7,26 \text{ kg/m}^2$ para homens e $< 5,5 \text{ kg/m}^2$ para mulheres. Seguindo esses critérios, não foram encontrados pacientes com sarcopenia, o menor IMMA entre as mulheres foi de $6,2 \text{ kg/m}^2$ e para os homens foi de 8 kg/m^2 . Ao compararmos o IMMA entre homens e mulheres, observa-se que os homens possuem maior IMMA do que as mulheres (+24,4%, $p < 0,0001$). Após seis meses de CB, observa-se redução significativa de 29,6% do IMC ($29,2 \pm 5,7 \text{ kg/m}^2$, $p < 0,0001$), além disso, nota-se redução de 4,6% do IMMA ($8,3 \pm 1,3 \text{ kg/m}^2$, $p < 0,0001$), com homens e mulheres apresentando a mesma redução do IMMA após a CB (-4,9%, $p < 0,0001$). Ao compararmos o IMMA entre homens e mulheres no pós CB, observa-se que os homens continuam com IMMA maior do que as mulheres (+24,4%, $p < 0,0001$). Com relação a frequência, somente 2 mulheres e 1 homem apresentaram sarcopenia após 6 meses de CB. **Conclusões:** Apesar da grande perda de peso apresentado pelos participantes do estudo nos primeiros meses pós CB, não foi encontrada frequência alta de sarcopenia, nem redução drástica do IMMA, mostrando preservação da massa muscular após 6 meses de CB.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica ;sarcopenia ;obesidade .

Tratamento Cirúrgico de Cisto de Colédoco Associado à Super Obesidade

PAULO ROBERTO FALCAO LEAL¹; ALFREDO DE CASTRO LEIRAS GOMES²; NELSON PINHEIRO MACHADO FIOD¹; DANIEL ANDRES SORNOZA ARIAS²; JUAN JOSE AMPUERO CABRERA²; JUDITH JULIANA ORTEGA VALENCIA²; POLIBIO EDUARDO COPPIANO ESPINEL². 1. INSTITUTO DE PÓS GRADUAÇÃO MEDICA CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. INSTITUTO DE POS GRADUAÇÃO MEDICA CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Descrito inicialmente por Douglas* em 1852, o cisto de colédoco é uma anomalia congênita que acomete tanto as vias biliares extra-hepáticas quanto as intra-hepáticas, sendo classificado em cinco tipo. Sua incidência varia geograficamente, chegando a 1:1000 em países asiáticos, e de 1:100.000 a 1:150.000 e países ocidentais). As mulheres são afetadas duas a quatro vezes mais que os homens(5). A maioria dos casos é diagnosticada na infância, sendo 60% antes dos 10 anos e 25% após 20 anos(5), desse modo sua apresentação em adultos é rara e está frequentemente associada a complicações do cisto(6,7,8). Apesar da época do diagnóstico os princípios terapêuticos consistem em exérese do cisto e reestruturação da comunicação bileo-digestiva através de tratamento cirúrgico com realização de hepático-jejuno anastomose em Y de Roux . Cistos de colédoco congênitos ou cistos biliares congênitos não possuem herança familiar(10) e dentre as anomalias anatômicas das vias biliares, o cisto de colédoco é o mais freqüente após a atresia de vias biliares.

Os cistos biliares são classificados de acordo com a localização, extensão e forma. Em 1959 Alonso-Lej⁵ propuseram classificação que englobava apenas cistos biliares extra-hepáticos. Essa classificação foi modificada por Todani em 1977⁶, que incorporou as dilatações intra-hepáticas^{1,4}. Apresentamos um caso de cisto de colédoco tipo I da classificação de Todani et al, 1977² em adulto

descrevemos o caso de uma paciente do sexo feminino que procurou assistência devido à episódios anteriores de cólicas biliares CA 19-9, alfa-feto proteína e CEA foram normais. Exames de imagem do abdome mostraram lesão cística em topografia de colédoco e cabeça de pâncreas.

Exame físico evidenciava Índice de massa corporal de 52 Kg/m², sendo proposto tratamento simultâneo para obesidade associado À ressecção de cisto de colédoco.

Palavras-chave: obesidade;cisto de coledoco;cirurgia.

Tratamento conservador na complicação do uso inadequado do balão gástrico

ISABELLA ALMEIDA MOTTA; BÁRBARA DE MELO THEOBALDO; PALOMA APARECIDA FREITAS DUARTE; CLARA MARQUES DE CASTRO; MATHEUS REZENDE LIMA; SARA FERREIRA DESTRO; RACHID GUIMARAES NAGEM; PAULO DE TARSO VAZ DE OLIVEIRA. IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A obesidade é uma doença crônica e multifatorial, considerada um problema de saúde pública no mundo. O balão intragástrico (BIG) é opção de tratamento desta patologia, quando associado ao acompanhamento de equipe multidisciplinar, modificação dos hábitos alimentares e exercício físico adequado. Complicações são incomuns, mas podem ocorrer, principalmente se não respeitado o tempo de uso. **Relato do caso:** BLC, 42 anos, no Pronto Atendimento, refere urina azulada, além de epigastralgia leve e recorrente. Nega febre, náuseas, vômitos, alterações urinárias e intestinais. Relata posicionamento de BIG há dois anos, apesar da orientação de não permanecer com o dispositivo por mais de seis meses. Tomografia computadorizada identificou material de densidade aumentada em íleo terminal, compatível com balão roto e sua sonda. Ausência de distensão de alças, líquido livre, pneumoperitônio e densificação de gordura. Devido a estabilidade da paciente e ausência de sinais obstrutivos, optou-se por tratamento conservador com reavaliações seriadas. A paciente manteve-se com bom estado geral, com expulsão do balão no quarto dia de observação. Recebeu alta em boas condições. **Discussão:** O BIG é um bezoar artificial que ocupa espaço no estômago, reduz ingestão de alimentos e induz saciedade. Além da perda de peso, melhora esteatose hepática, resistência à insulina e outras comorbidades. A maioria tem duração de implantação de seis meses, podendo chegar a 1 ano com os modelos Spatz. As indicações ao uso de BIG são IMC > 27 kg/m², manutenção de perda de peso a longo prazo com dieta e exercícios, pacientes com IMC > 40 kg/m² que não desejam cirurgia bariátrica, pacientes com IMC > 50 kg/m² como terapia ponte para cirurgia, paciente com sobrepeso e esteatose hepática. Apesar de raras, complicações podem ocorrer e serem graves, como lesões esofágicas, ruptura do balão, migração, impactação, úlceras, sangramentos no TGI, perfuração e pancreatite. Obstrução intestinal é uma complicação rara e pouco descrita. Ocorre devido a migração do balão desinsuflado pelo intestino e o risco aumenta após seis meses da inserção. Em um estudo com 4240 pacientes, obstrução causada pela migração do balão roto ocorreu em apenas 7 casos. O diagnóstico é feito em contexto de emergência e confirmados por exames de imagem. Um sinal precoce da ruptura é a urina azul devido a absorção do azul de metileno presente no interior dos balões. O tratamento conservador é alternativa no paciente estável caso balão possa passar pelo TGI sem complicações. Se o paciente instabilizar ou o balão não for eliminado após de 48 horas, remoção cirúrgica é uma opção. No caso relatado, a paciente estava assintomática e foi optado por tratamento conservador, com bom resultado. O relato nos alerta não só para a importância da necessidade de retirar o BIG no tempo correto, como também para a possibilidade de sucesso do tratamento conservador da migração, mesmo decorridos mais de 48 horas da ruptura.

Palavras-chave: Balão gástrico;Complicação;Ruptura.

Trombose da veia porta após gastrectomia vertical: série de casos.

GUILHERME TOFANE MAIA VILASBOAS¹; MARIA CLARA LEAL CHAVES¹; MARCELO GOMES GIRUNDI¹; RODRIGO FARIA CARDOSO¹; CAROLINA SIQUEIRA OLIVEIRA¹; VELSIA CORREIA DA SILVA REIS¹; ANNA TEREZA LAFETÁ²; JÚLIA SANTOS DE ALENCAR¹. 1. HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MONTES CLAROS, MONTES CLAROS - MG - BRASIL.

A gastrectomia vertical laparoscópica é uma técnica bem estabelecida para o tratamento da obesidade mórbida. Contudo, das complicações pós operatórias possíveis, a trombose da veia porta destaca-se. Apesar de rara, é grave, com consequências potencialmente danosas. O maior risco trombótico nesta técnica cirúrgica pode estar associada à ressecção de aproximadamente 80% da área gástrica, com alteração da anatomia vascular e maior processo inflamatório nesta região, predispondo à coagulopatias. Também, associado a pacientes que não recebem hidratação adequada no per e pós-operatório. Objetivo: Analisar três casos de pacientes submetidos à gastrectomia vertical laparoscópica que apresentaram como complicação pós-operatória o desenvolvimento de trombose da veia porta entre novembro de 2020 e junho de 2022. Método: Os seguintes dados foram analisados; idade, sexo, índice de massa corporal (IMC), fatores de risco de trombose, técnica cirúrgica, profilaxia tromboembólica, resultados da cirurgia primária, características clínicas, tratamento, rastreio para trombofilia e propedêutica ambulatorial, incluindo exames de imagem e achados endoscópicos. Resultados: Dos três casos acompanhados observamos que os sintomas iniciais que levaram os pacientes a procurarem atendimento médico no pós operatório tardio foram principalmente dor abdominal e vômitos. Foram realizadas angiotomografias para elucidação diagnóstica da Trombose Portal. A média de idade foi de 38 anos e duas pacientes eram mulheres. O IMC médio foi de 41,6 kg/m². Uma delas em uso de contracepção oral previa a cirurgia. Nenhum paciente apresentava história de tabagismo. Todos os pacientes receberam tratamento anticoagulante e nenhum necessitou de abordagem cirúrgica da trombose. O tempo médio de internação foi de oito dias. Todos os pacientes progrediram com recanalização completa ou quase completa da Veia Porta durante o período de internação. Nenhum paciente apresentou teste de trombofilia positivo. Não foram observados achados endoscópicos de hipertensão portal. Resultados: Observamos em nossa série o aumento na incidência de trombose venosa principalmente nos pacientes que não seguiram as recomendações de hidratação via oral no pós-operatório. Os pacientes acompanhados com essa complicação responderam de maneira positiva à anticoagulação. O tratamento com anticoagulantes mostrou-se eficaz, podendo ser considerado como primeira opção para a abordagem inicial. A hidratação vigorosa também se mostrou conduta essencial no pós-operatório desses pacientes, devendo ser sempre estimulada. Conclusão: O diagnóstico precoce, a terapia anticoagulante imediata e a hidratação vigorosa podem levar a diminuição da gravidade da Trombose Portal, reduzindo os sintomas, a hipertensão portal extra-hepática e a mortalidade. No entanto, é necessário um acompanhamento cuidadoso para avaliar o impacto da trombose na evolução a longo prazo dos pacientes.

Palavras-chave: trombose portal;complicações sleeve;anticoagulação sleeve.

Abordagem do Nevo Sebáceo de Jadassohn

PAOLA SOARES CARDOSO; PAULA GOMES LOPES TELLES; HELENA VICTÓRIA AZEVEDO CUNHA DA FONTE; ANA CAROLINA AZEVEDO; BEATRIZ CARVALHO DE OLIVEIRA; CAMILA MONTEIRO GONÇALVES DA COSTA; TUANI DE OLIVEIRA CASTRO; MARCELA GUEDES MACIEL VIEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

O nevo sebáceo de Jadassohn (NSJ) é uma desordem hamartomatosa congênita da pele e seus anexos caracterizada principalmente por lesão de face e couro cabeludo, contendo glândulas sebáceas excessivamente grandes e apresentando hiperplasia epidérmica papilomatosa. É considerado uma lesão pré-cancerosa, na idade adulta, que têm de 10% a 20% risco de desenvolvimento de neoplasia cutânea ou anexial. Este é um relato de caso de NSJ no couro cabeludo, de um paciente do do Hospital Universitário Antônio Pedro, que apresentou modificações de tamanho e aspecto após 14 anos. Paciente masculino, 16 anos, hígido, portador de NSJ no couro cabeludo parietal à direita, apresentando uma lesão em placa verrucosa com crosta amarelada de 3x3 cm de diâmetro, a qual foi realizada a biópsia prévia pela Dermatologia. O paciente foi encaminhado para a exérese da lesão, sendo realizada a excisão completa desta com bordas de 0,5 cm, além da reconstrução do local por meio de uma síntese primária, após amplo descolamento de escalpo no plano subgaleal. Foram realizadas incisões de relaxamento na gálea para obter maior avanço dos retalhos e fechamento do defeito residual. A ressecção teve resultado esteticamente satisfatório após reconstrução. Não houveram intercorrências ou sinais de infecção secundária durante o pós operatório. O NSJ se apresenta mais frequentemente em couro cabeludo, parte central de face e regiões retroauriculares e temporais. Apresenta como características histopatológicas hiperplasia da epiderme, folículos pilosos degenerados, glândulas sebáceas e glândulas apócrinas ectópicas, e apresentação de um estado proliferativo com distribuição em mosaico somático. A história natural do NSJ é dividida em estágio infantil inicial, com hiperplasia papilomatosa e folículos pilosos imaturos, seguido pela expansão puberal com o desenvolvimento das glândulas sebáceas estimuladas por hormônios sexuais e maturação das glândulas apócrinas, podendo originar neoplasias epiteliais benignas e malignas, sendo mais comum os tumores benignos, tendo o tricoblastoma como o mais frequente, em 16% dos casos, que os tumores malignos, tendo o carcinoma basocelular como o mais frequente, em 8% dos casos. O tratamento cirúrgico é indicado idealmente antes da segunda etapa, mediante o fator de risco do NSJ evoluir para lesões malignas secundárias e/ou a própria progressão da lesão com resultados menos estéticos e a interferência na autoestima do paciente se a intervenção for tardia, sendo claramente indicado uma exérese cirúrgica profilática nesses casos. Contudo, a abordagem cirúrgica profilática não é uma regra, podendo ser avaliado cada caso mediante o acompanhamento rigoroso da lesão e dos seus fatores de risco para a malignidade, já que a maioria dos tumores secundários associados ao NSJ são benignos. Na exérese da lesão, é necessária a ressecção, no mínimo, com margens de 2 a 3 mm, já que o NSJ se estende para as estruturas anexiais.

Palavras-chave: Nevo Sebáceo de Jadassohn; Neoplasia; Retalhos Cirúrgicos.

Manejo dos quelóides no pós-cirúrgico

CLARA PONTES WERNECK RAMOS; BRUNA CARNEVALE; BARBARA LO VISCO OLIVEIRA; LUANA PINTO DA SILVA; VITOR MIRANDA ALBO CARDOZO; IZABELLA ROCHA LOBO; PAULA DE OLIVEIRA E PAIVA. FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Quelóides são respostas exacerbadas do mecanismo de reparo tecidual, apresentam-se com um crescimento anormal além do limite bem definido da lesão e não regredem espontaneamente, diferente das cicatrizes hipertróficas. As principais etiologias dessa lesão são trauma cirúrgico, queimaduras, aplicação de piercing e tatuagem. A incidência de quelóide secundária à cirurgia ainda não é bem descrita mas sabe-se que, em geral, eles ocorrem mais em negros e europeus. Nesse sentido, objetiva-se discutir o manejo dos quelóides no pós-cirúrgico, uma vez que sua presença afeta psicologicamente os indivíduos que as possuem e causam sintomas desconfortáveis como prurido e dor. O presente trabalho busca abordar as diferentes formas de abordagem à cicatriz quelóideana. **MÉTODO:** Foi feita uma revisão bibliográfica nas bases de artigos da Revista Brasileira de Cirurgia Plástica e pelo livro do Rubem David Azulay, Dermatologia 7ª edição no espaço amostral de 2017 a 2019. Foram inseridas as palavras-chave: “quelóide” e “pós-cirúrgico”. **RESULTADOS:** Sabe-se que a cicatriz quelóideana é patológica ocorrendo a partir da hiperproliferação de fibroblastos e possui padrão autossômico dominante além de características imunológicas como IgM e IgG aumentadas, IgA diminuída, produção de alfa interferon, gama interferon e fator de necrose tumoral beta muito diminuída, além de dentrócitos ricos em fator XIIIa, que limita o colágeno cicatricial. Dentre as opções terapêuticas para quelóides, estão: cirurgia, betaterapia, corticóides, compressão, lâminas de silicone, laser, crioterapia, bloqueadores dos canais de cálcio, interferons e outros agentes como o minoxidil, a pentoxifilina, a putrescina e antiandrogênicos tópicos. Destacam-se como condutas gerais para a prevenção como forma de manejo, sendo elas, evitar exposição solar 30 dias no pré-operatório e 60 dias no pós-operatório, evitando ainda exposição solar por 6 meses quando houver tratamento conservador. Além disso, utilizar microporagem de 30 até 60 dias, ressuturar deiscências e mobilizar articulações. Quando a quelóide já se encontra estabelecida inicia-se terapia combinada: Triancinolona intralesional na periferia e áreas elevadas, 10 mg/cm total de 40-80 mg por lesão, 3x semana por 3 semanas à 2/4 semanas; associada à Placas de Silicone, Crioterapia, Laser ablativo (cicatriz escura e elevada). Recomenda-se a orientação do paciente sobre risco de recorrência e acompanhamento mínimo de 6 meses. No caso de tratamento cirúrgico, poupar borda e associar a radioterapia de elétrons nas 24h iniciais, mantendo terapia de compressão de 6 a 12 meses. **CONCLUSÃO:** Com base na análise dos estudos acerca do manejo dos quelóides pós cirúrgicos, infere-se portanto, na necessidade da realização de medidas preventivas à essa resposta cicatricial exagerada e a abordagem multifuncional a partir da existência da mesma, envolvendo não somente a exérese cirúrgica, mas também o tratamento para que não haja recorrência desse.

Palavras-chave: Quelóide; Pós-cirúrgico; Cicatriz hipertrófica.

O uso do Retalho de Limberg

CLARA PONTES WERNECK RAMOS; ALEXIA PHEBO; PAULA DE OLIVEIRA E PAIVA; JANAINA FERNANDES CERQUEIRA BATISTA; LETÍCIA MARIA SALAS JULIO; BRUNA ALBUQUERQUE DE SOUZA. FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O Retalho de Limberg ou Retalho Rombóide é universalmente conhecido como um retalho seguro e versátil sendo usado para diversas especialidades cirúrgicas. Essa técnica é utilizada, especialmente, na face pela textura e cor similar dos tecidos vizinhos. O Retalho de Limberg traduz menos complicações, logo é muito presente na prática cirúrgica. **OBJETIVO:** O presente trabalho objetiva elucidar as vantagens do uso o retalho de Limberg. **MÉTODO:** O presente estudo é uma análise retrospectiva de literatura. Os artigos foram selecionados pela plataforma digital Scielo, e por publicações especializadas da Sociedade Brasileira de Dermatologia, Revista Brasileira de Cirurgia Plástica e a Arquivos Catarinenses de Medicina, entre 2012-2022. Utilizaram-se como descritores: “retalho de limberg”, “retalho seguro” e “prática cirúrgica”. **RESULTADOS:** A análise retrospectiva de casos em que o retalho de Limberg foi utilizado demonstrou tratar-se de uma técnica de fácil execução, com ótima evolução e viabilidade vascular. Ademais, seu uso foi relacionado ao fato de proporcionar recuperação funcional e estética das áreas acometidas, além de oferecer preservação e baixa tensão dos tecidos, comparado ao fechamento primário das lesões. Foi empregado majoritariamente em cirurgias reconstrutoras de neoplasias cutâneas com predomínio do carcinoma basocelular. A região malar e temporal foram os principais sítios anatômicos acometidos. Todos os casos apresentaram margens de ressecção livres e não houve nenhuma recidiva no período de 6 meses. As complicações locais que houveram foram epidermólise, necrose parcial e infecção de sítio, porém, de fácil manejo e solucionadas de forma conservadora. Não foram descritas complicações sistêmicas. **CONCLUSÃO:** Com isso, é possível concluir que mesmo com suas possíveis complicações locais, que são de fácil resolução, o Retalho de Limberg é uma ótima opção por ser versátil e seguro por sua boa evolução e viabilidade vascular. Ademais, ele possui excelente recuperação funcional e estética, sendo ideal para cirurgias reconstrutoras.

Palavras-chave: retalho de limberg;retalho seguro;prática cirúrgica.

Reconstrução labial com retalho de Gilles bilateral após ressecção de carcinoma espinocelular.

ANA CLARA ARIDI DE SOUZA¹; BRUNA MARIA BERENYI DA MOTTA¹; JOÃO LUCAS GONÇALVES DE MORAES². 1. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - UNESA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Os tumores malignos do lábio representam cerca de 1-2% das neoplasias cervicofaciais. Essas lesões são frequentemente carcinomas de células espinosas e carcinomas basocelulares (25% de todos os cânceres orais). O carcinoma espinocelular (CEC) oral, particularmente, relaciona-se ao tabagismo e uso de bebidas alcoólicas. Atualmente, as propostas terapêuticas incluem cirurgia e/ou radioterapia. O objetivo deste trabalho é relatar uma ressecção de CEC, com reconstrução de lábio inferior com retalho de Gilles bilateral, além de retalho de língua. **RELATO DE CASO:** Paciente M.L.B 66 anos, portadora de CEC em lábio inferior e carcinoma basocelular em sulco nasogeniano/asa nasal esquerda. Em 23/05/2022 foi abordada para ressecção de lesões em lábio inferior (mais de 80%) e de sulco nasogeniano/asa nasal associada a esvaziamento cervical. A reconstrução labial foi realizada com retalho de Gilles bilateral juntamente a retalho de língua para restauro do vermelhão do lábio. Um enxerto de pele total pré auricular foi utilizado para reparo do defeito nasal. Uma segunda abordagem no dia 24/06/2022 teve como finalidade a reconstrução do lábio inferior com liberação de língua e refinamento de retalhos. **DISCUSSÃO:** A reconstrução labial requer um empenho particular para o cirurgião plástico, de forma a preservar, tanto quanto possível, a harmonia facial e funcionalidade. Seu papel no equilíbrio estético, expressão e fala não é replicado por nenhum outro substituto tecidual. Inúmeras técnicas foram desenvolvidas e descritas visando bons resultados funcionais e estéticos. O tratamento de primeira linha para o CEC labial requer excisão total do tumor com margens livres de neoplasia. Defeitos que abrangem mais de 1/3 do lábio necessitam de procedimentos mais complexos. O retalho de Gilles, optado no caso em questão, consiste na projeção da comissura e lateral do lábio inferior para cobertura de lesão localizada no lábio inferior, configurando um retalho de espessura total. Apresenta como vantagem a preservação da comissura labial e a sua cicatriz principal, a mais longa, é posicionada ao longo, ou até mesmo em cima, do sulco nasogeniano, tornando-a menos aparente no longo prazo. Por outro lado, a microstomia pode ser uma consequência esperada. A área do vermelhão labial representa uma reconstrução complexa tanto morfolologicamente quanto anatomicamente. A utilização de um retalho miomucosoventral da língua foi a técnica empregada. Considerando a drenagem linfática regional, o risco de metástases ocultas e o pior prognóstico relacionado à recidiva cervical, optou-se também pelo esvaziamento cervical na primeira abordagem. Ambos procedimentos obtiveram evolução favorável do ponto de vista funcional e estético. **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** Renner GJ. Reconstruction of the lip. In: Baker SR, ed. Local flaps in facial reconstruction. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2008.

Palavras-chave: retalho de Gilles; Reconstrução labial; carcinoma espinocelular.

RECONSTRUÇÃO PERINEAL COM RETALHO FASCIOCUT NEO SÚPERO-MEDIAL DA COXA BILATERALMENTE APÓS SÍNDROME DE FOURNIER

EMERSON WESLEY DE FREITAS CORDEIRO¹; NICOLE SOUZA HENRIQUES¹; MARCELO DE AVILA TRANI FERNANDES²; ALEX LIMA SOBREIRO²; FELIPE LEMOS³; NATÁLIA DE OLIVEIRA DUARTE DINIZ²; TALITA DOURADO ROCHA²; LAURA SILVA DE OLIVEIRA². 1. HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução:

A Síndrome de Fournier é uma doença que acomete os tecidos da área genital e perianal com alta taxa de mortalidade, afetando principalmente homens com mais de 50 anos. Comorbidades como diabetes mellitus, alcoolismo, obesidade e condições que levem a imunossupressão são consideradas fatores de risco. O paciente apresenta dor súbita e edema genital ou perineal, febre, progredindo para necrose tecidual. O desbridamento cirúrgico do tecido desvitalizado é obrigatório, além de reposição volêmica intensiva e antibióticos de amplo espectro. Após estabilização clínica os pacientes podem precisar de correção dos defeitos de pele e tecidos moles. A reconstrução escrotal deve manter as características fisiológicas e estéticas dentro do possível. Este trabalho tem como objetivo descrever a utilização do retalho fasciocutâneo súpero-medial da coxa para a reconstrução perineal após desbridamento cirúrgico da região por Síndrome de Fournier.

Relato de Caso: Paciente de 48 anos, portador de Diabetes Mellitus Tipo 2 sem tratamento, admitido na Emergência do Hospital Estadual Getúlio Vargas (RJ) com relato de dor e eritema em região perineal com dois dias evolução, sendo diagnosticada Síndrome de Fournier. Realizado desbridamento cirúrgico da base do pênis, testículos e glúteo esquerdo e sigmoidostomia em alça, além de antibioticoterapia de amplo espectro e acompanhamento com a comissão de feridas, que indicou curativo com Polihexametileno de Biguanida (PHMB) e Papaina 10%. Após compensação clínica, e melhora do aspecto da ferida, foi solicitado avaliação da equipe de Cirurgia Plástica, sendo realizado confecção de retalho fasciocutâneo súpero-medial da coxa bilateralmente para cobertura da ferida. Paciente apresentou boa evolução recebendo alta hospitalar no décimo terceiro dia de pós operatório.

Discussão: O tratamento reconstrutor ideal é aquele que permite funcionalidade adequada e aspecto mais estético possível. O retalho súpero-medial da coxa possui rica vascularização, sendo utilizado com segurança em pacientes diabéticos e vasculopatas. Ele repõe satisfatoriamente as áreas perdidas de pele escrotal, é de fácil e rápida execução técnica e produz excelentes resultados estéticos tanto na área doadora como receptora, com cicatrizes pouco visíveis. Além destas vantagens, o retalho é confeccionado em tempo único, mantém a sensibilidade local e proporciona uma melhora psicológica do paciente em relação à cobertura das estruturas até então expostas. A maior desvantagem do retalho é a disponibilidade da área doadora da coxa. Portanto, corroborando com os dados da literatura, o retalho súpero-medial da coxa representa uma ótima opção para reconstrução perineal por ser facilmente executado, promover boa cobertura do testículo e não produzir sequela na área doadora, proporcionando bons resultados estéticos e funcionais a longo prazo.

Palavras-chave: SÍNDROME DE FOURNIER; RETALHO FASCIOCUTÂNEO DE COXA; RECONSTRUÇÃO.

RELATO DE CASO: MEDIASTINITE APÓS REVASCULARIZAÇÃO DE MIOCÁRDIO

JULIA MEDINA FARIA; DIEGO GOMES DEVEZA; GIULIANA LEANDRO DE SOUSA FREITAS; MARIANA SILVA DOS SANTOS; JULIA CARVALHO BEBBER. UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO CAXIAS, RJ - RJ - BRASIL.

PACIENTE MASCULINO DE SESSENTA E SEIS ANOS, COM RELATO DE REVASCULARIZAÇÃO DE MIOCÁRDIO DEVIDO À OCLUSÃO DE 90% DE ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR APRESENTA NO DÉCIMO QUINTO DIA DE PÓS-OPERATÓRIO FEBRE E ABAULAMENTO DE FERIDA OPERATÓRIA. A DRENAGEM DA COLAÇÃO FOI REALIZADA PELA EQUIPE DE CIRURGIA CARDÍACA SEM SUCESSO COM DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA E EXPOSIÇÃO DO ESTERNO NO VIGÉSIMO DIA DE PÓS OPERATÓRIO. COMO A FERIDA OPERATÓRIA APRESENTAVA EXSUDATO EM EXCESSO, SUSPEITOU-SE DE MEDIASTINITE. APÓS O INSUCESSO DESSA ABORDAGEM E ESSA SUSPEITA CLÍNICA, FOI SOLICITADA A AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA, QUE REALIZOU DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO COM COLETA DE MATERIAL PARA AVALIAÇÃO DE CULTURA E, ENFIM, TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA COM GRANOFOAM. APÓS SETE DIAS DO PRIMEIRO DESBRIDAMENTO, FOI FEITO UM SEGUNDO, HAVENDO ENFIM O SUCESSO DA CICATRIZAÇÃO APÓS TRINTA E QUATRO DIAS DA ABORDAGEM DE REVASCULARIZAÇÃO DE MIOCÁRDIO E AVANÇO DO MÚSCULO PEITORAL MAIOR E COLOCAÇÃO DE PREVENA PARA FECHAMENTO DA LESÃO.

Palavras-chave: MEDIASTINITE;CICATRIZAÇÃO;DESBRIDAMENTO.

Utilização de Terapia Por Pressão Negativa no Tratamento de Úlceras por Pressão

LUÍSA VIEIRA AARÃO REIS; IRENE DAHER BARRA. HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: A terapia por pressão negativa (TPN) ou a vácuo foi introduzida em 1997 e, desde então, popularizou-se entre os profissionais ligados ao tratamento de feridas complexas. Seus benefícios incluem controle do edema, redução do número de colônias bacterianas, aumento do fluxo sanguíneo local e proliferação do tecido de granulação. O objetivo deste trabalho é analisar o uso da TPN em uma paciente com úlcera de pressão extensa e profunda internada no Hospital Municipal Souza Aguiar, no Rio de Janeiro.

Relato do caso: M.L.S., sexo feminino, 51 anos, obesa, hipertensa, diabética e paraplégica por Esclerose Múltipla apresenta extensa úlcera de pressão sacral, com necrose e infecção local. Na enfermaria de Cirurgia Geral, foi submetida a desbridamento, antibioticoterapia e controle dos níveis glicêmicos. A Cirurgia Plástica foi acionada para avaliar a ferida, para a qual foi indicada TPN. Realizou-se desbridamento no leito e aplicou-se o sistema Renasys®. Houve melhoria da ferida, mas sua proximidade com o ânus levava à contaminação fecal frequente e à dificuldade de aderência do filme. Solicitou-se colostomia de proteção para o isolamento da lesão. A paciente foi submetida ao procedimento e a novo desbridamento, com manutenção da TPN. Recebeu antibioticoterapia de amplo espectro e reposição de albumina e concentrado de hemácias. Foi transferida para a enfermaria de Cirurgia Plástica, onde ocorreram 5 trocas de sistema. Observou-se expressiva redução de diâmetro da ferida, edema perilesional e exsudato, bem como aumento do tecido de granulação. No entanto, por problemas sociais, ela se mantém internada. A indicação cirúrgica é controversa, pois não há retalho local disponível para a reconstrução, e a auto-enxertia cutânea também não é um tratamento adequado para lesões deste porte. A ferida deverá manter sua evolução até o fechamento por segunda intenção, desde que se conservem cuidados básicos de higiene e controle das comorbidades.

Discussão: A TPN já é considerada tratamento de rotina em vários países e em alguns serviços no Brasil. O custo inicial elevado se dilui se considerados benefícios como redução da troca de curativos, que podem exigir material específico, profissionais capacitados, uso de centro cirúrgico e espoliação do paciente. A TPN permite ainda redução no tempo de internação, levando a um índice de giro mais eficaz. No caso relatado, a terapia foi fundamental para solucionar um tratamento longo e complexo que poderia resultar em complicações, inclusive óbito, tendo em vista as comorbidades da paciente.

Referências:

1. Argenta LC, Morykwas MJ. Vacuum assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. *Ann Plast Surg.* 1997;38:563-73
2. Morykwas MJ, Argenta LC. Vacuum assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg.* 1997;38:553-62
3. Ferreira MC, Paggiaro AO. Terapia por pressão negativa a vácuo. *Rev Med(SP).* 2010 Jul-dez;89(3/4);142-6

Palavras-chave: Terapia por pressão negativa;Úlcera por pressão;Feridas complexas.

CIRURGIAS PARA TROCA VALVAR NO SUS DE 2012 A 2022 (CIRURGIA DE EBSTEIN)

EMANUELLI DA SILVA MONÇÃO SOARES¹; CARLOS JOSÉ BARBOSA DE CARVALHO²; JULIA MARIA MENDONÇA MACHADO PINHEIRO¹; BRUNA ALBUQUERQUE DE SOUZA²; GÉSSICA SILVA CAZAGRANDE³. 1. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, ANGRA DOS REIS - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

OBJETIVOS Observar o comportamento das cirurgias de troca valvar, considerando os últimos 10 anos, os gastos ligados, seu caráter de atendimento, assim como o nível de mortalidade por região. **MÉTODOS** O presente artigo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, onde foram usados artigos da plataforma google acadêmico dos anos 2014-2022 e dados do DATASUS do período de 2012-2022 com a utilização do rastreamento por filtros relacionando região, número de internações eletivas e de urgência e procedimento realizados- anomalia de Ebstein. Usou-se também a filtragem por valor total, mortalidade e óbitos, região e estado onde ocorreram tais atendimentos. **RESULTADOS** No período analisado observaram-se 80 internações para a realização de procedimentos de troca de valva tricúspide, representando um gasto total de R\$2.169.955,09, sendo 2017 o ano com maior número de internações (13 internações) e o ano responsável pelo maior valor gasto (R\$343.970,98). Do total de procedimentos, 46 foram realizados em caráter eletivo e 34 em caráter de urgência. A taxa de mortalidade total nos 10 anos foi de 11,25%, correspondendo a 9 óbitos, sendo 2015 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 33,33%, enquanto 2017 apresentou a menor taxa, 7,69%, com exceção dos anos 2016, 2018, 2020, 2021 e 2022, que não possuem óbitos registrados. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 6,52% em comparação a 17,65% nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 13,6 dias. A região brasileira com maior número de internações foi o sudeste com 42, seguida do nordeste com 15, sul com 11, centro-oeste com 7 e, por último, o norte com 5. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 22 internações. A região com maior número de óbitos foi a nordeste com 4 casos, enquanto as regiões norte e sul apresentaram o menor número, com 0 óbitos registrados. A região centro-oeste apresentou a maior taxa de mortalidade (46,86%), seguida pela região nordeste (26,67%). Já as regiões norte e sul apresentaram a menor taxa, com 0%. **CONCLUSÃO** Com base na literatura atual, é perceptível a importância de um diagnóstico e tratamento precoces, a fim de reduzir as principais complicações associadas a essa cardiopatia, assim como, melhorar o prognóstico do paciente. Foi observado que a taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi menor em comparação a taxa de procedimentos de urgência, o que reafirma a necessidade de se programar a cirurgia, além de solicitar todos os exames necessários, com o objetivo de reduzir a exposição do paciente ao estresse intra e pós-operatório. Ademais, as subnotificações, assim como, o período pandêmico, pode ter contribuído para a não documentação de óbitos nos anos de 2016, 2018, 2020, 2021 e 2022. Dessa forma, urge, indubitavelmente, a necessidade de maiores pesquisas acerca dessa patologia, assim como, um tratamento individualizado, considerando a melhor abordagem para o indivíduo.

Palavras-chave: ANOMALIA DE EBSTEIN; CIRURGIA; VALVA TRICÚSPIDE .

EXÉRESE DE BÓCIO MERGULHANTE GIGANTE VIA ACESSO ÚNICO CERVICAL: UM RELATO DE CASO

ROQUE BELTRÃO BATISTA; CAIQUE FERNANDES ALVES; MÁRIO LÚCIO FERREIRA DA SILVA; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA; FERNANDA DIAS TERAMOTO; MARIANA WILLES SANTANA SOARES; ALINE GARCIA. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: O bócio mergulhante é uma alteração de tamanho da tireoide que invade o tórax em grandes proporções podendo levar a sintomas compressivos intratorácicos. Acomete principalmente pacientes do sexo feminino a partir de 60 anos, sem alterações da função tireoidiana sendo a maioria correspondente a bócio multinodular atóxico assintomático. O tratamento da lesão é predominante excisional visando evitar a progressão da lesão e complicações futuras como disfagia e dispneia. As indicações cirúrgicas consideradas são a compressão de estruturas adjacentes e o diagnóstico histopatológico devido a taxa moderada de malignização. A via de escolha varia de acordo com o tamanho do bócio podendo ser cervicotomia e/ou esternotomia.

Relato de caso: RASR, 54 anos, sem comorbidades. Apresentava como sintomas dispneia e disfagia. Iniciou investigação ambulatorial com exame de endoscopia digestiva alta para exclusão de lesão de origem esofágica onde foi evidenciado compressão extrínseca do terço médio do esôfago em sua parede posterior. Em ultrassom, a glândula possuía volume total de 18,3 cm³ com a presença de quatro nódulos de dimensões variando entre 0,25 até 2,6 cm³. Foi indicada a cirurgia, com possibilidade de esternotomia devido magnitude da lesão. A tomografia computadorizada pré-operatória mostrava tireoide aumentada de volume, heterogênea, principalmente do lobo direito que se insinua para o mediastino pelo estreito cervicotorácico em posição pósterio-lateral à direita da traqueia, com sua porção inferior distando 2,0 mm da aorta. No ato cirúrgico, via cervicotomia, foi evidenciada tireoide em topografia habitual sem aumento de seu volume, feita dissecação de forma habitual, com ligadura individual de vasos e preservação dos nervos laríngeos. Após a ligadura das artéria e veia tireóidea inferior direita foi identificado volumoso componente do bócio as custas do lobo direito, realizado dissecação romba digital com liberação de frouxas aderências com posterior luxação e retirada completa da glândula pela incisão cervical. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório sem alterações respiratórias, da fonação ou do cálcio sérico recebendo alta no 5 dia pós-operatório.

Discussão: O bócio mergulhante é uma afecção de incidência alta, variando de 10 a 15%, entre as lesões que ocupam o mediastino, mais frequentemente no mediastino superior. Apresenta-se como massa mediastinal em radiografias de tórax, pois é assintomático em até 40% dos pacientes. Tomografia de pescoço e tórax utilizada como método isolado de diagnóstico apresentou 100% de eficácia. A via cirúrgica de escolha é a cervicotomia combinada ou não com esternotomia, principalmente se acometimento mediastinal anterior³. No entanto alguns autores recomendam esternomia mediana ou toracotomia sobretudo se há suspeita de malignidade. Neste relato apresentando um caso de bócio mergulhante que foi retirado por acesso cervical exclusivo apesar de sua magnitude e invasão importante do mediastino.

Palavras-chave: Bócio mergulhante; Tumores do mediastino; Tumores de tireoide.

Hérnia diafragmática, lombar e pulmonar em decorrência de tosse: relato de caso clínico

ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA; MARIANA WILLES SANTANA SOARES; MÁRIO LÚCIO FERREIRA DA SILVA; RICARDO KALAF MUSSI; ALINE GARCIA; FERNANDA DIAS TERAMOTO; CAIQUE FERNANDES ALVES; ROQUE BELTRÃO BATISTA. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

A ruptura diafragmática associada a tosse é uma condição rara por vezes não diagnosticada, sua associação com hernia através da parede torácica é ainda mais incomum.

Homem 65 anos com diagnóstico de DPOC há 5 anos em tratamento clínico, sem histórico de trauma ou cirurgias. Há 3 meses apresentou exacerbação da doença com piora da dispneia e tosse produtiva, associada a dor forte em hipocôndrio esquerdo, sendo realizada ultrassonografia de abdome que evidenciou rotura da musculatura oblíqua no flanco à esquerda com protrusão de conteúdo abdominal. Após 1 mês, apresentou nova piora dos sintomas sendo realizada tomografia de abdome que demonstrou volumosa hernia diafragmática no hemitórax esquerdo, excluído diagnóstico de covid, foi encaminhado para este serviço. Ao exame, apresentava murmúrio vesicular abolido a esquerda, presença de abaulamento volumoso de aproximadamente 20 x 10 cm em flanco esquerdo. Optado por realizar lombotomia esquerda, sendo identificado volumoso saco herniário protruído-se ao nível do 9 espaço intercostal (EIC), aberto saco herniário e observada presença de alças de delgado e omento. Identificado desinserção do diafragma da parede posterolateral esquerda e herniação do estômago, na redução evidenciado ponto de ruptura da musculatura intercostal ao nível do 8 EIC esquerdo, configurando quadro de hernia pulmonar. Realizada fixação do diafragma, aproximação dos arcos intercostais e reforço do plano muscular através de fixação de tela de polipropileno 15 x 15cm acima dos músculos oblíquos, tratando desta forma a hérnia diafragmática, a hérnia pulmonar e a hérnia lombar. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, realizado seguimento por 7 meses.

O diafragma é um músculo associado a respiração e a tosse causa uma incoordenação da contração deste e os demais músculos da parede abdominal e torácica, podendo levar a ruptura diafragmática. Esta condição pode estar relacionada ao DPOC, diabetes, obesidade, idade avançada e uso crônico de esteroides. A herniação do conteúdo abdominal para o tórax pode levar ao prejuízo da ventilação e presença de sintomas como dispneia e dor. O diagnóstico dessa condição pode ser realizado através da radiografia de tórax, sendo que a tomografia evidencia maiores detalhes anatômicos. As hernias da parede torácica normalmente estão localizadas entre o 8 e 9 EIC devido ausência do músculo intercostal externo, como foi observado no paciente em questão. Deve-se optar pelo tratamento cirúrgico na presença de sintomas ou em defeitos extensos com realização do reparo do diafragma e da parede abdominal/torácica, considerando a utilização de tela para reconstrução da parede tóraco-abdominal.

O diagnóstico de hernia diafragmática associada a tosse é uma condição rara e deve ser suspeitada naqueles pacientes que apresentam tosse crônica e piora súbita dos sintomas. O tratamento cirúrgico com colocação de tela para reparo das paredes tóraco-abdominal mostrou-se uma boa opção terapêutica.

Palavras-chave: Ruptura diafragmática ;Tosse ;Hernia diafragmática .

LINFANGIOMA CISTICO GIGANTE DE AXILA: RELATO DE CASO E REVISAO DE LITERATURA

CAIQUE FERNANDES ALVES; MÁRIO LÚCIO FERREIRA DA SILVA; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; MARIANA WILLES SANTANA SOARES; ALINE GARCIA; FERNANDA DIAS TERAMOTO; ANA ELISA DIAS; ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução

Linfangiomas ou linfangiomas gigantes são tumores oriundos do sistema linfático. Os locais de acometimento mais comum são o pescoço, região axilar, e mais raramente, o mediastino. Crianças e adolescentes são mais comumente afetados pela doença, sendo muito incomuns em adultos. Estes tumores representam menos de 4% dos tumores vasculares, com incidência de 3-5.3 casos a cada 10.000 nascidos. Dados referentes a incidência em adultos são escassos, não havendo referências com informações sólidas.

Relato de Caso

Paciente feminina, 17 anos, inicialmente diagnosticada em 2019 com nódulo axilar esquerdo, medindo 4cm a ultrassonografia sem sinais inflamatórios classificado como lipoma, e em segunda ocasião, como cisto simples. Paciente evoluiu com aumento da massa axilar ao longo do ano de 2020, associada a quadro algico moderado e sensação de constrição torácica. Realizada RNM que evidenciou lesão de volume de 3L, localizada profundamente a mama e músculos peitorais e superficialmente ao serrátil, se estendendo em direção ao estreito torácico em plano infraclavicular esquerdo, sugerindo linfangioma.

Submetida a toracectomia com incisão em elipse a nível da lesão, seguida de dissecação por planos com exposição completa do tumor. Optado por esvaziamento do seu conteúdo por punção com posterior ressecção completa da tumoração, incluindo sua capsula. Mantido dreno portovac 3.2FR retirado no 2º dia pós operatório, quando paciente recebeu alta hospitalar. Anatomopatológico sugestivo para linfangioma, confirmado por imunohistoquímica após coloração com D2.40 fortemente positivo e CD31 positivo.

Discussão

Linfangiomas são lesões raras, ainda mais incomuns na topografia acima mencionada, de comportamento localmente agressivo, capazes de atingir grandes dimensões, porém em sua grande maioria, considerados benignos^{1,2}. São classificados em três tipos morfológicos: capilar, cavernoso e cístico. A variante cística, a qual a paciente era portadora, se apresentam mais comumente no triângulo posterior do pescoço, axila, mediastino, virilha, espaço retroperitoneal e pelve⁵.

Embora a US, TC ou RM possam acidentalmente revelar linfangioma, o diagnóstico pré-operatório é difícil, pois os exames de imagem convencionais não podem caracterizar essas lesões. A ressecção cirúrgica completa com preservação das estruturas anatômicas e suas respectivas funcionalidades é o padrão-ouro. No entanto, nem sempre é possível devido a localização e proximidade a estruturas vitais, sendo a terapia esclerosante uma das alternativas. Os agentes esclerosantes descritos na literatura incluem doxiciclina, etanol, bleomicina, ethibloc e OK-432.

Conclusão

Apesar de sua raridade, o linfangioma deve ser incluído no diagnóstico diferencial das massas axilares. O diagnóstico depende da história médica, US do pescoço, RM, TC e PAAF. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento padrão-ouro, porém alternativas ao tratamento são as terapias esclerosantes, recebendo destaque o OK-432.

Palavras-chave: LINFANGIOMA;TORAX;NEOPLASIA LINFATICA BENIGNA.

RELATO DE CASO: GRANDE TERATOMA CÍSTICO DE MEDIASTINO ANTERIOR

ESTHER VICTORIA LIMA DE MELLO¹; ALEXANDRE FINOQUIO VIRLA²; MARIO LYRIO PEREIRA²; MARCELA ALMEIDA ALVES²; ANA LUIZA FONSECA MAIA CAETANO³; VINICIUS MOTTA³. 1. UNIVERSIDADE IGUAÇU- UNIG, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL.

RESUMO: Introdução: Os teratomas mediastinais são oriundos de células germinativas primordiais, onde, no processo embriológico há uma falha em completar sua migração da crista urogenital e desenvolvendo-se na região mediastinal. Seu pico de incidência situa-se entre a segunda e terceira década de vida, sem predisposição para gênero; correspondem de 8 a 13% dos tumores desta região; tumores benignos apresentam prognóstico favorável ao tratamento cirúrgico. | **Relato de caso:** E.A.S., sexo feminino, 45 anos, nega comorbidades e relata admissões prévias em unidades de pronto atendimento da cidade nos quatro meses antecedentes a abordagem cirúrgica, com queixa de dispneia progressiva, refratária a oxigenoterapia. Admitida em Hospital Geral de Nova Iguaçu para investigação clínica do quadro de dispneia aos pequenos esforços, associada a redução de murmúrio vesicular em lobo inferior esquerdo, dor torácica ventilatório-dependente e laudo verbal de massa mediastinal em sua última internação. Foram solicitados tomografia computadorizada de tórax, a qual evidenciou grande massa compressiva em mediastino anterior com derrame pleural laminar à esquerda e ecocardiograma, com alteração fluxométrica leve das valvas mitral e aórtica, pequeno derrame pericárdico. Realizada abordagem pela cirurgia torácica, via toracotomia anterolateral esquerda ao nível de quinto espaço intercostal, para ressecção tumoral de mediastino anterior, teratoma maduro medindo 15,0x10,0x7,5 cm e peso estimado de 1.210 gramas, aderido ao pericárdio, gordura mediastinal e face anterior do lobo inferior esquerdo. Mediante a análise histopatológica do conteúdo interno, identificado: material pastoso, pêlos implantados, formação dentígena e área brancacenta de aspecto cerebriforme medindo 7,0x7,0 cm. Paciente mantida sobre vigilância intensiva nas primeiras 48 horas, lúcida e orientada, hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente, dreno com baixo débito, sem fuga aérea e ao exame físico, identificada alteração de ressonância vocal, sem mais queixas. | **Discussão:** Estimasse a relevância do relato de caso, pelo volume significativo da massa mediastinal e a alta complexidade intraoperatória, seu conteúdo e a melhora clínica expressiva em curto tempo de recuperação. | **Conclusão:** A intervenção cirúrgica nos casos de tumores mediastinais são imprescindíveis em casos sintomáticos ou não, para com o laudo histopatológico designar quais as características deste tumor germinativo e o tratamento adequado. Ao caso relatado, a paciente apresentava clínica de desconforto respiratório importante de caráter progressivo, inviabilizando práticas cotidianas sem a valorização de suas queixas, longo tempo de investigação até o diagnóstico e seu tratamento, importantes para reestabelecer sua vida de relação.

Palavras-chave: Cirurgia torácica;teratoma;tumores mediastinais.

RESSECÇÃO COMPLETA DE TIMOMA GIGANTE COM INVASÃO DE VEIA CAVA SUPERIOR E VEIA INONIMADA: UM RELATO DE CASO

ALINE GARCIA; MÁRIO LÚCIO FERREIRA DA SILVA; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; CAIQUE FERNANDES ALVES; MARIANA WILLES SANTANA SOARES; FERNANDA DIAS TERAMOTO; ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA; ROQUE BELTRÃO BATISTA. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: Os tumores tímicos perfazem menos de 1% dos tumores sólidos em adultos. O timoma é uma afecção rara, embora seja o tumor mais frequente do mediastino anterior, (20% a 30% das massas mediastinais em adultos). Ocorrem comumente na 5^a-6^a década da vida. O que define a malignidade é o achado cirúrgico, avaliando invasão local e presença de metástases.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 64 anos, internado em outro serviço em julho/2021 por infecção por SARS-CoV-2, com achado incidental de massa mediastinal em Tomografia (TC) de Tórax, de 10 x 11 x 13 cm. Referia dispneia a moderados esforços e tosse esporádica há 1 ano. Portador de hipertensão, negando outras comorbidades e vícios. Biópsia transtorácica mostrou timoma tipo A. Nova TC evidenciou lesão extensa em mediastino anterior, com compressão cardíaca e de veia cava superior. Iniciados 6 ciclos de quimioterapia neoadjuvante, sem redução radiológica. Foi submetido a timectomia transesternal, identificando volumosa lesão em mediastino anterior, hipervascularizada com invasão do hemitórax direito. Invasão macroscópica da pleura à direita, do pericárdio adjacente e da veia braquiocefálica esquerda (lesão endovascular), caracterizando Estadio III de Masaoka. Realizada timectomia radical, com ressecção R0, incluindo parte da pleura mediastinal à direita, parte do pericárdio e da veia braquicefálica esquerda. Durante manipulação, houve ruptura da veia cava superior (na altura da inserção da veia braquiocefálica esquerda), sendo realizada refia com bom controle hemostático. Reconstruído o defeito pericárdico com flap de pericárdio bovino e drenagem da cavidade pleural. O anatomopatológico confirmou timoma do tipo A encapsulado, medindo 14,5 x 11,8 x 8,2 cm com invasão de veia cava superior (VCS), veia inonimada e múltiplos vasos venosos adjacentes. Sem invasão capsular. Aderência ao pericárdio, porém sem transpassá-lo. Margem da inonimada livre. Estadiamento pT3. Indicada e iniciada radioterapia. **Discussão:** Pacientes com tumores precoces são tratados com ressecção cirúrgica. Os de estadiamento intermediário serão tratados com cirurgia, radio e/ou quimioterapia a depender de alguns fatores como: performance do paciente, tipo histológico, ressecabilidade. Estágios avançados são tratados frequentemente com quimio e/ou radioterapia. Este relato destaca um paciente com timoma tipo A localmente invasivo, cuja radioterapia neoadjuvante não foi indicada devido à extensa área torácica a ser irradiada. Não houve resposta à quimioterapia. Porém, foi possível ressecção R0 e posterior radioterapia. Sendo assim, até o momento, o tratamento cirúrgico propiciou melhor qualidade de vida do paciente, além de aumento na sobrevida.

Palavras-chave: timoma gigante;tumores tímicos;timectomia.

Complicações neurológicas após escleroterapia com espuma devido à presença de forame oval patente: uma revisão sistemática

LORRANE VIEIRA SIQUEIRA RISCADO¹; JOÃO HENRIQUE SENDRETE DE PINHO¹; GABRIEL MAZONI SILVA MARTINS². 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL IBIAPABA/CEBAMS, BARBACENA - MG - BRASIL.

Objetivo: Embora seja um tratamento amplamente realizado para veias varicosas, a escleroterapia com espuma apresenta risco de complicações neurológicas (CN), que podem estar relacionadas à presença de um shunt direito-esquerdo devido a um forame oval patente (FOP), condição presente em 25% da população. Apesar disso, não é comum investigar a presença de FOP previamente à escleroterapia, sendo importante avaliar a incidência de CN e sua relação com FOP para determinação de uma conduta acertada. Portanto, o objetivo deste estudo é revisar a incidência de CN após escleroterapia com espuma devido à presença de FOP.

Método: Nas bases PubMed, LILACS, SciELO e Cochrane foram buscados artigos que reportaram a ocorrência de CN após escleroterapia com espuma publicados de janeiro de 2012 a julho de 2022, em inglês ou português. Revisões da literatura, estudos laboratoriais e estudos em animais foram excluídos. Os estudos incluídos tiveram sua qualidade metodológica avaliada utilizando o checklist de 18 critérios da técnica de Delphi modificada e foram agrupados em tabelas para extração dos dados. As CN foram categorizadas em acidente vascular cerebral (AVC), acidente isquêmico transitório (AIT), cefaleias e distúrbios visuais. Avaliou-se a incidência de CN e a porcentagem de pacientes com FOP.

Resultados: 569 artigos foram encontrados e, após triagem pelo resumo e exclusão de duplicatas, 24 foram selecionados. Apenas 23 puderam ser acessados por completo e 3 foram excluídos após aplicação de critérios de exclusão. Dos 20 artigos incluídos, 8 eram relatos de caso, 3 observacionais retrospectivos, 3 observacionais prospectivos, 5 ensaios clínicos controlados e 1 carta ao editor. A média de qualidade dos artigos foi de 10,25. No total, 11.470 pacientes foram submetidos à escleroterapia com espuma, sendo utilizados como esclerosantes polidocanol em 55% dos estudos, tetradecil sulfato de sódio em 30% e ambos em 5%. A concentração de esclerosante utilizada na maior parte dos estudos foi de 1% para tributárias e 3% para safena. O maior volume de espuma reportado foi de 32mL e o menor de 5mL; 86% dos estudos utilizaram mais de 10mL. Excetuando-se relatos de caso e carta ao editor, o estudo com maior incidência de CN (8,04%) utilizou volume máximo de 12mL. A quantidade total de CN foi de 106, com incidência de 0,92%, sendo cefaleias e distúrbios visuais as mais frequentes, seguidas de AVC (6,6%) e AIT (5,6%). Apenas 40% dos estudos investigaram a presença de FOP com exame de imagem, estando esta condição presente em 80% dos pacientes, associada ou não a shunt direito-esquerdo.

Conclusões: CN graves após a escleroterapia com espuma são raras, principalmente quando realizadas por médicos experientes em ambiente ideal. Entretanto, a ocorrência de AVC e AIT é bem documentada após o procedimento, com exames que confirmam isquemia cerebral associada à presença de FOP. Desse modo, precauções devem ser tomadas especialmente nestes pacientes para prevenir tais eventos.

Palavras-chave: escleroterapia;forame oval patente;complicações neurológicas.

DEGENERAÇÃO ANEURISMÁTICA DE ENXERTO VENOSO AUTÓLOGO

JAQUELINE MENDES DA LUZ MAGALHÃES; ANA FLAVIA DE SOUZA HENRIQUE; MARIA EUGENIA DA COSTA REGHIN; SELMA CRISTINA OLIVEIRA SASTRE DOS SANTOS; VINICIUS ANTONIO PERON; GUILHERME ORLANDINI ABILAS. IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

INTRODUÇÃO

As alterações encontradas na parede do enxerto venoso são descritas desde os primeiros tratamentos que utilizaram essa técnica. É incerta a real incidência dessa patologia, bem como sua etiologia^{1,2}. São descritos diversos fatores de risco para a degeneração aneurismática do enxerto como aterosclerose, infecção, hipertensão e tabagismo.³

RELATO DE CASO

Mulher, 64 anos.

Enxerto fêmoro-poplíteo em 2015 por insuficiência arterial periférica crônica em acompanhamento ambulatorial. Em seu último ultrassom de controle foi observada dilatação aneurismática no enxerto venoso. Paciente seguia assintomática e sem novas lesões tróficas em membros inferiores.

É hipertensa, ex-tabagista (10 anos), obesa e está em tratamento para dislipidemia e diabetes mellitus com má adesão.

Após a avaliação tomográfica da lesão foi optado pela realização de novo enxerto venoso utilizando a veia safena contralateral para substituição da dilatação aneurismática. Realizada cirurgia, pós-operatório imediato em UTI e boa evolução. No terceiro pós-operatório em enfermaria, mantendo enxerto pérvio com ultrassom de controle satisfatório recebe alta hospitalar e segue em acompanhamento ambulatorial até o momento.

DISCUSSÃO

A utilização do enxerto venoso no tratamento para a DAOP é uma técnica antiga e até hoje tem sua indicação precisa e com resultados satisfatórios quando realizada em centros especializados⁴.

Há relatos de maior incidência dessa complicação em pacientes que apresentam outros aneurismas arteriais, aprestando uma ideia de que há relação da degeneração aneurismática com a predisposição genética do paciente em formar aneurismas.

A sintomatologia varia conforme a evolução do aneurisma e sua localização. O diagnóstico é feito pelo exame físico e ultrassom doppler, enquanto arteriografia ou angiotomografia são muito utilizadas para planejamento cirúrgico.

A literatura apresenta como opções de tratamento os enxertos venosos, protéticos e endovascular, que também tem sua importância quando bem indicado. A endovascular tem sua limitação no tocante a não resolução dos sintomas compressivos e a impossibilidade de estudo anatomopatológico da dilatação. No que se refere a prótese sintética, há a limitação em locais de anatomia desfavorável, além de ser contra-indicada no caso de infecção subjacente.

Referências

1. Bikk A, Rosenthal MD, Wellons ED, et al. Atherosclerotic aneurysm formation in a lower extremity saphenous vein graft. *Vascular*. 2006;14(3):173-6.
2. Corriere MA, Passman MA, Guzman RJ, et al. Mega-aneurysmal degeneration of a saphenous vein graft following infrainguinal bypass. A case report. *Vasc Endovascular Surg*. 2004;38(3):267-71.
3. Jeffery B. Dattilo, MD, and Thomas C. Naslund, MD, Nashville, TN. Atherosclerotic aneurysm formation in an in situ saphenous vein graft. *Vascular and Endovascular Surgery*. Volume 38, Number 3, 2004.
4. Francisco H. De A. Maffei et al. Doenças vasculares periféricas. 5 ed - Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2016.

Palavras-chave: Insuficiência Arterial; Enxerto Venoso; Degeneração Aneurismática.

EMBOLOGIZAÇÃO ARTERIAL EM TRAUMA PÉLVICO: UM RELATO DE CASO

*ALEXANDRA MEDEIROS BRITO DE OLIVEIRA; HELDER VILELA DE OLIVEIRA E SILVA.
HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES, DUQUE DE CAXIAS - RJ - BRASIL.*

INTRODUÇÃO: Trauma é um problema de saúde pública e a lesão vascular é responsável por altos índices de mortalidade. Fraturas pélvicas ocorrem em 4-9% dos pacientes com trauma contuso. A hemorragia pélvica é responsável por 40% da mortalidade na fratura pélvica, principalmente quando se origina de lesões vasculares. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso sobre um paciente do sexo masculino de 55 anos, vítima de queda de nível superior, apresentando trauma pélvico com hematoma em expansão por lesão de ramo de arterial ilíaca interna. No primeiro atendimento seguindo os princípios do ATLS (Advanced Trauma Life Support), o paciente encontrava-se hemodinamicamente estável, referindo dor em quadril à direita, sendo submetido à angiotomografia computadorizada. Os achados revelaram fratura do ramo ísquiopúbico direito e esquerdo, de acetábulo esquerdo e direito, processo transversal de L4 e 10° e 11° arcos costais à direita, e ainda hematoma pré-vesical à direita com extravasamento de contraste (de ramo ilíaco direito), confinado ao retroperitônio sem hemoperitônio. Foi realizada abordagem endovascular, com punção retrógrada de artéria femoral comum esquerda, cateterização de ilíaca direita e identificação de extravasamento de contraste por ramo sacral lateral direito. Após cateterização seletiva, foi realizada a embolização do ramo com partículas de gealfoam. Imagem de controle satisfatória, com oclusão de sacral lateral e perviedade de glútea superior. Arteriografia de ilíaca interna esquerda sem sinais de extravasamento de contraste. Paciente apresentou boa evolução, e manteve tratamento conservador das fraturas em anel pélvico, associado a repouso total por 6 semanas. Não ocorreram complicações relacionadas ao procedimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A arteriografia e a embolização foram técnicas seguras, rápidas e eficazes para controlar a hemorragia arterial relacionada à fratura pélvica no paciente em questão.

Palavras-chave: Lesões do sistema vascular; Embolização terapêutica ; Procedimentos cirúrgicos vasculares.

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA DE AORTA TORÁCICA: RELATO DE CASO

ANA LETÍCIA GARCIA ROLIM DE CAMARGO; ANDERSON LUBITO SIMONI; LAYLA PAULINO DE OLIVEIRA RAMOS; VITOR RODRIGUES DUTRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A fístula aorto esofágica (FAE) é uma rara e grave causa de hemorragia digestiva. Pode ser classificada em primária, se decorrente de aneurisma de aorta, ingestão de corpo estranho ou invasão tumoral, ou em secundária, ocorrendo principalmente após cirurgias aórticas com implante de próteses. Este trabalho visa relatar um caso de FAE primária proveniente de aneurisma de aorta torácica roto.

RELATO DE CASO: LM, 91 anos, sexo masculino, ex-tabagista, sem histórico de comorbidades, admitido no Setor de Emergência devido quadro de dor epigástrica há 4 dias, seguida de hematêmese e melena volumosas há 2 dias. Encontrava-se estável hemodinamicamente, porém em regular estado geral, hipocorado e desidratado. Iniciado investigação com Endoscopia Digestiva Alta, verificando lesão esofágica violácea de 2,5 cm, pulsátil e com sangramento ativo. A Angiotomografia Computadorizada identificou aneurisma de aorta torácica roto contido no mediastino e com extravasamento para o interior do esôfago, confirmando o diagnóstico de FAE. O paciente foi submetido a tratamento endovascular para controle do sangramento, com colocação de endoprótese em aorta torácica, associado a medidas clínicas, como antibioticoterapia empírica e dieta enteral exclusiva. Evoluiu com estabilização clínica, recebendo alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Posteriormente, perdeu o seguimento ambulatorial na instituição, não se sabendo, portanto, o desfecho a longo prazo.

DISCUSSÃO: A FAE é uma patologia potencialmente fatal, em que a taxa de mortalidade pode chegar a 77% mesmo naqueles que recebem tratamento (MONTEIRO et al., 2020). As FAE primárias, como a do caso relatado, são ainda mais raras que as secundárias, com incidência anual de 0,0015%. (MONTEIRO et al., 2020). O diagnóstico rápido dessa condição é essencial para permitir uma intervenção em tempo hábil, podendo-se utilizar a esofagogastroduodenoscopia (EGD) e a Tomografia Computadorizada (TC) como métodos de melhor sensibilidade diagnóstica. Quanto ao tratamento, este deve levar em consideração o estado geral do paciente. Sabe-se que a terapia combinada de cirurgia aórtica e esofagectomia estão associadas a menor mortalidade (TAKENO et al., 2020). No entanto, como foi demonstrado no caso exposto, pacientes com comorbidades graves ou condição clínica desfavorável no momento, podem ser submetidos preferencialmente a procedimentos endovasculares, que permitem o controle rápido do sangramento e de forma minimamente invasiva. Em relação à lesão esofágica, foi optado por nutrição enteral exclusiva e vigilância quanto ao fechamento espontâneo da fístula, visto a alta morbidade de uma cirurgia esofágica na ocasião. Conforme Li et al. (2020), a FAE, quando manejada cirurgicamente, está associada a melhor prognóstico. No entanto, percebe-se que na prática a condição clínica fragilizada dos pacientes limita a realização do tratamento ideal.

Palavras-chave: Fístula aorto-esofágica; Endoprótese; Aneurisma de aorta roto.

LESÕES VASCULARES EM CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS

JAQUELINE MENDES DA LUZ MAGALHÃES; ANA FLAVIA DE SOUZA HENRIQUE; AMANDA OLIVEIRA LIMA PEREIRA; ANDRE VICTOR DE SOUZA FRANCIOLI; FELIPE YUKIO OBATA; FRANCISCO MIGUEL ARRABAL JUNIOR; MARIANE PAULINO ROCHA; RICARDO BERNARDO DA SILVA. IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

Objetivos – Determinar a prevalência de lesões vasculares graves em cirurgias laparoscópicas, sua morbidade e mortalidade no serviço da Santa Casa de Londrina, comparando às taxas mundiais.

Métodos – Estudo retrospectivo, das taxas de lesões vasculares graves, entre 2.799 cirurgias videoassistidas realizadas entre os anos de 2018 a 2022. Foram excluídas cirurgias ginecológicas ou urológicas e os casos atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

Resultados – Entre as 2.799 cirurgias videoassistidas realizadas, ocorreram 7 casos de lesões vasculares graves, com necessidade de intervenção da Cirurgia Vascular. Sendo assim, observamos uma taxa de complicações vasculares de 0,25%, estando acima da literatura internacional, já que BONJER e cols¹. constataram taxa de 0,07%, HASHIZUME e SUGIMACHI² 0,04% a 0,1% e SCHAFFER³ 0,05%. A abordagem vascular de cada um dos casos variou de acordo com os vasos lesados e um dos casos evoluiu a óbito. Dessa forma, a taxa de mortalidade foi de 14,3%, estando dentro dos valores encontrados na literatura.

Conclusão – Durante as duas últimas décadas, a cirurgia por vídeo vem se tornando uma das principais vias de acesso cirúrgico. O método mais utilizados para estabelecer o pneumoperitônio é a punção peritoneal com a agulha de Veress, enquanto técnica aberta consiste na colocação do primeiro trocar a partir de uma mini-laparotomia, sendo que a indicação pode ser determinada por diferentes circunstâncias a critério do cirurgião.

Após a comparação de 489.335 laparoscopias fechadas e 12.444 abertas, BONJER e cols.¹ concluíram que a técnica aberta é a ideal por ser mais segura quanto à ocorrência de lesões viscerais (0.048%) e vasculares (0), quando comparada à técnica fechada (0.08% e 0.07%).

A aorta abdominal, a veia cava inferior e os vasos ilíacos comuns, são particularmente propensos a ferimentos durante a punção com agulha de Veress nas proximidades da cicatriz umbilical. Apesar da prevalência dessas

ocorrências ser baixa, a mortalidade atinge índices entre 8% e 17%⁴, sendo a causa mais comum de morte em procedimentos laparoscópicos.

No presente estudo, as taxas de lesões foram superiores à literatura, enquanto a mortalidade foi compatível à ela, mostrando que é necessário conhecer dados individuais de cada serviço para viabilizar um controle de complicações por parte dos cirurgiões, além de permitir uma equipe de cirurgia vascular atenta as necessidades requeridas.

Referências

1. Bonjer HJ, Hazebroek EJ, Kazemier G, Giuffrida MC, Meijer WS, Lange JF. Open versus closed establishment of pneumoperitoneum in laparoscopic surgery. Br J Surg 1997; 84 (5): 599-602.
2. Hashizume M, Sugimachi K. Needle and trocar injury during laparoscopic surgery in Japan. Surg Endosc 1997; 11 (12): 1198-201.
3. Schaffer M, Lauper M, Krahenbuhl L. Trocar and Veress needle injuries during laparoscopy. Surg Endosc 2001; 15 (3): 275-80.
4. Roviato GC, Varoli F, Saguatti L, et al. Major vascular injuries in laparoscopic surgery. Surg Endosc. 2002;16(8):1192-6.

Palavras-chave: Lesão Vascular; Cirurgia Videolaparoscópica; Cirurgia vascular.

MODELO EXPERIMENTAL DE SUTURA VASCULAR PARA TREINAMENTO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO

JAQUELINE MENDES DA LUZ MAGALHÃES¹; VICTORIA PALMA PEREIRA²; LUCIANA VISITIN MARTIN²; ANA FLAVIA DE SOUZA HENRIQUE¹; RICARDO BERNARDO DA SILVA¹. 1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

Objetivo - Desenvolver modelo prático, de baixo custo, dinâmico e fisiologicamente fiel à realidade para treinamento de sutura vascular por estudantes de medicina.

Metodologia – Foi criado protótipo vascular que consiste em uma bomba pressurizadora hidráulica de fluido aquoso, que simula o sangue. O circuito possui via interna, estabilizadora de pressão, e via externa, com área de treinamento exposta e prótese sintética acoplada, simulando um vaso sanguíneo. O sistema é induzido à hipotensão, feito clampeamento do enxerto e realizada a sutura. Em seguida, os *clamps* são retirados e a pressão é normalizada, para verificar se ainda há vazamento. Foi realizado estudo transversal com estudantes de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina (PUCPR-Londrina), com aplicação de avaliação teórica e prática anterior e posterior à demonstração da técnica, com finalidade de avaliar se houve melhora no aprendizado.

Resultados - Com $n=47$, a mediana antes da intervenção era quatro de dez, e após a intervenção foi nove de dez. O teste de Wilcoxon signed-rank foi aplicado para encontrar qualquer outra diferença estatisticamente significativa ($p=0,0000$). De 12 alunos aleatorizados a participar do teste de sutura vascular, sete alunos foram avaliados com nota igual a zero, quatro obtiveram nota um, e um aluno obteve nota dois. Após a aula teórica, dos 12 participantes, três obtiveram nota dois e nove alunos obtiveram nota máxima. O resultado do grupo randomizado, com $p<0,05$, indica que houve melhora após a demonstração com o modelo, comprovando a eficácia.

Conclusão - As atividades práticas são fundamentais para a formação médica e devem ser treinadas e aperfeiçoadas durante a graduação. Para capacitar os médicos em formação, as técnicas devem ser praticadas em pacientes ou em simuladores fidedignos. As suturas vasculares são procedimentos extremamente importantes, logo, precisam ser bem executadas para evitar maiores complicações. Por se tratar de um procedimento complexo, os alunos raramente têm a chance de praticar em pacientes, participando apenas como observadores. Ademais, os modelos experimentais existentes não reproduzem a complexidade de um sistema vascular em funcionamento. Por isso, a necessidade de criar um modelo experimental fiel à realidade, para que estudantes possam treinar e desenvolver a habilidade necessária para executar uma sutura vascular com segurança. Desse modo, o modelo prático de sutura vascular demonstrou melhora significativa no aprendizado dos estudantes, de forma que pudessem visualizar e compreender a complexidade do sistema vascular. O protótipo irá facilitar a prática e possibilitará que os alunos testem inúmeras vezes e aperfeiçoem suas habilidades em cirurgia vascular, para que o aprendizado teórico da aula seja colocado em prática com excelência.

Palavras-chave: Técnica Operatória;Modelo Experimental;Sutura Vascular.

SÍNDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO MEDIANO EM PACIENTE COM QUADRO DE DOR CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

ANNA TEREZA LAFETÁ; MARCELO EUSTAQUIO SIQUEIRA ROCHA; LUCAS FONSECA RUAS; HADISON SANTOS NOGUEIRA CURZIO; LEONIO CLAYTON DA SILVA FERNANDES; DANILO PEREIRA LIMA. STA CASA MONTES CLAROS, MONTES CLAROS - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO A Síndrome do ligamento arqueado mediano, ou Síndrome de Dunbar, é um diagnóstico diferencial raro para dor abdominal crônica, que se dá pela compressão do tronco celíaco e fibras nervosas adjacentes pelo ligamento arqueado mediano. Tendo em vista poucos casos descritos na literatura o trabalho tem como objetivo relatar um atendido em centro médico de referência de Montes Claros, Minas Gerais, para melhor esclarecer seus achados e desafios. RELATO DE CASO Trata-se de paciente B.S.R., 17 anos, sexo masculino, com dor epigástrica crônica que piora após a alimentação. Achados na angiotomografia evidenciaram que o tronco celíaco apresentava estenose luminal ostial de aspecto suboclusivo, devido ao efeito compressivo exercido pelo ligamento arqueado médio. O tratamento foi realizado via videolaparoscopia, para a liberação do vaso acometido, com a secção do ligamento. D ISCUSSÃO A dor abdominal é uma queixa recorrente em prontos socorros, com uma gama de possíveis diagnósticos diferenciais. Assim, a identificação de causas vasculares pode ser um desafio, tendo em vista que uma propedêutica extensa pode ser necessária, junto a exames de imagem e investigação dos achados clínicos. Dessa forma, é importante um olhar crítico para os achados de imagem, em especial os elementos vasculares, a fim de correlaciona-los com os sintomas em questão, para um diagnóstico clínico assertivo e para um tratamento eficaz.

Palavras-chave: DOR ABDOMINAL;LIGAMENTO ARQUEADO;TRONCO CELÍACO.

Tratamento da Síndrome de Compressão da Artéria Celíaca: revisão de literatura

CAMILA ZANETTI MACHADO¹; RENAN HELIO SENS LEAL¹; ESTHER VICTORIA LIMA DE MELLO¹; LORENA RIBEIRO TEIXEIRA²; JAVERT DO CARMO AZEVEDO FILHO². 1. UNIG, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A síndrome da compressão da artéria celíaca, ou ainda, síndrome de Dunbar, consiste na diminuição do lúmen do tronco celíaco pelo posicionamento, abaixo da anatomia regular, do ligamento arqueado mediano do Músculo Diafragma. Tal variação anatômica gera uma obstrução do fluxo sanguíneo apresentando toda uma sintomatologia genérica de difícil diagnóstico.

OBJETIVOS: com o intuito de trazer o conhecimento sobre a síndrome, foi definido e explicado a patologia e seu quadro clínico afim de justificar a dificuldade de fechar diagnóstico e tratar a enfermidade. Foi também detalhado o procedimento de descompressão do tronco celíaco e a realização da confirmação do sucesso da cirurgia com uso de ultrassonografia com doppler intraoperatória.

METODOLOGIA: A presente revisão foi realizada através de pesquisa avançada no indexador PubMed utilizando palavras-chaves “Dunbar syndrome”, “Median arcuate ligament syndrome”, “celiac artery compression syndrome” e “treatment”, no período de 5 anos, filtrando as revisões de literatura que contivessem as palavras compondo o título. Foram retornados 7 artigos que contemplassem os critérios aplicados.

RESULTADO: o tratamento da síndrome de dunbar tem tratamento exclusivamente cirúrgico, podendo ser laparotomia, laparoscopia ou robótico. Foi percebido com esse estudo que para a escolha do método de abordagem e o sucesso da cirurgia, é importante o conhecimento da patologia como um todo e do procedimento, suas intercorrências e complicações

CONCLUSÃO: Mesmo que esta síndrome constitua uma doença rara, faz necessário seu conhecimento, tanto para a realização do diagnóstico até sua intervenção cirúrgica, sendo esta última dependente diretamente do conhecimento anatômico da região envolvida e conhecimento teórico-prático do procedimento terapêutico da patologia

Palavras-chave: Dunbar Syndrome;treatment;median arcuate ligament syndrome.

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APENDICE (EC IV) - PROPOSTA CIRURGICA PALIATIVA VISANDO QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLOGICOS: RELATO DE CASO

DANIELA GUIMARAES FRANCO; RENI CECILIA LOPES MOREIRA; AMANDA DE CASTRO MORATO; RAFAELA LUIZA COUTO DOS SANTOS; AMANDA ARDAYA ALMEIDA; ANA MIRANDA ABI- ACKEL; DANIEL OTÁVIO DA SILVA LACERDA; LEONARDO MOURÃO LACERDA. INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O objetivo do relato é demonstrar a eficácia da cirurgia paliativa em pacientes selecionados e seu impacto na qualidade de vida. **Relato de caso:** 07/2019: Paciente I.O.S, 71 anos, encaminhada ao nosso serviço com diagnóstico de adenocarcinoma de padrão colônico, invasor, bem diferenciado do apêndice cecal. Tomografias de estadiamento identificaram espessamento tubular do apêndice e ascite. CEA 187. Submetida a hemicolectomia direita. Inventário: tumor em apêndice cecal e cólon ascendente e grande quantidade de mucina na cavidade abdominal. Anatomopatológico (AP): tumor adenomucinoso de apêndice, margens comprometidas, invasão perineural/angiolinfática positivas, invasão de tecidos moles adjacentes e sem acometimento linfonodal (00/19). Encaminhada para a Oncologia Clínica: Estadio Clínico IV. Submetida a quimioterapia paliativa com Folxox até 03/2020). Evoluiu com recidiva abdominal e foi trocado por Capecitabina (02/21). Paciente apresentou boa evolução clínica mas abandonou o tratamento (07/21) devido aos efeitos colaterais, optando por cuidados paliativos. 10/21: progressão de doença com massa retroperitoneal, carcinomatose e aumento de CEA, desconforto respiratório e abdominal, decorrente do acúmulo de mucina. Paciente concordou com proposta cirúrgica realizada em 12/21: aspirado 10 litros de mucina, ooforectomia e irrigação da cavidade com SF0,9%. Apresentou boa evolução PO mas novamente mostrou resistência a nova QT. Em 06/22 apresentou novamente grande repercussão respiratória. Proposta nova reabordagem: drenados 10 litros de mucina e ressecadas lesões císticas retroperitoneais, acometimento em tuba uterina direita. Manteve boa evolução PO e retornou sem limitações importantes às atividades diárias. Em 07/22 optou por voltar aos ciclos de QT. **Discussão:** O adenocarcinoma mucossecretor de apêndice é relativamente raro, representa < 0,5% de todas as neoplasias TGI e em contexto de recidiva apresentam poucos dados na literatura referentes ao seu seguimento. O prognóstico é diretamente associado a estágio avançado, grau de malignidade e se há pseudomixoma peritoneal. Sendo que a mucina está associada a pior prognóstico, tal qual a infiltração de estruturas abdominais adjacentes. O tratamento cirúrgico é a melhor opção para esses pacientes após o diagnóstico inicial, sendo um fator determinante e capaz de proporcionar sobrevida global, que engloba taxas de cerca de 57% em cinco anos para tumores bem diferenciados e 11% para tumores pouco diferenciados após tratamento adequado. Entretanto, há limitação de condução em caso de lesões avançadas, sem resposta a QT adjuvante ou ausência de possibilidade de abordagens cirúrgicas com proposta curativa. Em nosso relato apresentamos uma paciente de 71 anos extremamente consciente do seu quadro clínico, apta a tomar decisões sobre seu tratamento. Demonstramos a importância das decisões compartilhadas entre as equipes médicas, paciente e familiares e o respeito à autonomia da paciente.

Palavras-chave: cirurgia paliativa; adenocarcinoma de apêndice; mucina.

Confecção de anastomose colorretal na videolaparoscopia com o verde de indocianina

FERNANDO VIEIRA LEITE; IAN DAMAS VIEIRA; RAQUEL ROXO BRUNO; ISABELLA DE ALMEIDA KLEIN; DIOGO NOGUEIRA FIUZA; PEDRO CALDAS PEREIRA; CARLOS AUGUSTO MARTINEZ MARINS; RENATO ABRANTES LUNA. HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: A fístula anastomótica (FA) é uma das complicações mais temidas pelos cirurgiões por apresentar alto índice de morbidade e mortalidade, ocorrendo em até 20% dos casos de cirurgias colorretais. Existem diversos fatores de risco para as fístulas intestinais, sendo o principal deles a má perfusão sanguínea. Tradicionalmente, os critérios para uma anastomose segura são avaliados de forma macroscópica, como a cor da serosa, pulso palpável, movimentos peristálticos ou sangramento ativo das artérias marginais, no entanto há literatura evidenciando que a essa avaliação não é a mais adequada. Trazemos o uso do verde de indocianina na videolaparoscopia como um critério alternativo para confecção de uma anastomose segura. **Relato de caso:** paciente masculino, 59 anos, sem comorbidades, apresentou perda ponderal de 3 kgs em 2 meses e hematoquezia. Nega quaisquer outras queixas. Ao exame físico não apresentava alterações dignas de nota. Toque Retal sem alterações. Colonoscopia evidenciou Blastoma entre 10 a 15 cm de margem anal. Biópsia com resultado de Adenocarcinoma. CEA 11,7. Realizado Retossigmoidectomia Videolaparoscopia com o uso de verde de Indocianina para identificação de área de melhor perfusão, marcação de local para ressecção do retossigmoide com base na avaliação perfusional. Anastomose com grampeador circular e reavaliação perfusional com verde de indocianina. **Histopatológico:** pT2N0, 30 linfonodos negativos, ausência de invasão angiolinfática e perineural. Paciente evoluiu bem no pós-operatório com alta hospitalar no quarto dia, sem reinternação. **DISCUSSÃO:** A angiografia com indocianina tem se mostrado um procedimento seguro sem aumentar a morbidade ou mortalidade em pacientes. Existem muitos estudos na literatura que demonstraram que o procedimento diminui a FA em cirurgia colorretal, tanto em doenças benignas, quanto malignas. Considerando que os pacientes com FA necessitam de reoperação, cuidados intensivos e aumento de hospitalização, então o uso de indocianina deve ser estimulado para obtenção de menores índices de complicações e redução dos custos de saúde.

Referência:

Kawada K, Hasegawa S, Wada T, Takahashi R, Hisamori S, Hida K, Sakai Y. Evaluation of intestinal perfusion by ICG fluorescence imaging in laparoscopic colorectal surgery with DST anastomosis. Surg Endosc. 2017 Mar;31(3):1061-1069.

Boni L, David G, Dionigi G, Rausei S, Cassinotti E, Fingerhut A. Indocyanine green-enhanced fluorescence to assess bowel perfusion during laparoscopic colorectal resection. Surg Endosc. 2016 Jul;30(7):2736-42.

Blanco-Colino, R., Espin-Basany, E. Intraoperative use of ICG fluorescence imaging to reduce the risk of anastomotic leakage in colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis. Tech Coloproctol 22, 15–23 (2018).

Bruce J, Krukowski ZH, Al-Khairy G, Russell EM, Park KG. Systematic review of the definition of anastomotic leak after gastrointestinal surgery. Br J Surg. 2001

Palavras-chave: Indocianina;Fístulas

intestinais;Anastomose

Colorretal.

Endometriose de ceco simulando apendicite aguda: relato de caso

LUISE CRISTINA TORRES RUBIM DE BARROS¹; GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA²; BÁRBARA MOREIRA RIBEIRO TRINDADE DOS SANTOS¹; VITÓRIA MIKAELLY DA SILVA GOMES¹; LORENN PAULINELLI BAHIA VIEIRA². 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CÉLIO DE CASTRO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, induzindo uma resposta inflamatória com o desenvolvimento de aderências e outras complicações. O acometimento de alças intestinais por implantes endometriais pode ocorrer em até 37% das mulheres com endometriose. Entretanto, o envolvimento do ceco pela endometriose é menos comum, correspondendo a apenas 3,5% dos casos de endometriose intestinal. A presença dos implantes nas alças pode provocar dor abdominal, intussuscepção, obstrução intestinal e sangramento digestivo, conforme a extensão e a profundidade do acometimento intestinal.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 49 anos, sem comorbidades, foi atendida em pronto-socorro com quadro de dor em fossa ilíaca direita de início há 1 dia, associada a náuseas, vômitos e hiporexia. Sem alterações em hábito intestinal, ausência de corrimento vaginal. Refere quadro de dispareunia de início há 3 meses e a data da última menstruação 20 dias antes do início dos sintomas. Ao exame físico, apresentava dor intensa à palpação de todo o andar inferior do abdome, com dor à descompressão brusca de fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais no momento da admissão demonstravam leucocitose (12540 leucócitos/ mm^3) e elevação de proteína C reativa ($107,7\text{mg/L}$). Uma tomografia de abdome demonstrou espessamento e densificação dos planos adiposos na fossa ilíaca direita, com coleção de 25ml nesta topografia. A paciente foi então submetida a laparoscopia, com achado de tumoração em ceco, com aspecto macroscópico sugestivo de neoplasia. Optado então por conversão para cirurgia aberta e realização de colectomia direita com anastomose ileocolônica látero-terminal. A paciente apresentou boa evolução após a cirurgia, recebendo alta hospitalar no 5 dia pós-operatório. O estudo histopatológico da peça cirúrgica demonstrou a presença de glândulas e estroma endometriais infiltrando a parede do ceco até a submucosa, condizente com diagnóstico de endometriose intestinal acometendo ceco. A paciente segue assintomática e em bom estado geral 30 dias após o procedimento, tendo sido encaminhada para acompanhamento em serviço especializado de ginecologia.

DISCUSSÃO

Embora a sua ocorrência seja rara, a endometriose do ceco pode provocar processo inflamatório local com quadro clínico e radiológico semelhante ao de apendicite aguda complicada, ou mesmo ao das neoplasias de ceco, devendo ser considerado no diagnóstico diferencial destas doenças. O tratamento pode variar conforme os sintomas apresentados pela paciente e o grau de comprometimento intestinal pela endometriose.

Palavras-chave: Endometriose intestinal;Pseudotumor de ceco;Endometriose.

ESTANDARDIZAÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA NA RETOSIGMOIDECTOMIA ROBÓTICA NO CÂNCER COLORRETAL

MIGUEL MATEO SARMIENTO ALVAREZ; CARLOS ADRIAN BUSTAMANTE GARCIA; RENÉ FERNANDO CASTILLO GUAMÁN; KIMBERLLI DE SEIXAS NUNES; CAMILLA FARIAS DE SOUZA CRUZ; GUILHERME LEMOS COTTA PEREIRA. INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo. Uma estimativa mundial, ano 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos. O Instituto Nacional de Câncer diagnosticou no Brasil 41.010 novos casos de câncer colorretal do 2020/2022. O câncer colorretal no Brasil, representa a quarta causa de óbito. A principal modalidade terapêutica com perspectiva de cura é a cirúrgica, lembrando que a primeira alternativa à cirurgia aberta na remoção colorretal foi a laparoscopia na década de 1990, substituindo a mão humana. O robô, assim como a laparoscopia, aparece ao longo do tempo para melhorar significativamente a resolução cirúrgica desta patologia, apresentando muito mais vantagens do que desvantagens.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: O paciente é colocado decúbito supino em posição de Lloyd Davies. Após a marcação um total de 5 trocates são posicionados entre as 9 e as 12 horas a 20 cm do órgão alvo sendo a distância entre cada um deles 10 cm. O procedimento começa com uma vista panorâmica do tumor que compreende entre o sigma e reto identificando sua parte distal, proximal e as estruturas adjacentes. Subsequentemente começa com a liberação da goteira parietocolica realizando lise de aderências que apresentava de um procedimento anterior não relacionado com a patologia. Em quanto pode-se observar benefícios da cirurgia robótica como a precisão e estabilidade dos braços conseguindo realizar uma dissecação mas limpa obtendo menor risco cirúrgico, menor complicações; outra vantagem também produz menor sangramento operatório como pode ser visto, permite trabalhar em espaços reduzidos como exemplo na dissecação do mesosigma e mesoreto. Posteriormente se continua em busca das estruturas como ureteres, artéria e veia mesentérica inferiores, e enquanto se realiza a dissecação pode-se observar mais benefícios do robô nesta cirurgia como e a mobilidade 360 graus dos braços, o cirurgião torna-se ambidestro e a imagens para observar as estruturas são muito boas sendo 3DHD para melhor reconhecimento das estruturas. Uma vez identificada a veia e artéria os grampos metálicos são colocados, se cauteriza e corta os mesmos procedendo a liberação do colon distal para logo ressecar a peça com o endogrampeador lineal junto com mais de 16 linfonodos que foram ressecados os quais após ao estudo histopatológico se mostraram negativos provando ser um tumor T2N0 de acordo a classificação TNM. Antes da colocação da ogiva extraperitonealmente foi feita a liberação do angulo esplênico para posteriormente realizar uma reconstrução colorretal com o endogrampeador circular e reforço com sutura neste nível.

DISCUSSÃO: Sendo esta uma patologia de importância e frequente é preciso estabelecer um esquema padronizado da técnica cirúrgica na retosigmoidectomia robótica para assim obter um resultado final preciso, reduzir o risco de erros operatorios, remover a variabilidade dos resultados e obter benefícios a favor dos pacientes submetidos a este procedimento

Palavras-chave: robô; cirurgia robótica; retosigmoidectomia robótica.

Hemicolectomia direita por adenocarcinoma de apêndice com carcinomatose diagnosticado após apendicectomia: um relato de caso

CAMILA MARIANA DE PAIVA REIS¹; YURI RHIOS ARAUJO SANTOS¹; FELIPE GUIMARÃES CARDÃO POVOLERI¹; ABNER RAMOS DE CASTRO¹; JOÃO HENRIQUE SENDRETE DE PINHO¹; CARLOS ASSIS CAIADO FRAGA²; RAFAEL SOUZA MOTA³; LORENA NAGME DE OLIVEIRA¹. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL ASCOMER, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Introdução: O adenocarcinoma de apêndice é uma condição pouco frequente, cuja apresentação clínica é similar à apendicite decorrente de obstrução luminal. Representa cerca de 1% das lesões malignas do trato gastrointestinal, sendo que a grande maioria é diagnosticada apenas através de exame anatomopatológico da peça cirúrgica, pois o diagnóstico intraoperatório desta afecção é dificultoso devido à grande incidência de inflamação concomitante no apêndice¹. O objetivo deste relato é descrever o caso de um paciente com adenocarcinoma de apêndice submetido à hemicolectomia direita após diagnóstico por apendicectomia que segue em cuidados paliativos após progressão da doença. **Relato do caso:** Homem, 43 anos, apresentou-se ao serviço com dor abdominal e febre em abril de 2015; nega tabagismo e etilismo; histórico familiar de CA de laringe. Foi diagnosticado com perfuração de apêndice e peritonite e submetido à apendicectomia. No laudo histopatológico, diagnosticou-se adenocarcinoma bem diferenciado, invasivo com perfuração (pT3), sendo encaminhado ao ambulatório de coloproctologia. Foi realizada colonoscopia pré operatória com achados de erosões com halo de enantema e áreas sadias de permeio em sigmóide, cólon descendente com área de enantema e edema se estendendo por 8 cm e ocupando aproximadamente 50% de sua luz; discretas áreas de enantema e edema no cólon ascendente. Na biópsia, mucosa colônica com aumento de componente linfoplasmocitário em lâmina própria, colite crônica leve com leve atividade inflamatória e colite crônica erosada com atividade inflamatória moderada. Foi realizada colectomia direita, sem intercorrências e sem sinais de neoplasia residual. Foi realizada quimioterapia adjuvante com ácido folínico e Fluorouracil até abril de 2016 devido à rotura do apêndice. Em maio de 2021, houve aumento de marcadores tumorais (CEA), sendo confirmada a recidiva em peritônio, pleura e pulmão nos exames de imagem. O paciente foi encaminhado à quimioterapia paliativa. **Discussão:** A apresentação clínica do adenocarcinoma de apêndice se assemelha à apendicite aguda, sendo indicado a cirurgia de apendicectomia por suspeita de apendicite aguda em quase todos os casos. O tratamento requer hemicolectomia direita com linfadenectomia local associada e outros procedimentos, como lavagem peritoneal, citorredução e quimioterapia, podem ser necessários caso haja disseminação neoplásica por continuidade, contiguidade ou perfuração. Ademais, pacientes diagnosticados com adenocarcinoma de apêndice apresentam prognósticos ruins, com elevadas chances de desenvolvimento de carcinomatoses, tendo em mente o diagnóstico geralmente tardio. Dessa forma, além da apendicectomia, a hemicolectomia direita pode ser realizada para que haja aumento significativo da sobrevida do paciente - ganho de 5 anos de vida quando comparada à apendicectomia isolada¹. **Referência:** 1.Kelly KJ. Management of Appendix Cancer. Clin Colon Rectal Surg. 2015;28(4):247-255. doi:10.1055/s-0035-1564433

Palavras-chave: adenocarcinoma de apêndice;colectomia;carcinomatose.

ILEOLECTOMIA DIREITA NA DOENÇA DE CROHN: ANÁLISES DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

BEATRIZ YUKI MARUYAMA; PAULO GUSTAVO KOTZE. PUCPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

Introdução: A Doença de Crohn (DC) faz parte do grupo de doenças inflamatórias intestinais (DII). Ela usualmente apresenta lesões salteadas e transmuralis, que podem evoluir com complicações como perfuração, abscessos, fístulas e obstrução intestinal. Uma das abordagens cirúrgicas mais utilizadas no seu tratamento é a ileolectomia direita. **Objetivos:** analisar as proporções de complicações após ileolectomias direitas por DC e sua relação com o fenótipo da doença. **Materiais e Método:** estudo retrospectivo, de centro único, que incluiu pacientes portadores de DC submetidos a ileolectomia direita como forma do seu tratamento. Os pacientes foram alocados em dois grupos: doença luminal (cirurgia mais precoce) e doença complicada com estenoses ou perfurações (cirurgia mais tardia). As proporções de complicações pós-operatórias foram analisadas, e comparadas entre os grupos. Todos os dados coletados foram armazenados em planilha do Excel e avaliados pelo programa SPSS Stata. **Resultados:** 128 pacientes fizeram parte da análise dos dados, sendo 77 do sexo feminino. A amostra foi dividida em 2 grupos, sendo 26 pacientes no grupo que realizou cirurgia luminal/precoce e os outros 102 que realizaram cirurgia complicada/tardia. 52 pacientes tiveram cirurgia por acesso laparoscópico, sendo 14 do grupo precoce e 38 do tardio, sendo que só houve conversão no grupo tardio. Quanto à anastomose primária, foi realizada em todos do grupo precoce e em 95.1% do grupo tardio. Houve complicações pós-operatória em 19.23% do grupo precoce e 35.29% do grupo tardio, sem diferença entre os grupos ($p=0.117$). Dividindo-se as complicações em menores e maiores, obteve-se 80 e 20% respectivamente no grupo precoce e 58.33% e 41.67% respectivamente no grupo tardio, sem diferença estatística. **Considerações Finais:** Não houve diferença nas proporções de complicações pós-operatórias entre pacientes submetidos a ileolectomias direitas na DC na forma precoce (luminal) ou tardia (complicada). O perfil epidemiológico dos pacientes foi semelhante ao descrito na literatura.

Palavras-chave: Complicações;Doença de Crohn;Ileolectomia Direita.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER COLORRETAL NA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU – RJ

ESTHER VICTORIA LIMA DE MELLO¹; VINICIUS AMARO CHAGAS MESQUITA²; LORENA RIBEIRO TEIXEIRA²; CAMILA ZANETTI MACHADO³; ANA LUIZA FONSECA MAIA CAETANO²; RANY HAYDEE BAAMONDE BORGES GRIPP LOPES³. 1. UNIVERSIDADE IGUAÇU- UNIG, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE IGUAÇU - UNIG, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL.

Introdução: O câncer colorretal é a terceira maior incidência oncológica no mundo, com crescente número de casos e diagnósticos em fases avançadas da doença, levando ao aumento significativo de mortalidade em indivíduos acometidos. A identificação do perfil epidemiológico regional, viabiliza ações de impacto positivo na população e adesão as campanhas de rastreamento, reduzindo o impacto deletério da afecção. **Metodologia:** Projeto submetido ao Comitê de Ética da Universidade Iguaçu (UNIG). Optou-se por um estudo transversal quantitativo e qualitativo descritivo, oriundo da apuração de 67 prontuários - contemplando os critérios de inclusão, do Instituto Oncológico Municipal, admitindo variáveis: sexo, idade, tempo de espera ao início do tratamento, grau de invasão da lesão, pacientes com lesão metastática e colostomizados. **Resultados:** O perfil da amostra foi subdividido em sexo, 38 (56,7%) pacientes do sexo *masculino* e 29 (43,3%) *sexo feminino*. A média calculada da idade do estudo é de aproximadamente 60,2 anos, moda e mediana 60 anos. A média respectiva ao tempo de espera foi de 61,8 dias. Foram quantificados 26 casos com metástase. Mediante ao grau de invasão da lesão *grau I* 2 (2,9%) casos, *grau II* 22 (32,8%), *grau III* 23 (34,3%) e *grau IV* 20 (29,8%). Destes, 38% foram colostomizados. **Conclusão:** O número de casos na região em um ano, sendo esses majoritariamente graves, infere o caráter de gravidade da doença e a importância da adesão ao programa de rastreamento ao Câncer Colorretal desde a Atenção Básica, possibilitando tratamento precoce e melhora na expectativa de vida.

Palavras-chave: Cancer Colorretal; Sistema Único de Saúde; Epidemiologia descritiva.

Perfuração de cólon sigmóide por corpo estranho com exteriorização em região inguinal: relato de caso

LUISE CRISTINA TORRES RUBIM DE BARROS¹; GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA²; BÁRBARA MOREIRA RIBEIRO TRINDADE DOS SANTOS¹; VITÓRIA MIKAELLY DA SILVA GOMES¹; LORENN PAULINELLI BAHIA VIEIRA². 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CÉLIO DE CASTRO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO

A ingestão de corpos estranhos é um evento relativamente comum e potencialmente grave, podendo provocar diversas complicações no trato gastrointestinal, tais como sangramento, obstrução e perfuração. A maioria dos corpos estranhos ingeridos atravessa o tubo digestivo sem intercorrências, com perfuração ocorrendo em apenas 1% dos casos. O cólon sigmóide é um local incomum de perfuração e impactação por corpos estranhos ingeridos, visto a passagem por outros locais de maior estreitamento da luz intestinal antes da chegada à parte distal do cólon. Entretanto, a perfuração do cólon sigmóide por corpos estranhos ingeridos pode ocorrer, com um risco significativo de evolução para abscessos, fístulas ou sepse de foco abdominal

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 76 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo, sem quadro de transtornos da deglutição, foi atendida em pronto-socorro com quadro de abaulamento doloroso em região inguinal esquerda, com surgimento há 6 meses e piora importante há 3 dias, quando também apresentou hiperemia significativa na região. Sem alterações em hábito intestinal, boa aceitação da dieta, sem queixas ginecológicas ou urinárias associadas, afebril. Ao exame físico apresentava nódulo doloroso em região inguinal esquerdo, com calor e hiperemia local significativos e apresentando ponto de flutuação evidente sugerindo abscesso. Exames laboratoriais realizados na admissão não demonstravam alterações, com hemograma e dosagem de proteína C reativa dentro dos parâmetros de normalidade. Devido ao caráter e topografia pouco usual da lesão, foi optado pela realização de tomografia computadorizada para melhor investigação. A tomografia revelou a presença de múltiplos divertículos em todas as porções do cólon, bem como densificação da gordura em fossa ilíaca esquerda, com corpo estranho medindo 5cm de extensão em parede abdominal, com sua extremidade no interior do cólon sigmóide. A paciente foi então submetida a laparotomia, sendo visto o cólon sigmóide aderido à parede abdominal, sem contaminação da cavidade. Após a liberação do cólon foi visualizado corpo estranho exteriorizado por meio de orifício puntiforme na parede do cólon, o qual foi identificado como sendo um palito de dente. Foi feita a sutura do cólon e a remoção do corpo estranho, bem como a drenagem de pequeno abscesso em subcutâneo. A paciente recebeu alta hospitalar 3 dias após o procedimento, e retornou ambulatorialmente após 45 dias, totalmente assintomática.

DISCUSSÃO

Embora a perfuração do cólon sigmóide por corpos estranhos ingeridos seja rara, a sua ocorrência pode causar graves complicações, como formação de abscessos e peritonite. A perfuração bloqueada, com migração do corpo estranho através da parede abdominal, como descrito neste relato, é evento extremamente incomum, porém de evolução favorável quando adequadamente diagnosticado e tratado.

Palavras-chave: Corpo estranho; Perfuração de cólon; Cólon sigmóide.

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) E TUMOR NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE

ANA FLAVIA DE SOUZA HENRIQUE; JAQUELINE MENDES DA LUZ MAGALHÃES; MARIA EUGENIA DA COSTA REGHIN; SELMA CRISTINA OLIVEIRA SASTRE DOS SANTOS; VINICIUS ANTONIO PERON; GUILHERME ORLANDINI ABILAS; RAFAEL NEIVA DE AZEVEDO; BRUNA CHOCIAI. IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Polipose adenomatosa familiar (PAF) consiste em uma doença genética de caráter dominante associado a mutação no gene APC. Se caracteriza pela presença de mais de 100 pólipos no cólon e reto, além de poder desencadear lesões benignas e malignas extracolônicas. Seu diagnóstico ocorre na 2 e 3 década de vida através de colonoscopia e exame genético. Sem o diagnóstico precoce e tratamento adequada o desenvolvimento de câncer de cólon é inevitável.

RELATO DE CASO

Caso clínico: Masculino, 36 anos admitido no Hospital Santa Casa de Londrina devido ao quadro de dor abdominal associado a enterorragia e perda ponderal de 6 kg em 30 dias. Histórico de câncer colorretal em pai e irmão com prognóstico reservado. Realizada colonoscopia com achado de múltiplos pólipos colorretais e lesões vegetativas a 20, 30 e 50 cm da borda anal. Coletadas biópsias com achados histopatológicos de adenoma serrilhado tradicional. Estadiamento com tomografia de abdome com nódulo hepático com homogeneização tardia e tomografia de tórax sem alterações. Optado por tratamento com colectomia total com ileoretoanastomose e linfadenectomia sem intercorrências. Anatomopatológico de segmento intestinal constatou adenomas tubulares múltiplos > 100 com displasia de baixo grau e erosões superficiais, compatível com polipose adenomatosa familiar, além de apêndice cecal com tumor neuroendócrino bem diferenciado medindo 1.3 cm, com índice mitótico de < 2 mitoses/2 mm, padrão sólido e insular com extensa até a serosa e margem livre de doença neoplásica. Paciente com boa evolução em enfermaria com alta hospitalar posterior e seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

Em pacientes de 35 anos com PAF, a incidência de CCR se encontra próximo a 95%. Porém, outras porções do trato gastrointestinal podem ser acometidas pela extensão desta neoplasia. A conduta principal na PAF envolve rastreio com retossigmoidoscopia anual a partir 10-12 anos em parentes de primeiro grau de familiares portadores de PAF ou mutação do APC, o aconselhamento genético e teste genéticos são recomendados nessa mesma faixa etária. Além disso, o princípio do manejo no tratamento da PAF é a cirurgia colorretal profilática devido ao risco de 100% de CCR aos 40 anos de idade se não tratada precocemente. A estratégia do seguimento clínico do paciente depende do tipo de cirurgia a ser realizada, em casos de colectomia total deve-se realizar endoscopia a cada 6 meses.

REFERÊNCIAS

1. DINARVAND, P. DAVARO, EP. DOAN, JV. ISING, ME. EVANS, NR. PHILLIPS, NJ. LAI, J. GUZMAN, MA. **Síndrome de Polipose Adenomatosa Familiar: Uma Atualização e Revisão das Manifestações Extraintestinais.** Arch Pathol Lab Med. 2019 Nov;143(11):1382-1398.
2. HALF, E. BERCOVICH, D. ROZEN, P. **Polipose adenomatosa familiar.** Orphanet J Rare Dis 4, 22 (2009).
3. KUDCHADKAR, S. AHMED, S. MUKHERJEE, T. SAGAR, J. **Diretrizes atuais no manejo cirúrgico de câncer colorretal hereditário.** World J Gastrointest Oncol 2022.

Palavras-chave: Polipose Adenomatosa Familiar; Câncer Colorretal; Tumor de Apêndice.

Sigmoidectomia videolaparoscópica devido a lipoma gigante de cólon sigmóide: um relato de caso

MARCELO DE SOUZA; MARIANA LIMA CRISPI CARNEIRO; RAYSSA VICTÓRIA COUTO E SOUZA; VICTOR BAX AMARAL; LORRANE VIEIRA SIQUEIRA RISCADO; GABRIEL SEIXAS DE SOUZA; LORENA NAGME DE OLIVEIRA; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Introdução: Lipomas de cólon são tumores benignos incomuns, sendo ainda mais raros os de sigmóide. São tipicamente assintomáticos, mas lesões maiores que 2cm podem causar pseudo-obstrução intestinal, intussuscepção, dor abdominal, sangramento retal e constipação, sendo necessária intervenção¹. O diagnóstico definitivo é dado por resultado anatomopatológico, representando um desafio clínico. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com diagnóstico de lipoma gigante submetido a sigmoidectomia videolaparoscópica. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 63 anos, encaminhado ao serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da UFJF - Juiz de Fora (MG), em janeiro de 2015, após achado de lesão subepitelial em cólon sigmóide colonoscopia de rastreio – a lesão media aproximadamente 50mm e ocupava cerca de 80% da luz do órgão, estenosando parcialmente a luz, sem impedir a progressão do aparelho. O paciente apresentava dor abdominal em cólica, com hábitos excretadores preservados, sem outras queixas associadas. Foi, então, submetido à TC pré operatória para estudo da lesão e à abordagem cirúrgica, em fevereiro de 2015. Realizado sigmoidectomia segmentar videolaparoscópica. No pós operatório, o paciente evoluiu com íleo adinâmico e hematoma de parede abdominal, tratado conservadoramente. Recebeu alta no nono dia de pós-operatório em boas condições clínicas. No estudo anatomopatológico da peça cirúrgica, foi evidenciada lesão arredondada e pardacenta, recoberta por mucosa, projetando-se para o lúmen e atingindo 90% da circunferência do órgão, medindo 5,0 x 3,2 x 5,1cm, diagnóstica para lipoma. **Discussão:** Os lipomas cólicos são tumores mesenquimais de crescimento lento e têm origem na camada submucosa em 90% dos casos, sendo mais comuns no cólon ascendente e no ceco. Sua incidência aumenta após os 50 anos e em 80% dos casos é único. O diagnóstico diferencial envolve principalmente o lipossarcoma, tumor maligno que tende a acometer adultos entre 50 e 60 anos. Tal diferenciação é desafiadora no período pré-operatório, e pode ser realizada por meio da clínica minuciosa, complementada por exames como ressonância magnética, tomografia, colonoscopia e enema baritado. O tratamento deve considerar vários fatores, como tamanho, localização, presença de sintomas, diagnósticos diferenciais possíveis, idade e comorbidades do paciente. O tratamento cirúrgico é recomendado para lesões maiores que 2 cm. Lipomas gigantes são aqueles com diâmetro igual ou maior que 5 cm¹. No caso apresentado, o paciente era sintomático e apresentava exame evidenciando obstrução da luz intestinal (80%) em cólon sigmóide, justificando a abordagem cirúrgica minimamente invasiva, que permite melhora no controle da dor incisional, redução do tempo de internação e menor tempo de recuperação. **Referência:** 1. Roky MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large-bowel lipomas--presentation and management. An 18-year study. Eur J Surg. 1991;157:51-55

Palavras-chave: lipoma de cólon;sigmoidectomia;lipoma gigante.

SÍNDROME DO INTESTINO CURTO POR NECROSE SECUNDÁRIA À VOLVO DE SIGMOIDE E HÉRNIA INTERNA EM PACIENTE SEM CIRURGIA PRÉVIA: RELATO DE CASO

GABRIELA CAVALCANTE DE SOUZA; VIVIANE SUZUKE; BEATRIZ BUCHALLA GARCIA SIMÃO; PALOMA RICCIARDI DE CASTRO; AMELY COVALERO DA SILVA PINTO; EDSON SOARES BEZERRA. SÃO LEOPOLDO MANDIC, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: Obstrução intestinal por hérnia interna e volvo de sigmoide, são eventos raros que necessitam de suspeita clínica, diagnóstico radiológico e conduta rápidos a fim de reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade.

Relato de caso: masculino, 55 anos. Buscou PS por dor abdominal difusa e intensa, parada de eliminação de flatos e fezes, náuseas e vômitos há 1 dia. Nega comorbidades, uso de medicações e cirurgias prévias. Exame físico: MEG, hipocorado 1+/4+, desidratado 3+/4+. Dispneico, MVUA sem RA. RCR2T sem sopros, hipotenso e taquicárdico. Abdome em tábua, dor a palpação superficial e profunda, descompressão brusca positiva. TC abdome: distensão hidroaérea de alças de delgado e câmara gástrica, ponto de transição do calibre a nível do mesogástrico, com "sinal do redemoinho", inferindo torção do pedículo vascular, compatível com AAO por hérnia interna. Ingurgitamento mesentérico e moderada quantidade de líquido livre na cavidade. Paciente submetido a laparotomia exploradora. Intra operatório: moderada quantidade de hemoperitônio, volvo de sigmoide com formação de hérnia interna com conteúdo de 4 metros de intestino delgado necrosado e necrose de cólon sigmoide, vesícula biliar com sinais de sofrimento agudo. Realizada enterectomia segmentar com preservação de 130 cm de delgado a partir do ângulo de Treitz e colectomia esquerda. Apendicectomia táctica e colecistectomia. Exteriorização de ostomia a mikulicz em HCE, fístula mucosa de delgado e cólon transversal. Após 10 dias submetido à colectomia total e rematuração de ostomia. Intra operatório: moderada quantidade de líquido sero-hemático purulento em pelve, cólon direito com áreas de necrose, ceco distendido com ponto de pneumatose e colostomia liquefeita. Alta hospitalar com seguimento no ambulatório de intestino curto do HCFMUSP.

Discussão: A mortalidade no abdome agudo obstrutivo se deve aos atrasos no diagnóstico, necrose intestinal e síndrome do desconforto respiratório do adulto associada à sepse devido à infecção persistente intra-abdominal. O relato de experiências exitosas ou até mesmo que divergem com a literatura devem ser listados com a visão de auxiliar outros profissionais. O tratamento da SIC descrito envolveu diversos desafios, que foram pautados em questões éticas e profissionais para a garantir a saúde do paciente.

Referências bibliográficas:

DURAI, M. R.; KUMAR, J. K.; VIJAYANAND. A clinical study on the management of sigmoid volvulus. **International Surgery Journal**, v. 4, n. 3, p. 1039–1043, 25 fev. 2017.

FAN, H.-P. et al. Clinical spectrum of internal hernia: A surgical emergency. **Surgery Today**, v. 38, n. 10, p. 899–904, out. 2008.

GYEDU, A. et al. Congenital transmesenteric defect causing bowel strangulation in an adult. **Hernia**, v. 14, n. 6, p. 643–645, dez. 2010.

JUNTTILA, A. et al. Laparoscopic treatment of small bowel strangulation caused by an intramesosigmoid hernia and review of literature. **BMJ Case Reports**, v. 13, n. 4, p. e233627, 29 abr. 2020.

Palavras-chave: HÉRNIA INTERNA;VOLVO DE SIGMOIDE;SÍNDROME DO INTESTINO CURTO

TUMOR DE CECO- MANIFESTAÇÃO CLÍNICA INCOMUM EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

CARINA VITORIA PARADA DIAS¹; BRUNO BIGNARDI²; INGRID VERÇOSA ALBUQUERQUE CRUZ OLIVEIRA²; THAÍZA MELLO MALHEIROS²; ANA CAROLINA MOREIRA CERUTTI²; FELIPE MARCONDES DE OLIVEIRA²; CIBELLE MARION BERTOLLI²; SILVANA CESPEDES GOMES². 1. HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMES NARDINI, MAUÁ - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMES NARDINI, MAUA - SP - BRASIL.

Os **objetivos** deste estudo são discutir os aspectos epidemiológicos, tipos histológicos mais incidentes, quadro clínico e complicações dos tumores de ceco, bem como elucidar sua inclusão como diagnóstico etiológico diferencial de Abdome Agudo.

Método: Trata-se de um relato de caso de um paciente jovem com tumor maligno de ceco operado na urgência com hipótese diagnóstica de apendicite aguda em julho de 2022 no Hospital de Clínicas Dr Radamés Nardini em Mauá.

Utilizamos como fonte de pesquisa, a coleta de dados em prontuário, além da consulta de artigos científicos no banco de dados UpToDate.

Resultados: este trabalho evidencia que o câncer colorretal (CCR) esporádico é tradicionalmente diagnosticado após a sexta década de vida, embora uma pequena porcentagem de casos seja diagnosticada em doentes abaixo dos 40 anos de idade, e a incidência está aumentando. Existe uma grande controvérsia a respeito da evolução clínica de doentes jovens portadores de câncer colorretal em comparação aos mais idosos. É incomum a complicação inflamatória dos tumores de ceco, sendo mais comum a manifestação clínica de obstrução e/ou sangramento nesta patologia. Após diagnóstico, o estadiamento é importante para afastar comprometimento de outros órgãos. O tratamento de escolha para a doença é cirúrgico, podendo ser realizado tratamento adjuvante com quimioterapia e/ ou radioterapia a depender do anatomo-patológico.

No caso relatado o paciente apresentava história compatível com abdome agudo inflamatório (dor abdominal há 3 dias, inicialmente periumbilical com migração para FID, febre 38º), leucocitose, além de alça sentinela em topografia de apêndice cecal na radiografia de abdome agudo e, diagnóstico ultrassonográfico de imagem apendiciforme dilatada em fossa ilíaca direita, compatível com apendicite aguda (ALVARADO 7 PONTOS). Indicada, pela equipe cirúrgica, a apendicetomia laparotômica no serviço de urgência. O diagnóstico tumoral foi elucidado no intraoperatório, sendo a cirurgia convertida para colectomia direita oncológica com anastomose primária e ileostomia protetora.

Conclusão: Paciente operado de urgência e submetido a colectomia direita oncológica com ileo-transverso anastomose termino-terminal, manual, e ileostomia protetora. Submetido a estadiamento e segue em acompanhamento pós-operatório rigoroso.

Palavras-chave: Neoplasia do Ceco;Neoplasias Colorretais;Cirurgia Colorretal.

Tumor desmoide primário em cólon: um relato de caso

PEDRO HENRIQUE MELO SIPOLI MARQUES; LUANA WERNECK RODRIGUES DE MELO; MARIA JÚLIA XAVIER RIBEIRO; JOÃO HENRIQUE SENDRETE DE PINHO; LORRANE VIEIRA SIQUEIRA RISCADO; LORENA NAGME DE OLIVEIRA; MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO DE SOUZA; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Introdução: Tumores desmoides (TD) são neoplasias benignas raras do tecido conjuntivo e representam cerca de 0,03% de todas as neoplasias, sendo mais prevalentes em mulheres em idade reprodutiva. Possuem comportamento de malignidade com morbimortalidade relacionada ao comprometimento de estruturas e órgãos adjacentes¹. Essa proliferação costuma ser secundária a trauma cirúrgico, mas existem relatos de ocorrência primária. O objetivo deste relato é descrever o caso de um paciente com Tumor Desmoide Primário em cólon submetido à colectomia total. **Relato de caso:** Homem, 52 anos, compareceu no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) referindo quadro de náuseas e vômitos, acompanhados de obstrução intestinal completa em períodos de crise, com início há cerca de 4 anos. Relata perda ponderal de cerca de 10 kg ao longo de 1 ano. Nega tabagismo, etilismo e histórico de câncer colorretal na família. Os exames laboratoriais mostraram elevação duvidosa de calprotectina em fezes (142mcg/g). Na tomografia apresentou lesão irregular promovendo estenose ileal no flanco direito. Ao exame físico, apresentava-se emagrecido, com abdome globoso e massa palpável móvel em mesogástrio, indolor à palpação. Optou-se por realizar colectomia total com enterectomia segmentar, ileorretoanastomose e ileostomia em alça. Os exames anatomopatológico e imuno-histoquímico foram diagnósticos para Fibromatose Desmoide de Cólon, evidenciando-se abundância de vasos anastomosantes e de paredes delgadas nas áreas de fibrose; apêndice cecal com hiperplasia folicular linfóide e peri-apendicite aguda; omento maior exibindo tecido adiposo maduro com congestão vascular e figuras de mitose com expressão focal para Beta-catenina e actina de músculo liso. Não houve intercorrências no pós-operatório e o paciente foi encaminhado ao serviço de oncologia para acompanhamento do quadro. **Discussão:** Apenas 6% dos TD acometem a região intra abdominal, sendo aqueles de cólon ainda mais raros. Apesar disso, possuem maior taxa de recorrência, que chega a atingir até 77% nesses casos. Nos TD intra-abdominais, a progressão tende a ser lenta e assintomática, até se tornarem capazes de causar obstrução, isquemia, perfuração e sangramentos intestinais¹. O paciente em questão apresentou obstrução ao longo de 4 anos, associada a perda ponderal de 10kg em 1 ano, o que orientou os estudos por imagem em busca de provável acometimento neoplásico. O diagnóstico desses casos é feito com base em exame físico, exames de imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética) e biópsia para estudo histopatológico. No tratamento, opta-se, geralmente, pela cirurgia e radioterapia, ao passo que quimioterapia e terapia hormonal podem ser utilizadas em casos refratários à terapêutica anterior¹. **Referência:** 1. Escobar C, Munker R, Thomas JO, Li BD, Burton GV. Update on desmoid tumors. *Ann Oncol.* 2012;23(3):562-569. doi:10.1093/annonc/mdr386

Palavras-chave: tumor desmoide; colon; colectomia.

TUMOR NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE

PATRICK ALEXANDER DURAN ACOSTA; ESTEBAN VIVAS ERAZO; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; DELTA MADUREIRA FILHO; DAVID ALEJANDRO GUZMAN SANCHEZ; EDISON ROBERTO NUÑEZ. PUC RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

O tumor neuroendócrino (TNE) apendicular é uma neoplasia que surge das células neuroendócrinas da submucosa intestinal, são comumente chamados tumores carcinóides, este é um termo mais antigo que às vezes é usado como uma alternativa para os TNE em geral ou para o TNE que não se originam no pâncreas. No apêndice, os TNE são achados incidentais durante a cirurgia por suspeita de apendicite, são encontrados em cerca de 1% das apendicectomias e representam 0,5% das neoplasias intestinais, seu prognóstico é excelente e a sobrevida é superior a 95% cinco anos após da intervenção.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 26 anos de idade, com quadro clínico típico de apendicite, TC do abdome com contraste revelou apêndice cecal de paredes espessadas, foi realizada apendicectomia; anatomopatológico relatou o achado de tumor neuroendócrino bem diferenciado grau 2, localizada na metade distal do apêndice, tamanho da neoplasia 1 cm, índice mitótico <2 mitoses/ 2mm², com índice proliferativo (Ki-67) 3 a 20% (índice:5%), invadindo a subserosa, células positivas para sinaptofisina e cromogranina e o índice de proliferação com o marcador ki 67 foi positivo em 5%, às margens da ressecção cirúrgica livres mas com invasão linfo vascular presente.

Fue feito cecostomía videolaparoscopica (fig.1) com uso do verde de indocianina para avaliar sitio de enteroanastomose (fig. 2) . Fue ressecado um segmento de 14x5 cm (fig. 3) com 16 estruturas linf nodais, o relatório final da peça mostrou sinais morfológicos do tipo colite crônica discreta e infiltrado linfomononuclear em camada muscular e serosa em local de procedimento prévio, linfonodos apresentando hisiocitose sinusoidal reacional, com ausência de metástase nos 16 linfonodos examinados.

DISCUSSÃO

Figura 1

Figura 2

Figura 3

Após a identificação de um TNEa, uma série de parâmetros histopatológicos têm sido usado para diferenciar tumores destinados a seguir um curso indolente daqueles em risco de recaída ou o desenvolvimento de doença metastática: O tamanho do tumor é considerado o indicador mais confiável do potencial maligno junto com a invasão mesoapendicular, e a invasão vascular são fatores para a agressividade e indicação relativa à hemicolectomia direita.

Os sistemas de classificação atuais mais completos são os propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS).

REFERÊNCIAS

1. Syracuse DC, Perzin KH, Price JB, Wiedel PD & Mesa-Tejada R 1979 Carcinoid tumors of the appendix. Mesoappendiceal extension and nodal metastases. Annals of Surgery 190 58–63.
2. Dasari A, Shen C, Halperin D, Zhao B, Zhou S, Xu Y, Shih T and Yao JC: Trends in the Incidence, Prevalence, and Survival Outcomes in Patients With Neuroendocrine Tumors in the United States. JAMA Oncol 3: 1335-1342, 2017.

Palavras-chave: TUMOR;NEUROENDÓCRINO;APÊNDICE.

TUMOR NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE: RELATO DE CASO

CAMILA TOBIAS QUEIROZ; RAPHAEL RODRIGUES CORREA; GABRIELLE OLIVEIRA DE SOUZA; EDUARDO PINHO BRAGA; THAYS RIBEIRO; FILIPE ROZA DA SILVA; RODRIGO LOPES LEITE FURTADO. HOSPITAL SÃO LUCAS DE COPACABANA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: O apêndice é o terceiro sítio mais frequente dos tumores neuroendócrinos (TNE), comumente encontrados de forma incidental. São classificadas pela World Health Organization (WHO) em tumor neuroendócrino quando bem diferenciado e carcinoma neuroendócrino (NEC) quando indiferenciável. Sua origem provém de células neuroendócrinas presentes na lâmina própria e na submucosa da parede apendicular, acometendo pacientes entre 20 e 40 anos. A clínica, quando presente, apresenta-se de forma indissociável da apendicite aguda, diferindo-se pela fisiopatologia não obstrutiva, visto que 60% das lesões são em ápice. Não há fatores de risco definidos e o prognóstico depende do tipo e grau histológico do tumor, com melhor sobrevida quando comparado ao TNE de outros sítios. Este relato de caso busca discutir os achados intra operatórios da apendicectomia que sugerem origem não inflamatória do apêndice.

Relato de caso: Paciente sexo feminino, 32 anos, sem comorbidades, busca atendimento com dor em região epigástrica há 24 horas, que migrou para fossa ilíaca direita. Escore de Alvarado 1. Ao exame afebril, abdome plano, peristáltico, timpânico, com dor em fossa ilíaca direita, sem irritação peritoneal. Laboratório sem alterações. Tomografia computadorizada revelou apêndice cecal de 1,0 cm de diâmetro com realce parietal por meio de contraste, lâmina de líquido livre na cavidade pélvica. Iniciado manejo de apendicite não complicada com antibioticoterapia e abordagem cirúrgica videolaparoscópica. No intra-operatório, sem sinais de metástase na cavidade, apêndice cecal com abaulamento em região distal sugestivo de lesão mucinosa ou TNE. Realizado apendicectomia com excisão total do mesoapêndice. À macroscopia, apêndice de 2,0 cm, com lesão de 1,5 cm em ápice, serosa com conteúdo amarelado. À microscopia, TNE bem diferenciado, infiltrando a camada subserosa e mesoapêndice superficial (pT1 pNx - National Comprehensive Cancer Network). Índice mitótico: 01 mitose/ 2 mm². Margem cirúrgica R0. Imunohistoquímica com cromogranina e Ki67 positivos em menos de 1% das células neoplásicas.

Discussão: A apresentação clínica e radiológica sugestiva de apendicite aguda com achados intraoperatórios discordantes deve suscitar a hipótese de TNE de apêndice. Apesar de raro, o correto manejo altera o prognóstico do paciente. Nesse caso, a análise histológica e imunohistoquímica permitiu classificar a lesão como G1 (baixo grau com índice mitótico <2 e Ki-67 < 3), sendo a apendicectomia com margem livre curativa. Pela raridade em emitir metástase, o TNE de apêndice exige investigação apenas em casos onde a extensão da lesão for > 2cm, ressecção incompleta ou síndrome carcinóide. Cabe ao cirurgião geral, saber identificar possível neoplasia de apêndice a fim de executar a cirurgia mais adequada, evitando a ruptura, margem inadequada ou o contato da peça com a parede abdominal.

Palavras-chave: Neuroendocrino; Apêndice ;Tumor.

Avaliação da tortuosidade e da metragem das incisões cirúrgicas em modelo experimental

LARISSA MERCADANTE DE ASSIS; PHILIPPE FRANCO DO AMARAL TAFNER; PEDRO FERNANDES LOUBACK; BERNARDO FONTEL POMPEU; LUIS FERNANDO PAES LEME. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Objetivo: Avaliar a habilidades métricas e a tortuosidade, subjetivas, na confecção de uma reta, simulando incisão no paciente cirúrgico, pelo médico cirurgião geral, em um hospital referência em ensino.

Método: Realizou-se um estudo de coorte prospectiva, em hospital terciário, no período de abril a junho de 2022. Médicos e assistentes da cirurgia geral foram convidados a participar da pesquisa. Foi solicitado que cada médico desenhasse em uma folha de papel em branco uma reta de 3 cm, 7 cm e 10 cm. O papel encontrava-se em situação, simulando a posição de decúbito dorsal horizontal, com o médico cirurgião disposto a direita do paciente. A reta era desenhada, uma única vez, não sendo permitido realizar medidas e comparações com objetos de metragem. O desenho realizado era comparado com modelo padrão, sendo anotado o tamanho da reta em cm, bem como, avaliado a tortuosidade da reta. Os dados foram anotados em planilha de Excel, submetidos posteriormente a análise descritiva.

Resultados: Participaram do estudo 32 médicos. Sendo 10 assistentes de cirurgia geral, 11 residentes do primeiro ano e 11 residentes do segundo ano. Em relação aos assistentes, a média de retas para 3cm, 7cm e 10 cm foram respectivamente $3,11 \pm 0,61$ cm, $6,72 \text{cm} \pm 1,0$ cm e $9,66 \text{cm} \pm 1,39$ cm. Quanto aos residentes do primeiro ano, a média para as retas de 3cm, 7cm e 10 cm foram $2,45 \pm 0,92$ cm, $5,8 \pm 1,60$ cm e $8,62 \pm 2,46$ cm. Para os residentes do segundo ano, a medida das retas, nesta mesma ordem foi de $2,84 \pm 0,81$ cm, $6,44 \pm 2,17$ cm e $9,76 \pm 3,68$ cm. Na avaliação da tortuosidade da reta, a média do desvio, para os assistentes foi de 0,13cm, enquanto os residentes do segundo e primeiro foi de 0,16cm e 0,17cm, respectivamente. A metragem equivocada nas retas de 3cm, 7cm e 10 cm foram de 93,75%, 96,87% e 96,87%, respectivamente.

Conclusão: Sem auxílio métrico objetivo, a confecção de incisões cirúrgicas realizadas, de forma subjetiva, pode se tornar equivocada em relação a tamanho e tortuosidade.

Palavras-chave: Incisões cirúrgicas; Residência médica; Metragem e tortuosidade de incisões.

NÍVEIS DE BURNOUT EM MÉDICOS RESIDENTES NOS HOSPITAIS EM MINAS GERAIS – MG

RODRIGO FARIA CARDOSO; MICHELLE OLIVEIRA NINA ROCHA; IGOR DOMINICK MICHALICK; MARCELO GOMES GIRUNDI; JUAN MANUEL SORIA VASQUEZ; RAYSSA CORRÊA MALACHIAS. COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

O termo Burnout, é definido como um distúrbio psíquico provocados por condições de trabalho extenuantes, que levam a exaustão física e emocional. No grupo de médicos residentes estes níveis deve-se essencialmente a grandes cargas horárias, atuação precoce em serviços de saúde e menor tempo para lazer, amigos e família. O diagnóstico do burnout é basicamente clínico, leva em conta uma anamnese completa enfatizando na história do paciente ritmo de vida e atividades laborais.

Método: O estudo em questão foi prospectivo, descritivo, quantitativo e transversal, sem conflito de interesse. Foi aplicado questionário elaborado e adaptado por CHAFIC JBEILI, sobre burnout, contendo 20 perguntas nos quais o entrevistado deve responder de 1 a 5 (variando de nunca a diariamente) sobre como se sente.

Objetivos: Identificar o nível de burnout em residentes médicos em hospitais de Minas Gerais e comparar o perfil atual na pandemia com estudos passados.

Resultados: De acordo com a pesquisa, mais de 91% dos entrevistados apresentaram a síndrome de burnout, variando dos níveis leve a grave, nos quais 15% se encontram na fase grave. Pode se perceber que cerca de 89% dos entrevistados se encontram desmotivados e indispostos para desempenhar suas atividades ao menos mensalmente, o que corrobora a realidade vivida pelos residentes nos hospitais. Outro ponto importante avaliado neste questionário é que os profissionais se encontram tanto emocional quanto fisicamente indispostos para realizar sua função, a maioria deles apresentando semanalmente ou diariamente.

Conclusões: Nota-se que os médicos estão insatisfeitos com as condições de trabalho vividas atualmente, principalmente por conta de seus salários que não condizem com a carga horária e a função exercida. Além disso, os níveis altos de burnout são alarmantes e medidas como aumento do número de profissionais de saúde no ambiente de trabalho, diminuição da carga horária, aumento salarial, programas de seguimento psicológico que possam prevenir e tratar a patologia.

Palavras-chave: Burnout;médico;hospital.

Simulação física versus simulação virtual por aplicativo no aprendizado teórico de colonoscopia

PEDRO HENRIQUE MELO SIPOLI MARQUES; DANIELA ALMEIDA ROCHA; LUANA WERNECK RODRIGUES DE MELO; MARIA JÚLIA XAVIER RIBEIRO; MARCOS PAULO MOREIRA SALES; LORRANE VIEIRA SIQUEIRA RISCADO; JOÃO HENRIQUE SENDRETE DE PINHO; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

OBJETIVO: A colonoscopia é considerada o método diagnóstico padrão ouro para doenças do cólon e o procedimento mais eficaz para rastreamento de câncer colorretal. Entretanto, é um exame invasivo e passível de complicações. Embora esse exame seja realizado pelo médico especialista, é fundamental que o médico generalista desenvolva o conhecimento necessário sobre a técnica do exame para realizar melhores indicações, garantir o preparo adequado e diminuir a ocorrência de complicações. No entanto, graduandos de medicina recebem pouco treinamento em colonoscopia durante a formação, devido ao alto custo do equipamento e de simuladores. Nesse contexto, comparamos a simulação física com a simulação virtual por um aplicativo gratuito na aquisição de conhecimento teórico em colonoscopia através de vídeo aulas expositivas.

MÉTODO: 22 estudantes de medicina de Juiz de Fora sem conhecimento prévio em colonoscopia foram randomizados em dois grupos. O grupo controle foi submetido a uma vídeo-aula expositiva sobre colonoscopia e a uma simulação do procedimento em simulador físico. Já o grupo intervenção foi submetido a mesma vídeo-aula expositiva seguida da realização de um exercício no simulador virtual por aplicativo "GastroEX". Depois do treinamento, ambos os grupos tiveram 30 minutos para responder uma atividade formativa composta de 10 questões de múltipla escolha que contemplavam os tópicos abordados na vídeo-aula teórica. Foi realizada uma análise descritiva dos números de acertos de cada grupo e feito o teste t de Student. As médias foram então comparadas com o objetivo de avaliar qual dos dois tipos de simuladores proporcionou melhor aprendizado e fixação do conteúdo teórico.

RESULTADOS: Após a randomização, 8 participantes foram alocados no grupo que realizou o treinamento no simulador físico e 14 no grupo que realizou treinamento no aplicativo. A média $\pm$ desvio padrão de acertos no grupo que realizou o treinamento no simulador físico foi de $5,75 \pm 1,83$, enquanto a média de acertos no grupo que realizou atividade no aplicativo foi de $6,57 \pm 1,83$. Não houve diferença significativa entre a média de acertos dos dois grupos ($p = 0,84$). Analisando, ainda, a porcentagem de participantes de cada grupo que acertaram pelo menos 50% das questões (sendo 7 no grupo do simulador físico e 11 no grupo do aplicativo), também não foi observada diferença significativa ($p = 0,60$).

CONCLUSÕES: Para complementar o conhecimento teórico oferecido a estudantes de medicina, não há diferença estatisticamente significativa na retenção do conteúdo por meio da prática com o uso de um simulador físico ou de um simulador virtual para celular. Concluímos que o aplicativo gratuito é uma ferramenta eficiente para complementar o ensino de colonoscopia na graduação, vencendo a barreira financeira da implementação dos simuladores físicos.

Palavras-chave: simulação; colonoscopia; graduação.

Simulador de laparoscopia para smartphone versus simulador caixa preta no ganho de habilidades básicas em estudantes de medicina

MARCELO DE SOUZA; MARIANA LIMA CRISPI CARNEIRO; RAYSSA VICTÓRIA COUTO E SOUZA; VICTOR BAX AMARAL; GABRIEL SEIXAS DE SOUZA; JOÃO HENRIQUE SENDRETE DE PINHO; LORRANE VIEIRA SIQUEIRA RISCADO; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Objetivo: A laparoscopia 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. Embora existam simuladores caixa preta de baixo custo, o treinamento ainda é pouco acessível para graduandos de medicina. Nesse contexto, comparamos o ganho de habilidades básicas no uso de simulador caixa preta de baixo custo com um simulador virtual gratuito para smartphone em estudantes de medicina. **Método:** 29 acadêmicos de medicina de Juiz de Fora, sem treinamento prévio em videolaparoscopia, foram randomizados em dois grupos. O grupo controle (n=13) foi submetido a 20 minutos de treinamento em simulador caixa preta, enquanto o grupo intervenção (n=16) foi submetido a 20 minutos de treinamento no aplicativo de videolaparoscopia SimuSurg. Ambos os grupos treinaram a habilidade básica de transferência de objetos. Após o treinamento, os participantes realizaram um novo exercício de transferência de objetos em outro simulador físico de laparoscopia, no qual foi avaliado o número de erros ao pegar, ao transportar, ao transferir entre as mãos e ao passar o objeto pelo alvo, assim como o tempo de execução da tarefa. Realizamos uma análise descritiva dos resultados e utilizamos o teste T de student para comparar as médias entre os grupos. **Resultados:** Nos testes de pegar o objeto, passá-lo pelo alvo, transferi-lo entre as duas pinças e no tempo de execução, o grupo que realizou o treinamento na caixa preta apresentou média de erros $\pm$ desvio padrão menor que o grupo que realizou treinamento no aplicativo, sendo os valores, respectivamente de: 0.07 ± 0.27 vs 0.25 ± 0.44 ($p = 0.88$); 6.38 ± 3.54 vs 7.43 ± 3.24 ($p = 0.79$); 6.69 ± 3.03 vs 8.37 ± 5.03 ($p = 0.85$); 175.23 ± 80.42 vs 181.68 ± 72.78 ($p = 0.59$). Todavia, houve maior média de erros ao transportar o objeto: 1.15 ± 1.40 vs 1.06 ± 1.34 ($p = 0.43$). A diferença de performance entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa no exercício avaliado. **Conclusões:** Para o treinamento de habilidades básicas em laparoscopia ofertado a graduandos de medicina, não há, estatisticamente, diferença significativa no desenvolvimento de habilidades entre o uso de um simulador físico e de um simulador virtual para celular num período curto de treinamento. Em função disso, conclui-se que o aplicativo gratuito é uma ferramenta eficiente para o ensino e treinamento dos fundamentos da laparoscopia na graduação, vencendo a barreira do custo de implementação do simulador físico.

Palavras-chave: simulador;laparoscopia;cirurgia.

Uso de aplicativos de simulação validados para o ensino de cirurgia: uma revisão sistemática

CAMILA MARIANA DE PAIVA REIS; FELIPE GUIMARÃES CARDÃO POVOLERI; YURI RHIOS ARAUJO SANTOS; ABNER RAMOS DE CASTRO; JOÃO HENRIQUE SENDRETE DE PINHO; LORRANE VIEIRA SIQUEIRA RISCADO; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Objetivo: Nos últimos anos, houve grande disseminação de novos métodos para ensino e simulação em cirurgia, incluindo o uso de aplicativos para smartphone. São tecnologias acessíveis, muitas vezes gratuitas, que permitem ao aprendiz o contato com a prática em ambiente protegido de riscos. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é revisar sistematicamente os aplicativos de ensino e simulação em cirurgia disponíveis nas lojas de aplicativos para os sistemas operacionais iOS e Android, bem como identificar a existência de validação para sua utilização na aquisição de habilidades em cirurgia.

Método: Realizamos uma revisão sistemática de todos os aplicativos disponíveis para iOS e Android utilizando as palavras-chave surgery, simulation, simulator, surgeon, surgeon em diferentes combinações. Foram incluídos aplicativos de simulação em cirurgia e excluídos jogos de celular, aplicativos de questões ou casos clínicos, aplicativos de guideline cirúrgicos e outros aplicativos fora do contexto avaliado. Após triagem e exclusão de duplicatas, os aplicativos encontrados foram agrupados em tabelas para extração dos dados de custo, público-alvo, área cirúrgica, objetivo, data de lançamento, sistema operacional e presença de validação. A validação destes aplicativos em artigos foi identificada por meio de busca na plataforma PubMed e estes estudos tiveram sua qualidade avaliada por meio do cumprimento ao checklist STROBE.

Resultados: Foram encontrados 253 aplicativos para Android e 128 aplicativos para iOS. Após triagem e aplicação dos critérios, foram incluídos 7 aplicativos para extração de dados e busca de validação, sendo estes TOKA Surgery Simulator, Touch Surgery Dynamic, Touch Surgery Videos, SimuSurg, CardioEX, PulmEX e GastroEX. Todos estes aplicativos são gratuitos com objetivo educacional. Entre as áreas que compreendem os aplicativos, estão ortopedia, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia cardíaca, cirurgia torácica e laparoscopia. Apenas SimuSurg e Touch Surgery Videos apresentam validação demonstrando sua efetividade para o ensino de cirurgia, sendo estes artigos de qualidade 79,55% e 69,32%, respectivamente.

Conclusões: Observamos que, embora o uso de novas tecnologias no ensino de cirurgia esteja aumentando, pouca atenção tem sido dada à simulação por aplicativo. Há número de aplicativos disponíveis expressivo para os sistemas, mas a quantidade destes que abordam simulação em cirurgia com objetivo educacional é pequena, sendo ainda menor a quantidade de aplicativos com evidências de validação para ensino. Desse modo, tendo em vista que os aplicativos podem contribuir para a aquisição de habilidades cirúrgicas em ambiente protegido, é essencial que estudos futuros busquem medir a validade e eficácia destas ferramentas para garantir a qualidade do ensino.

Palavras-chave: simulação;cirurgia;simulador.

Cardioplastia a Thal-Hatafuku no tratamento de megaesôfago

*ISABELA MARIA VICENTE GONÇALVES; MARCELO MANAIA GONÇALVES FERNANDES.
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.*

Megaesôfago, também chamado de acalasia, é uma dilatação crônica e progressiva do esôfago, que leva a alterações na sua função de transporte do alimento engolido até o estômago. Essa patologia pode gerar sintomas como dificuldade de deglutição, sensação de entalo, dor torácica, regurgitação e emagrecimento. Relatamos o caso de uma paciente feminina, 41 anos, sem comorbidades, submetida a cardioplastia a Thal-Hatafuku após diagnóstico de megaesôfago grau 4 em manometria. A paciente apresentava uma evolução de sintomas há 01 ano, com disfagia progressiva, evoluindo com dificuldade até mesmo de ingestão de alimentos líquidos, além de dor torácica e perda ponderal. Após a cirurgia, introduziu-se dieta por cateter nasoenteral durante 10 dias, evoluindo para dieta oral líquida por 20 dias, seguida de dieta pastosa por 30 dias. A dieta sólida foi introduzida após 45 dias de pós operatório, de forma satisfatória. A paciente foi acompanhada ambulatorialmente, evidenciando ótima evolução clínica. Discutimos as apresentações, o diagnóstico e as indicações cirúrgicas do tratamento do megaesôfago.

Palavras-chave: megaesôfago;cardioplastia;Thal-Hatafuku.

DIVERTICULECTOMIA NO TRATAMENTO DO DIVERTÍCULO DE ZENKER: RELATO DE CASO

THAÍZA MELLO MALHEIROS¹; ANA CAROLINA MOREIRA CERUTTI¹; CIBELLE MARION BERTOLLI¹; FERNANDA BOARIN PACE²; BRUNO BIGNARDI¹; INGRID VERÇOSA ALBUQUERQUE CRUZ OLIVEIRA¹; FELIPE MARCONDES DE OLIVEIRA¹; CARINA VITORIA PARADA DIAS¹. 1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI, MAUÁ - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI, MAUÁ - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO Divertículo de Zenker é um pseudodivertículo localizado numa zona de fragilidade muscular chamada triângulo de Killian. Dois tratamentos cirúrgicos são propostos para pacientes sintomáticos: diverticulopexia ou diverticulopexia, sendo que a técnica da diverticulopexia com miotomia do músculo cricofaríngeo é a mais indicada. **RELATO DO CASO** P.D.C.S., masculino, 66 anos, vem ao serviço por disfagia há 1 ano com piora progressiva, regurgitação, sialorreia, cervicalgia, fraqueza, tosse e perda ponderal. Antecedentes de tabagismo, etilismo e DRGE. Nos exames apresentava anemia, leucocitose e aumento de PCR, TC de tórax mostrava espessamento parietal circunferencial da região proximal do esôfago, com ectasia do mesmo e EDA visualizava esôfago com formação sacular com retração cicatricial em fundo de saco, desvio para direita, passagem estenosada e necrose em terços distais. Submetido à cirurgia de diverticulopexia, visualizado divertículo faringoesofágico de 3 cm, com perfuração na extremidade distal, bloqueado pelo músculo cricofaríngeo. Procedeu-se com secção do músculo cricofaríngeo, passagem de sonda de Fouchet, diverticulopexia com patch de músculo cricofaríngeo e drenagem cervical. Paciente teve boa evolução, retornou à dieta via oral e não apresentou complicações. **DISCUSSÃO** Divertículo de Zenker é responsável por 1-3% das queixas de disfagia e 4% das doenças esofágicas, tendo prevalência maior entre 6ª e 8ª década de vida. Dentre os sintomas tem-se tosse, sialorreia, disfagia, regurgitação, halitose, disfonia, dor retroesternal, emagrecimento, desnutrição e obstrução respiratória. O diagnóstico é feito por investigação clínica, complementada por exames de imagem. O tratamento é cirúrgico e consiste em diverticulopexia ou diverticulopexia, sendo o último indicado para os divertículos menores. Em ambas as técnicas, um tempo cirúrgico fundamental é a secção das fibras do músculo cricofaríngeo. A drenagem do leito periesofágico é recomendada para avaliar a complicação mais comum: fístula cervical. Pode-se afirmar que no caso apresentado a doença impactou diretamente a qualidade de vida e status nutricional do paciente. A cirurgia foi indispensável para tratar os sintomas, prevenir transformação maligna e complicações, além de ter feito diagnóstico e tratamento da perfuração diverticular, que não havia sido detectada em nenhum exame pré-operatório. **CONCLUSÃO** Divertículo de Zenker é pouco frequente, de tal forma que poucos serviços têm experiência satisfatória no seu manuseio. Atualmente, o tratamento é cirúrgico e a diverticulopexia com miotomia do músculo cricofaríngeo tem sido a técnica de eleição. Com esta técnica, é possível oferecer riscos pouco frequentes e de simples manejo e alcançar excelentes resultados sobre sintomatologia, proporcionar o retorno à alimentação via oral, com consequente melhora da qualidade de vida e condição nutricional, além de prevenção de câncer e complicações da doença.

Palavras-chave: DIVERTÍCULO;DIVERTICULECTOMIA;ZENKER.

Divertículo de Zenker - abordagem transoral por endoscopia: um relato de caso

ALEXANDRA MEDEIROS BRITO DE OLIVEIRA; IVON MENDONÇA QUEIROZ JUNIOR; GLAUCILENE RODRIGUES DA SILVA; ARLINDO MAICO MARTINS DA SILVA; JOAO PEDRO DE ARAUJO SIMOES CORREA. HMMC, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: Divertículo de Zenker (DZ) consiste em um falso divertículo formado pela herniação mucosa na transição faringoesofágica, área denominada Triângulo de Killian (TK). A hipertonia do músculo cricofaríngeo é o fator predisponente para sua formação e sintomatologia, uma vez que o não relaxamento do cricofaríngeo à deglutição faz com que o alimento preferencialmente se acumule no divertículo ao invés de percorrer o esôfago até a câmara gástrica. A prevalência é de 0,01 % a 0,11%, predominando homens idosos a partir da sétima década de vida. O tratamento de DZ sintomático é cirúrgico e a escolha do método envolve tamanho do divertículo e anatomia do paciente.

Objetivo: Expor diagnóstico e tratamento via endoscópica de DZ em paciente idoso atendido no Hospital Municipal Miguel Couto - Rio de Janeiro (RJ).

Relato de caso: Paciente masculino, 77 anos, com história de disfagia progressiva há 1 ano, crise de tosse após a alimentação, tolerância apenas para alimentos pastosos e perda de 10 kg neste período, negava halitose. Endoscopia digestiva alta (EDA) trazida na admissão com obstrução do $\frac{1}{3}$ superior do esôfago e diagnóstico inconclusivo. Ao exame físico, paciente emagrecido, hipocorado, avaliação de cabeça e pescoço ausente de massas cervicais e linfonodomegalias palpáveis, tireoide tóxica sem aumento de volume. Solicitada nova EDA durante internação com presença de saculação mucosa em fundo cego, sugerido diagnóstico de DZ e complementação com esofagografia por TC que confirmou a hipótese. Optado por realização de diverticulotomia e septotomia por via endoscópica. Na primeira etapa do procedimento optou-se por endoscopia digestiva alta completa até duodeno, com individualização do lúmen esofágico e do saco diverticular e intubação com overtube de Zenker, possibilitando adequada exposição do septo. Realizada septotomia com cateter tipo faca com energia monopolar até a base do divertículo, com extensão longitudinal de 6cm, com secção completa do músculo cricofaríngeo e posterior aplicação de 5 hemoclipes metálicos no leito da miotomia. Paciente evoluiu com boa aceitação de dieta pastosa 24h depois da abordagem cirúrgica com alta hospitalar no terceiro dia de pós operatório e orientação de 7 dias com alimentação pastosa. Em retorno ambulatorial 15 dias após o procedimento, paciente assintomático e resolução de disfagia.

Discussão: Apesar da maior taxa de recorrência de sintomas, a via endoscópica fornece maior facilidade de acesso se a reabordagem for necessária, além de recuperação precoce com possibilidade de alta em tempo menor, se comparada à cirurgias abertas, afastando outras complicações que devem ser avaliadas mais cuidadosamente em pacientes idosos, como o relatado no caso.

Palavras-chave: Divertículo de Zenker; Divertículo Esofágico; Transtornos de Deglutição.

Doença de Crohn esofágiano - Relato de caso e revisão da literatura

MATHEUS PAULA DE OLIVEIRA PEREIRA; AUGUSTO CESAR BAPTISTA DE MESQUITA; ROBERTA RIGUEIRA PINTO GUERRA BRIA; RENATO DE MEDINA COELI; RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma patologia inflamatória crônica, idiopática que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal. Os segmentos mais acometidos pela doença são o íleo, cólon e região perianal. O envolvimento esofágiano é raro, estando frequentemente associado a outras lesões intestinais concomitantes. Até o momento não há um protocolo definido para o manejo da doença, porém indica-se o tratamento clínico como primeira opção, reservando a cirurgia para casos mais graves ou refratários.

Relato do caso: No presente artigo, relatamos o caso de uma paciente jovem de 20 anos com quadro de Crohn esofágico e colônico. A mesma recebeu tratamento clínico com uso de corticoides, imunomoduladores e terapia biológica, porém com resposta terapêutica parcial. Evoluiu com estenose esofágica fibrótica sendo indicada dilatações endoscópicas seriadas. Ainda assim, observava-se recidiva da estenose cerca de 20 dias após cada procedimento.

Discussão: Optou-se pela abordagem cirúrgica, sendo realizada esofagectomia total com reconstrução via tubo gástrico. Paciente apresentou evolução satisfatória no pós-operatório, recebendo alta cerca de 10 dias após o procedimento. Segue em acompanhamento ambulatorial há mais de 1 ano, sem intercorrências e com qualidade de vida.

Referências bibliográficas:

1. Mathur AK, Lysa HO. Isolated crohn's disease of esophagus: a rarest of rare presentation. *Gastroenterol Hepatol Open Access*. 2018;9(5):168–170
2. Decker GA, Loftus EVJ, Pasha TM, et al. Crohn's disease of the esophagus: clinical features and outcomes. *Inflamm Bowel Dis*. 2001;7(2):113–119.
3. De Felice KM, Katzka DA, Raffals LE. Crohn's disease of the esophagus: Clinical features and treatment outcomes in the biologic era. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(9):2106–2113.
4. Schwartzberg DM, Brandstetter S, Grucela AL. Crohn's Disease of the Esophagus, Duodenum, and Stomach. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 Jul;32(4):231-242.
5. Kasarala, George et al. "Adult-Onset Esophageal Crohn's Disease." *ACG case reports journal* vol. 3,4 e139. 12 Oct. 2016.

Palavras-chave: Doença de Crohn; Crohn esofágiano; Estenose esofágiana.

ESOFAGECTOMIA NA NEOPLASIA ESCAMOSA DE ESOFAGO MEDIO: RELATO DE CASO

EDARLAN BARBOSA DOS SANTOS¹; KATTIUCY GABRIELLE DA SILVA BRITO²; JULIANA AFFONSO RODRIGUEZ²; MARCELO SA DE ARAUJO²; THIAGO BOECHAT DE ABREU². 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO/UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO / UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

O câncer de esôfago é uma neoplasia relativamente incomum e extremamente letal. O carcinoma de células escamosas (CEC) é o tipo histológico mais frequente. Diagnósticos precoces não são frequentes, visto que a sintomatologia é geralmente de manifestação tardia. Quando descoberto precocemente a grande maioria dos cânceres de esôfago são potencialmente ressecáveis. Porém, muitos pacientes com a doença não conseguem fazer a cirurgia devido condições clínicas desfavoráveis.

Relataremos o caso de um paciente do sexo masculino, 58 anos, hipertenso, etilista e tabagista, esses últimos cessados juntos aos sintomas de disfagia progressiva associada e perda ponderal. Procurou atendimento médico e durante investigação diagnóstica realizou endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou lesão estenosante circunferencial a 29 cm dos incisivos, com importante redução da luz do órgão, sem progressão do aparelho, realizada biópsia da lesão e broncoscopia sem evidência de lesão no trato respiratório. Tomografia computadorizada (TC) de estadiamento com linfonomegalia mediastinal subcarinal, lesão infiltrante e estenosante do terço médio do esôfago medindo 2,0 x 1,7 x 2,8 cm, causando dilatação a montante com conteúdo alimentar em seu interior, sem evidência de doença a distância. O histopatológico identificou carcinoma de células escamosas, bem diferenciado. Discutido caso em sessão multidisciplinar, onde foi optado por quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, sendo submetido a gastrostomia cirúrgica antes de iniciar o tratamento. Submetido a quimioterapia neoadjuvante com Carboplatina e Paclitaxel (5 ciclos) e radioterapia (23 sessões e total de 4140cGy). Submetido a novo estadiamento oncológico, onde a TC observou espessamento parietal de esôfago médio, com realce pelo meio de contraste, linfonodo subcarinal proeminente medindo 1,2 cm e sem evidência de doença a distância. Regressão com resposta macroscópica a EDA e nova broncoscopia sem alterações. Sendo então submetido a esofagectomia com linfadenectomia em três tempos, técnica híbrida minimamente invasiva com convencional (toracoscopia, laparotomia e cervicotomia), gastrectomia subtotal proximal, reconstrução esofagiana com tubo gástrico e confecção de jejunostomia. Iniciada dieta via jejunostomia no primeiro dia pós-operatório, com boa tolerância e dieta via oral no oitavo dia, recebeu alta hospitalar no décimo segundo dia. O anatomopatológico da peça cirúrgica concluiu carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, 13 linfonodos livres de neoplasia, estadiamento ypT2 ypN0. Segue acompanhamento conjunto com a oncologia.

O paciente não apresentou intercorrências intraoperatórias e pós-operatórias, com boa progressão e aceitação de dieta, além de bom estado nutricional e funcional. A esofagectomia é um procedimento complexo que requer experiência e expertise do cirurgião, sobretudo, ainda persiste como tratamento principal para o câncer de esôfago com notada redução da morbimortalidade.

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas de esôfago; Esofagectomia total; neoplasia de esôfago.

Hérnia de Hiato Gigante com Hiato plastia Tri Radial Robótica

PATRICK ALEXANDER DURAN ACOSTA; DELTA MADUREIRA FILHO; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; ESTEBAN VIVAS ERAZO; NUÑEZ, E. R.; DAVID ALEJANDRO GUZMAN SANCHEZ. PUC RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução

A hérnia de hiato esofágica tem frequente associação com a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). A doença do refluxo gastroesofágico afeta 40% da população de países industrializados, tem alta incidência e sem tratamento adequado pode gerar complicações de difícil manejo.

A hérnia de hiato (HH) é classificada em tipo I, presente em 90% dos casos, é também denominado hérnia hiatal por deslizamento. Os tipos II e III são considerados hérnias paraesofágicas, sendo os tipos III e IV consideradas mistas.

A hérnia gigante é caracterizada quando uma hérnia do tipo III ou IV possui mais de 50% do estômago no mediastino ou do tipo II com mais de 30%. Já a hérnia volumosa consiste em hérnias com mais de cinco centímetros.

Apesar dos três tipos de hérnia esofágica possuírem influência no surgimento dos sintomas clássicos de refluxo, a hérnia tipo I é a mais frequentemente associada.

A popularização dos IBP reduziu a incidência de sintomas de DRGE. No entanto, pacientes com complicações esofágicas, resposta incompleta ao tratamento clínico e jovens com sintomas persistentes tornam-se candidatos ao tratamento cirúrgico.

A baixa morbi-mortalidade da cirurgia minimamente invasiva (MIS) para o tratamento da DRGE a credencia como uma boa alternativa ao tratamento medicamentoso.

Descrição

O vídeo editado, mostra o caso de uma operação robótica de Hérnia Hiato Paraesofágica Gigante, com a presença de todo o estômago no tórax, a cirurgia foi iniciada com a dissecação da transição esofagogastrica, dissecação dos pilares esofagianos, dissecação e redução do saco herniário, com consequente redução do estômago para o abdômen. Isolado o esôfago com fita, feita liberação trans mediastinal do esôfago. A maior relevância deste vídeo é o fechamento do enorme defeito do Hiato. Foi feito sutura tri radial, onde a sutura é feita posterior ao esôfago inicialmente, seguida por suturas nos ângulos superiores direito e esquerdo. O esôfago é mantido centralizado e dividimos o esforço da sutura em três áreas, adicionando pontos a medida que a angulação favorece. Foi confeccionada funduplicatura parcial posterior e realizada gastropexia anterior na parede abdominal. Tempo cirúrgico: 90min aproximadamente.

Discussão

A paciente apresentou uma recuperação pós-operatória ótima, com dor leve no local da cirurgia, alta hospitalar aos 2 dias. Iniciou dieta líquida completa no primeiro dia, alta hospitalar com sintomáticos e dieta pastosa no 2 dia pós operatório. Mantemos nos 10 primeiros dias de pós operatória, dieta liquidificada.

As vantagens da cirurgia de hérnia de hiato com robótica são o menor impacto no organismo, que essa técnica oferece. Os tecidos saudáveis sofrem menos lesões, o pós-operatório é mais tranquilo e a recuperação mais rápida.

Palavras-chave: Hérnia Hiato;Tri Radial;Robótica.

LESÃO ESOFÁGICA POR CORPO ESTRANHO (PRÓTESE DENTÁRIA) - RELATO DE CASO

GLEDSO DE OLIVEIRA MACHADO¹; NATA JÚNIOR PEREIRA NUNES²; RODRIGO FERNANDES RAPOZO PEREIRA CABRAL³; THIFANY CABRAL DE SOUSA OLIVEIRA³; WYRISLAINE RAYNE DE CASTRO HERENIO³; NATIANE PEREIRA NUNES⁴; LUCAS MENDONÇA SILVA DE AVILA³; LORRANY MENDONÇA MUNDIM SOARES³. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA – UNICERRADO, GOIATUBA - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA – UNICERRADO, GOIATUBA - GO - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA – UNICERRADO, GOIATUBA - GO - BRASIL.

A ingestão de corpos estranhos é frequente na idade pediátrica, correspondendo a 70% de todos os casos. Após ingestão de corpo estranho, 20% dos doentes permanecem assintomáticos, em 46% surgem sintomas gastrointestinais (disfagia, sialorreia, recusa alimentar e vômito) e em 33% sintomas respiratórios (principalmente tosse e estridor). O objetivo do presente estudo foi avaliar relato de caso de um paciente, sexo masculino, 52 anos, com lesão do esôfago por corpo estranho (prótese dentária) tratada na clínica cirúrgica do Hospital Geral de Goiânia. Paciente relata que há 9 meses deglutiou 2 dentes de prótese dentária. Iniciou há 3 meses quadro de odinofagia, disfagia para sólidos com regurgitação de alimentos, associado à perda ponderal de 12 quilos nos últimos 2 meses. Optado pela tentativa de retirada do corpo estranho pela endoscopia digestiva alta, porém, sem sucesso. Programado retirada por via de acesso cirúrgico. Optado pela abertura do esôfago por incisão transversal e exploração em seguimento distal com retirada da prótese dentária a qual se encontrava fortemente aderida à mucosa esofágica. Feito fechamento primário com controle de teste de azul de metileno (sem evidência de extravasamento). Paciente manteve internado por 8 (oito) com resultado pós operatório satisfatório e boa aceitação da dieta em progressão. Diante do exposto, o trabalho atual apresenta significativa importância no que diz respeito à caracterização da evolução clínica do paciente com lesão esôfago por corpo estranho e a dificuldade técnica quanto à retirada por via endoscópica e, como opção tratamento cirúrgico, via de acesso em região distal do esôfago. O atraso do diagnóstico está associado a uma mortalidade que pode oscilar entre os 20 e 40%.

Palavras-chave: ESÔFAGO; PERFURAÇÃO; CORPO ESTRANHO.

Megaesôfago idiopático - abordagem cirúrgica videolaparoscopia

MARIANA DA CRUZ CAMPOS; FELIPE XIMENES BARRETO; NILTON FERNANDES IORIO DOS SANTOS; ISABELLA TRIANI FIALHO; EDUARDO TRIANI ALVAREZ; HIGOR MEIRELES LOPES DE MARINS; CLAUDIO LUIZ BASTOS BRAGANÇA; FILLIPE ANTAS TEMOTEO. HCTCO - UNIFESO, TERESÓPOLIS - RJ - BRASIL.

Megaesôfago é uma condição gerada entre outras causas pela acalasia, condição essa causada pela destruição dos plexos de Auerbach, com falha na abertura do esfíncter esofágico inferior e ausência de peristaltismo, gerando dilatação crônica e progressiva do esôfago. O sintoma mais comum é a disfagia progressiva, associado perda ponderal, desnutrição e desconforto torácico. Dentre as etiologias a doença de chagas é mais frequente no Brasil, e a idiopática em países desenvolvidos. Exames diagnósticos incluem seriografia - esôfago, estômago e duodeno (SEED) e esofagomanometria, além de exames complementares para descartar outras patologias como endoscopia digestiva alta (EDA). O tratamento conservador apresenta altos índices de recidiva e as técnicas cirúrgicas ainda são alvos de discussões e pouco relatadas nas bibliografias disponíveis atualmente, porém usadas para melhora sintomática com bom desfecho na maioria dos casos. O presente estudo objetiva relatar o caso de paciente jovem com diagnóstico de megaesôfago por acalasia idiopática submetida a funduplicatura a dor com miotomia a Heller videolaparoscopia com boa evolução clínica e melhora sintomática no pós operatório tardio, apesar de evolução com fístula no pós operatório imediato.

Paciente feminina, 35 anos, procurou atendimento na unidade ambulatorial do Hospital das Clínicas de Teresópolis por disfagia para sólidos, sintoma presente a 19 anos, porém com relato de piora nos últimos 2 anos. SEED evidenciou grande dilatação esofageana, com acentuada diminuição aperistáltica e acalásia. Manometria esofágica compatível com acalásia, EDA evidenciando acalásia e histopatológico com presença de processo inflamatório crônico inespecífico discreto em fragmentos de mucosa de transição esôfago-gástrica, além de sorologia negativa para chagas. Submetida em março de 2021 a abordagem cirúrgica - Miotomia a Heller videolaparoscopia com Funduplicatura Dor. Evolui no quinto dia de pós operatório com fístula esofágica, tratada com reforço da funduplicatura em nova abordagem cirúrgica convencional e alta hospitalar no décimo quinto dia de pós operatório. Atualmente paciente apresenta completa aceitação alimentar, melhora dos sintomas gástrico- esofágicos e ganho importante de massa muscular.

Diante do presente caso, concluímos que a conduta cirúrgica apesar de alvo de discussões apresenta resultados satisfatórios, ao melhorar sintomas dispépticos, disfágicos e impactar diretamente na qualidade de vida dos pacientes.

2729 Latin American Journal of Development, Curitiba, v.3, n. 4 , p. 2727 - 2737, jul./ago. 2021. ISSN 267 - 9297

FARNOOSH F, VAEZI M. Idiopathic(primary) achalasia. Orphanet Journal of Rare Diseases, 2007. 2:38-48.

Valadares LR, Melo BS, Alencar RMF, Silva LS, Moura GLC, Barcelos JPP, et al. Abordagem minimamente invasiva de acalásia idiopática com dolicoesôfago. Relatos Casos Cir.2020;(2):e2487

Palavras-chave: Megaesôfago ;Acalasia ;Idiopático .

RECIDIVA DE HERNIA HIATAL GIGANTE TRATADA COM SUTURA TRI-RADIAL E COLOCAÇÃO DE TELA

ESTEBAN WILFREDO VIVAS ERAZO; FERNANDO MADUREIRA; PATRICK ALEXANDER DURAN ACOSTA; DAVID ALEJANDRO GUZMAN SANCHEZ; EDISON ROBERTO NUÑEZ. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RECIDIVA DE HERNIA HIATAL GIGANTE TRATADA COM SUTURA TRI-RADIAL E COLOCAÇÃO DE TELA

Esteban Vivas¹; Fernando Madureira¹; Patrick Duran¹; David Guzman¹; Edison Roberto Nunez¹.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ.

E-mail: esteban.v.e@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da doença do refluxo atualmente é reservado para as complicações da DRGE, a refratariedade da terapia medicamentosa e nas grandes hérnias do Hiato. As reoperações sobre o Hiato Esofágico são desafios ao cirurgião e necessárias tem que buscar alternativas técnicas e uso de dispositivos que ajudem a diminuir a tensão nos pilares de forma mais segura. Relatamos o caso de uma paciente de 76 com recidiva da hernia de Hiato, com grande volume e encarceramento no tórax.

DESCRIÇÃO DO VÍDEO

Paciente de 76 anos, sexo feminino, submetida a fundo plicatura esôfago-gástrica com confecção de válvula de 360 graus à Nissen e gastropexia por videolaparoscopia há 18 anos.

Há 01 ano, começou a apresentar sintomas importantes de dor epigástrica, náuseas e vômitos, associados à alimentação. Apresentou episódios de disfagia aguda e dor, tendo procurado o serviço de emergência. Realizou EDA que demonstrou presença de hérnia hiatal paraesofágica volumosa com migração cranial de parte do fundo gástrico, realizou tomografia computadorizada, que confirmou herniação de fundo através do hiato esofágico.

Foi optado então por nova abordagem laparoscópica, sendo desfeitas aderências da cirurgia prévia, ressecando volumoso saco herniário e realizada redução do conteúdo herniário, isolando e obtendo uma margem livre do esôfago. A grande importância de esse vídeo é mostrar a dificuldade de fechamento do Hiato e a alternativa técnica de usar um fechamento e três direções para dividir a força e ter uma redução no diâmetro do hiato esofágico adequado, além do uso de tela absorvível (Bio A®). Fixada ao hiato com pontos de fio inabsorvível (ethibond 2.0®). Foi confeccionada nova funduplicatura mista com o fundo gástrico e realizada gastropexia anterior na transição do corpo com o fundo.

A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com alta no 2 dia pós-operatório, sem novos sintomas de dor ou disfagia.

DISCUSSÃO

A correção de defeitos volumosos do hiato esofágico tem sido feita de forma mais segura com o uso de telas que permitem ao cirurgião ajustar o diâmetro ideal da passagem do esôfago pela mesma, aqui mostramos o fechamento com sutura tri-radial permitindo deixar o esôfago centralizado junto a colocação da tela absorvível diminuindo o risco de recidiva.

Palavras-chave: hernia hiato; recidiva; esôfago.

TRATAMENTO CIRURGICO DE ACALASIA GRAU II IDIOPÁTICA EM PACIENTE PÓS COVID-19

VALQUIRIA CATARINA BANDEIRA ALMEIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA¹; BRUNA FREIRE SANTOS¹; RENAN BRITO NOGUEIRA¹; BRUNA VAGO²; VICTORIA GUITTON RENAUD BAPTISTA DE OLIVEIRA². 1. SEMUSA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MACAÉ, MACAE - RJ - BRASIL; 2. UFRJ, MACAE - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Acalasia é resultado da degeneração das células ganglionares no plexo mioentérico do esôfago com perda do relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) e do peristaltismo no esôfago distal. Assim, o paciente pode apresentar sinais e sintomas como disfagia (mais prevalente), regurgitação e perda ponderal, implicando em mudanças do estilo de vida, principalmente referente a consistência da alimentação. No Brasil, a principal etiologia é a doença de Chagas, seguida de causas idiopáticas.

Dentre as opções terapêuticas destacam-se as vias endoscópica e cirúrgica, sendo a cardiomiectomia a Heller com funduplicatura de Nissen uma das técnicas cirúrgicas ideais. Neste relato de caso abordaremos esta técnica cirúrgica citada por via videolaparoscópica (VLP) durante o período da pandemia de COVID-19.

RELATO DE CASO

Feminina, 60 anos, diabética tipo 2, queixa de disfagia e perda ponderal há 4 anos. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com aumento do calibre esofágico e Esofagografia com imagem sugestiva de acalasia Grau II. Com sorologia negativa para doença de Chagas, foi encaminhada para a cirurgia geral. No dia programado para o procedimento apresentou sintomas gripais, com diagnóstico de Covid-19. Permaneceu em isolamento domiciliar e evoluiu com desnutrição grave, desidratação e hipoglicemia que levaram à internação hospitalar. Constatada insuficiência renal aguda com necessidade de terapia de substituição renal e nutrição por meio de Sonda Nasoentérica (SNE). Evoluiu com melhora do estado geral e recuperação completa da função renal. Após o quadro de COVID-19 ainda apresentava imagens pulmonares nodulares importantes e, após discussão multidisciplinar, adiou-se a abordagem cirúrgica em 8 semanas. Permaneceu assintomática, com via alimentar por SNE. Refez TC de tórax após o período proposto notando-se desaparecimento da lesão prévia, a qual foi classificada como residual do Covid-19. Paciente então submetida a cardiomiectomia a Heller + funduplicatura de Nissen por via VLP, com mínima lesão de mucosa durante a miotomia esofágica e, por isso, drenagem local. Ofertado azul de metileno via oral no primeiro dia de pós-operatório, sem extravasamento, portanto retirado o dreno sentinela. Iniciada dieta líquida restrita com boa aceitação. A paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório em dieta pastosa orientada pelo serviço de nutrição.

DISCUSSÃO

A acalasia, sem dolicoesôfago, permite uma abordagem VLP pouco invasiva e sem necessidade de esofagectomia. Essa foi a abordagem de escolha para realização de cardiomiectomia a Heller com funduplicatura de Nissen. Houve contágio da paciente pelo Covid-19 em período de pandemia com complicações graves da doença e cicatrizes radiológicas pulmonares. Sob acompanhamento da pneumologia e por se tratar de uma doença recente, ainda com sequelas incertas, optou-se por postergar o procedimento, o qual foi realizado com resultados satisfatórios e alta precoce.

Palavras-chave: ACALASIA;CARDIOMIOTOMIA A HELLER;COVID 19.

Abordagem cirúrgica da Síndrome da Artéria Mesentérica Superior - Relato de Caso

RAFAEL PRADO PESSOA; RAFAEL BRANDÃO BITENCOURT; SARAH MARIA LEMOS DE CAMPOS; JOÃO PAULO DE ARAÚJO PELEGRINI; IZABELLA ELIAS CORTAT; LUIZA BRAGA FIGUEIREDO; JÚLIA DE OLIVEIRA E SOUSA. CVE - CLÍNICA CIRÚRGICA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (SAMS) também conhecida por Síndrome de Wilkie é considerada uma patologia rara na literatura. Por definição tal síndrome pode ser elucidada por uma anomalia no ângulo em que a porção proximal da Artéria Mesentérica Superior emerge da Artéria Aorta Abdominal, que em tal patologia pode variar de 6 a 16 graus, sendo que seu valor de normalidade estaria entre 25 a 60 graus. Dessa forma, pode-se observar na SAMS compressão da terceira porção do duodeno corroborando para a obstrução de tal segmento . **Relato de Caso:** Paciente de 28 anos, sexo feminino, com histórico de distúrbios alimentares e perda de peso significativa no último ano foi avaliada no setor de Cirurgia Geral com queixas de dores abdominais recorrentes, náuseas e vômitos pós prandiais com melhora na posição fetal e em jejum. Ao exame físico, paciente encontrava-se com dor abdominal e com IMC 18,6. Como comorbidades a mesma apresentava quadro de Retocolite Ulcerativa em tratamento. Para propedêutica diagnóstica, foram solicitados exames laboratoriais que se mostravam dentro da normalidade, Endoscopia Digestiva Alta apresentando pangastrite endoscópica enantematosa leve e Angiografia por Ressonância Magnética do Abdome na qual evidenciou Artéria Mesentérica Superior de calibre normal, apresentando trajeto quase paralelo à aorta abdominal, sendo o ângulo entre a aorta e a Artéria Mesentérica Superior estimado em 11 graus. Com isso, foi solicitado Ultrassonografia Abdominal Total e Ecodoppler dos Vasos Viscerais que notou origem da Artéria Mesentérica Superior em ângulo agudo, com espaço aortomesentérico medindo cerca de 0,6cm. Após correlação entre os dados clínicos e de imagem realizados foi confirmada a suspeita diagnóstica de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior. Para o tratamento, foi optado pela confecção de uma gastroenteroanastomose videolaparoscópica. A paciente teve um pós-operatório sem complicações. Atualmente, cinco meses após o tratamento cirúrgico, a paciente obteve melhora total da sintomatologia e apresenta-se com IMC 22,1. **Discussão:** A SAMS é um diagnóstico diferencial de dor abdominal, mas por ser uma condição de baixa prevalência, desafia o médico. Tem maior prevalência em pacientes jovens e do sexo feminino, mas ocorre uma inversão etária para idosos maiores de 70 anos, onde é mais comum no sexo masculino. Tal síndrome está associada a sintomas obstrutivos altos, que associam dor abdominal a náuseas, vômitos biliosos, saciedade precoce e inapetência, todos agravados pela alimentação. A maior prevalência está associada a procedimentos pós-operatórios. O diagnóstico da SAMS deve ser complementada com exames de imagem. O tratamento definitivo é cirúrgico e necessário em 50-70% dos casos, com derivação entérica e transposição da porção duodenal acometida. No caso apresentado foi optado pelo tratamento cirúrgico com derivação gastro-jejunal com sucesso terapêutico.

Palavras-chave: Artéria Mesentérica Superior; Síndrome de Wilkie ; Dor abdominal .

A cirurgia robótica na ressecção de tumores sincrônicos gástrico e colônico

FERNANDA GAGLIARDI VENEROSO CRAWFORD; FERNANDO AUGUSTO DE VASCONCELLOS SANTOS; FLÁVIO AUGUSTO PEIXOTO ALEIXO; MARIA CLARA LEAL CHAVES; JÚLIA SANTOS DE ALENCAR; MATHEUS AUGUSTO DA COSTA; ANA CLARA BARROS PINHEIRO; BÁRBARA CÔRTEZ GAZIRE. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Pacientes com câncer gástrico podem apresentar tumor colônico sincrônico em até 4% das vezes. Essa condição impõe a necessidade de ressecções multiviscerais e, usualmente, em mesmo tempo cirúrgico. O uso do sistema robótico em tumores primários sincrônicos ainda é pouco descrito na literatura. **Descrição do Vídeo:** Paciente sexo masculino, 82 anos, admitido em pronto atendimento devido à queda hematimétrica à esclarecer. História prévia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e cecectomia videolaparoscópica por apendicite complicada. À endoscopia digestiva alta e baixa foram evidenciadas duas lesões neoplásicas: a primeira gástrica situada na transição corpo-antro e a segunda em cólon transversal/descendente. Os resultados anatomopatológicos foram de adenocarcinoma gástrico e adenocarcinoma de cólon. Realizado estadiamento clínico dos tumores descritos sem evidências de lesão à distância. Optado por tratamento cirúrgico de princípio por via de acesso minimamente invasiva. Realizou gastrectomia total associada à linfadenectomia D2 com reconstrução do trânsito intestinal à Y de Roux e colectomia direita estendida com anastomose primária ileocólica látero-lateral. O tempo cirúrgico total foi de 6 horas. Não houve intercorrências no período pós-operatório e a alta hospitalar ocorreu no 7º dia de pós-operatório. O resultado da anatomia patológica da peça cirúrgica foi: Adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado tipo misto de Laurén infiltrando até subserosa e com margens de ressecção livres de tumor. Foram ressecados um total 32 linfonodos perigástricos, sendo quatro deles com presença de metástase tumoral, estadiamento pT3;pN2; adenocarcinoma colônico invasivo, moderadamente diferenciado, infiltrando até subserosa com margens livres. Retirados 18 linfonodos pericolônicos negativos para neoplasia, estadiamento pT3; pN0. O paciente foi submetido a quimioterapia sistêmica adjuvante e não apresentou recidiva tumoral nos 12 meses de acompanhamento. **Discussão:** Com a popularização dos exames endoscópicos, a detecção de tumores primários sincrônicos tem aumentado. Contudo, mesmo sendo diagnóstico clínico pouco usual talvez seja de interesse realizar a endoscopia digestiva alta e baixa naqueles indivíduos com tumor gástrico diagnosticado e nunca submetidos à colonoscopia ou para aqueles com diagnóstico de tumor colônico e sintomas digestivos altos. Até então, são poucos os relatos na literatura do tratamento cirúrgico de tumores gástricos e colônicos tratados por acesso laparoscópico com auxílio de sistema robótico. Essa fornece ao cirurgião melhor visão do campo operatório, instrumentos articulados e dissecação cirúrgica mais precisa do que a via laparoscópica convencional. Possíveis desvantagens seriam maior tempo cirúrgico para profissionais com pouca experiência em cirurgia robótica. A partir da descrição deste caso, mostrou-se que pode ser feita intervenção cirúrgica segura e oncológicamente eficaz.

Palavras-chave: Tumores sincrônicos; adenocarcinoma gástrico; robótica.

ADENOCARCINOMA EM ESTÔMAGO EXCLUSO APÓS BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX

MARIANA WILLES SANTANA SOARES; SIMONE REGES PERALES; CAIQUE FERNANDES ALVES; FERNANDA DIAS TERAMOTO; ALINE GARCIA; ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA; ROQUE BELTRÃO BATISTA. UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

O Bypass Gástrico em Y de Roux (BPGYR) é um dos procedimentos cirúrgicos mais aplicados no tratamento da obesidade. Uma das limitações impostas por essa técnica é a dificuldade de diagnóstico das patologias do estômago excluído, dentre elas, o câncer gástrico. São escassos os relatos publicados, com incidência, fisiopatologia e fatores de riscos desconhecidos. Esse trabalho apresenta o caso de uma paciente de 61 anos, diagnosticada com Adenocarcinoma gástrico em estômago excluído devido quadro de Abdome Agudo Obstrutivo em março deste ano, doze anos após Bypass Gástrico em Y de Roux. A paciente apresentava história familiar positiva e quadro clínico inespecífico à admissão. Exames de imagem e achados no intra-operatório confirmaram doença avançada, submetida a colostomia em alça de cólon ascendente e quimioterapia. Segue em acompanhamento pela Cirurgia do Trauma e Oncologia clínica, com últimos exames de imagem realizados em junho deste ano. Na literatura, dados epidemiológicos, apesar de escassos, são compatíveis com história clínica da paciente. O papel da obesidade e da perda ponderal após cirurgia bariátrica não estão bem estabelecidos na fisiopatologia do câncer gástrico em estômago excluído, porém, pode haver influência do refluxo alcalino crônico em estômago sem peristalse. Apesar da escassez de evidências científicas sobre essa patologia rara, há um arsenal de técnicas minimamente invasivas desenvolvidas para superar as limitações técnicas e diagnósticas impostas pelo BPGYR, como a enteroscopia de duplo balão, a endoscopia percutânea, a gastroduodenoscopia virtual e o ultrassom endoscópico.

Palavras-chave: câncer gástrico;by-pass gástrico em y de roux;estômago excluído.

ADENOMA DE PAPILA DE VATER - RELATO DE CASO

GIOVANNA PINHO PEREIRA; RAFAEL MENASCHE SOICHET; FREDERICO JAPIASSU SANTIAGO; BRUNO BARBOSA LIMA; CAMILLA FARIAS DE SOUZA CRUZ; INGRID COSTA VIEIRA; KARINA DE OLIVEIRA BOKEL ZBOROWSKI; BRUNO GONÇALVES RANGEL. HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Neoplasias da ampola de Vater são incomuns e possuem alto potencial de malignidade. O diagnóstico acurado e a exclusão de malignidade baseado em estudos pré-operatórios é difícil, já que pode coexistir um carcinoma invasivo com adenoma. As neoplasias benignas são raras, representando menos de 10% dos tumores de ampola, sendo adenomas os mais frequentes. Estes sofrem malignização pela sequência adenoma-carcinoma. Os adenomas podem ser incidentalomas ou se apresentarem clinicamente com sintomas colestáticos, dor abdominal, colangite ou pancreatite. O diagnóstico pode ser feito por endoscopia digestiva alta, ou através da Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), associada ou não com a ecoendoscopia para melhor acurácia.

RELATO

DE

CASO

J.S.M, feminina, 61 anos, com história prévia de neoplasia de mama tratada, em uso regular de Tamoxifeno, refere início de dor intensa em hipocôndrio direito, com irradiação para dorso e icterícia progressiva em fevereiro de 2020. Nega perda ponderal. Histórico de colecistectomia prévia em 2010. CPRE em julho de 2020 evidenciou lesão de papila duodenal com estenose de colédoco distal, biópsia inconclusiva. Feita papilotomia ampla e drenagem da via biliar com prótese plástica, com resolução da icterícia. Nova biópsia em agosto de 2020 revelou adenoma tubular com displasia de baixo grau. Ressonância de abdome em novembro de 2021 revela discreta dilatação de vias biliares à esquerda e da via biliar extrahepática. Sem evidências de doença à distância. Optado realização de Ampulectomia duodenal e drenagem da cavidade em março de 2022. Congelação intra-operatória evidenciou adenoma com displasia de baixo grau, margens pancreática e biliar livres. Laudo histopatológico da peça cirúrgica confirmou adenoma com displasia de baixo grau. Pós operatório realizado sem intercorrências, realizando dieta enteral por sonda nasoenteral posicionada durante a cirurgia até o terceiro dia, quando iniciou-se dieta oral. Dosagens seriadas de amilase e bilirrubina do dreno sem alterações, sendo este retirado no sétimo dia juntamente com a alta hospitalar. Permaneceu em acompanhamento ambulatorial, sem intercorrências até o momento.

DISCUSSÃO

Até pouco tempo, o tratamento de escolha para lesões de papila de Vater era a duodenopancreatectomia. Com a evolução dos métodos diagnósticos, procedimentos menos invasivos como a papilectomia endoscópica e a ampulectomia transduodenal (ATD) tornaram-se mais populares, permitindo menor morbidade e mortalidade. As indicações de ATD atualmente são restritas a tumores não elegíveis a papilectomia endoscópica, tanto em lesões benignas quanto em carcinoma in situ. A biópsia de congelação intra-operatória, apesar de não confirmar ausência de malignidade, consegue avaliar a negatividade das margens da lesão, assegurando a ressecção completa do tumor e, além disso, permite a conversão da ampulectomia transduodenal em duodenopancreatectomia em caso de carcinoma invasivo.

Palavras-chave: Adenoma de Papila Duodenal; Ampulectomia; Ampola de Vater.

Correção de Hérnia Hiatal Gigante via Robótica com uso de Tela Biossintética e Gastrostomia: Relato de Caso

DOUGLAS DE ANDRADE CRISTINO; GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA; LIVIA BREUSTEDT LEIG; AMANDA FERNANDES DOS SANTOS OLIVEIRA; DANIEL LUIZ RIBAS HENRIQUES; MARCOS BETTINI PITOMBO; ANDRE GEORGE SAUL RONAY; MIGUEL DE MIRANDA GONCALVES. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Hérnia de hiato (HH) é caracterizada pela protrusão de qualquer estrutura além do esôfago pelo hiato diafragmático alargado. Pode ser classificada em quatro subtipos: I, quando a junção esôfago-gástrica (JEG) está acima do diafragma; II, quando a JEG permanece em sua posição habitual, mas uma parte do fundo hérnia adjacente ao esôfago; III, combinação dos tipos I e II; IV, quando há a presença de alguma estrutura além do estômago no saco herniário. A HH gigante é caracterizada por uma distância entre os pilares diafragmáticos maior ou igual a 8 cm. O objetivo do trabalho é relatar dois casos de correção de HH gigante por via robótica com colocação de tela biossintética e confecção de gastrostomia para fixação.

RELATO DE CASO

Caso 1: Mulher, 69 anos, com quadro de dor retroesternal, dispnéia e refluxo associados a alimentação e com piora progressiva, além de perda ponderal de 15 kg nos últimos 2 anos. Realizou: Tomografia computadorizada (TC) de abdome que revelou volumosa HH; seriografia esofagogástrica evidenciando volumosa HH mista com fundo e corpo gástrico em situação intratorácica com volvo mesenteroaxial; endoscopia digestiva alta (EDA) mostrando junção esofagogástrica 10 cm acima do pinçamento diafragmático.

Caso 2: Homem, 58 anos, com história prévia de correção de HH em 2020 com retorno dos sintomas com 6 meses de pós-operatório apresentando dor torácica, refluxo e pirose pós-prandiais. Realizou: TC de tórax evidenciando volumosa HH com insinuação de parte do estômago para o tórax; seriografia com junção esofagogástrica alta por HH mista, medindo 13,5 x 11,5 cm com fundo e corpo gástricos em situação torácica; EDA evidenciando funduplicatura gástrica com bom aspecto e HH paraesofágica.

Foi realizado, em ambos os casos, por via robótica, correção da HH com colocação de Tela Phasix (Bard)-biossintética, funduplicatura a Nissen e confecção de gastrostomia para fixação do estômago na parede abdominal a qual foi retirada após 6 semanas. Os pacientes vêm sendo acompanhados e, com 8 meses de pós operatório, mantêm-se assintomáticos, sem relatos de pirose, refluxo ou dor torácica associado ou não à alimentação. O paciente do caso 2 apresentou recidiva radiológica da hérnia de 4 cm em seriografia 6 meses após a cirurgia, porém sem repercussão clínica até o momento.

DISCUSSÃO

O tratamento da HH gigante por via minimamente invasiva apresenta desafios, uma vez que a recidiva a curto e longo prazo ainda é frequente. Além das vantagens já consolidadas da cirurgia robótica em comparação com a laparoscopia, alguns estudos demonstram um benefício quanto à incidência de complicações no primeiro mês. O uso da tela e da gastrostomia podem ser utilizadas na tentativa de reduzir a incidência de recidiva, mas ainda não há comprovação na literatura. Em ambos os casos relatados essas estratégias foram utilizadas e durante o período de acompanhamento, os pacientes não relataram recidiva clínica, mas o paciente do caso 2 já apresenta recidiva radiológica.

Palavras-chave: Hérnia de Hiato; Hérnia de Hiato Gigante; Cirurgia Robótica.

Gastrectomia atípica em paciente com GIST gástrico submetido a terapia neoadjuvante: relato de caso

KATTIUCY GABRIELLE DA SILVA BRITO¹; EDARLAN BARBOSA DOS SANTOS¹; JULIANA AFFONSO RODRIGUEZ²; MARCELO SA DE ARAUJO²; THIAGO BOECHAT DE ABREU². 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO/UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO / UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

O tumor estromal gastrointestinal (GIST) origina-se na camada muscular do aparelho digestório, sendo formado por células semelhantes às intestinais de Cajal, responsáveis pela coordenação do peristaltismo gastrointestinal. Por vezes de apresentação assintomática, 10-30% dos GISTs são diagnosticados incidentalmente durante procedimentos cirúrgicos. O tratamento depende de diversos fatores, tais como: a idade do paciente, expectativa de vida, presença de comorbidades, avaliação das possíveis sequelas funcionais, ressecabilidade e o tamanho tumoral. Apesar de a ressecção cirúrgica permanecer sendo pilar fundamental para a cura do tumor, a introdução das terapias-alvo revolucionou o manejo desta condição por meio dos inibidores de tirosinaquinase, em especial, o mesilato de imatinib. Sua utilização pré-operatória é de aplicação recente e tem como objetivo substituir procedimentos mais radicais associados com elevada morbidade, favorecendo operações mais conservadoras, sem diminuir, entretanto, os resultados oncológicos e funcionais.

Relataremos o caso de uma paciente submetida a gastrectomia parcial atípica devido GIST gástrico, destacando os aspectos terapêuticos e prognósticos desse tipo de neoplasia localizada em sítio gástrico. Paciente do sexo feminino, 55 anos, hipertensa, que iniciou quadro de náusea e vômitos em abril de 2021, durante investigação do quadro a tomografia computadorizada (TC) identificou volumosa formação expansiva na grande curvatura gástrica, que rechaça o colón transverso medindo 9.2 x 9.4 x 10.5 cm. A Endoscopia digestiva alta (EDA) observou lesão exofítica e infiltrativa na grande curvatura do corpo do estômago (BORMANN I). Histopatológico compatível com GIST subtipo epitelióide, com imunorreatividade com CD117 e CD34. Optou-se por terapia neoadjuvante com inibidor da proteína tirosinoquinase (Imatinib) e posterior abordagem cirúrgica. Após seis meses de neoadjuvância realizada nova TC com importante redução do volume da lesão, medindo 4.8 x 4.1 x 6.7 cm. Submetida a gastrectomia subtotal atípica, congelação evidenciou margens livres. Histopatológico da lesão confirma GIST, tipo fusocelular. Do ponto de vista cirúrgico evoluiu com tempo de internação curto e sem complicações. Encaminhada a realização de adjuvância com imatinib, de modo a reduzir as chances de recidiva.

Embora a ressecção cirúrgica seja o tratamento de escolha para tumores potencialmente ressecáveis, a terapia inicial com imatinib pode ser preferida se um tumor for limítrofe ressecável, localmente avançado e irressecável, mas não metastático, ou um tumor primário potencialmente ressecável se uma redução no tamanho do tumor diminuir significativamente a morbidade da ressecção cirúrgica. Apesar de ser uma neoplasia pouco frequente, conta com significativo potencial curativo quando terapia combinada. Em que pese também outros fatores como índice mitótico, tamanho e localização.

Palavras-chave: GIST; Gastrectomia atípica; Imatinibe.

GASTRECTOMIA ROBÓTICA PARA TRATAMENTO DE GIST GUIADO POR ENDOSCOPIA - RELATO DE CASO

LUCAS LAMEIRÃO PINTO DE ABREU ROSAS; AMANDA FERNANDES DOS SANTOS OLIVEIRA; IGOR BOECHAT TINOCO MARTINS; GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA; CAROLINA COUTO E COSTA; CARLOS MANOEL PEDRA PETTO GOMES; MIGUEL DE MIRANDA GONCALVES; ANDRE GEORGE SAUL RONAY. UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

O tumor estromal gastrointestinal (GIST) tem origem a partir das células de Cajal presentes na musculatura lisa, sendo o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal (TGI). É localizado mais comumente no estômago, principalmente em fundo gástrico, e mais raramente, em corpo alto. O quadro clínico geralmente é inespecífico, sendo o diagnóstico na maior parte dos casos feito de forma incidental em exames de imagem. O tratamento envolve a ressecção com margens livres. Atualmente, a via robótica vem sendo cada vez mais empregada nas cirurgias oncológicas, dividindo espaço com videolaparoscopia nas abordagens minimamente invasivas. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de ressecção atípica de GIST gástrico por via robótica guiado por endoscopia digestiva alta (EDA).

DESCRIÇÃO DO VÍDEO

Paciente feminina, 84 anos, sem história clínica prévia relevante, apresentou quadro de epigastralgia associado a anemia e melena há um ano. A tomografia computadorizada de abdome inicial evidenciou lesão vegetante de 5,0 x 2,0 cm aderida à parede medial do fundo gástrico. Em EDA de junho de 2021 foi encontrada lesão vegetante de 4,0 cm em corpo alto junto à pequena curvatura, próximo à cárdia, cuja biópsia evidenciou neoplasia de células fusiformes. A paciente foi submetida a gastrectomia atípica robótica guiada por EDA transoperatória com sucesso. No intraoperatório, a EDA auxiliou demarcando os limites da lesão possibilitando uma ressecção atípica, preservando o restante do órgão, evitando uma gastrectomia total. A paciente teve boa evolução, com boa aceitação de dieta oral e alta hospitalar em 4º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Dentre todos os tumores do TGI, os tumores GIST representam menos de 3%. São geralmente localizados na submucosa e muscular, em que o estômago é o sítio principal (60-70%), geralmente ao redor do fundo gástrico. Nesse sentido, tumores de corpo alto próximos à cárdia representam uma dificuldade técnica, uma vez que a ressecção da lesão pode demandar uma gastrectomia total. Sendo assim, métodos complementares como a EDA, podem ser decisivos para delimitação tumoral e ressecção mínima.

No caso apresentado, não foi identificada a expressão serosa do tumor durante a dissecação da pequena curvatura, com tumor totalmente intraluminal, sendo a EDA fundamental para o mapeamento tumoral. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica, sendo o uso de métodos minimamente invasivos, como a cirurgia robótica, cada vez mais empregados pela menor morbidade pós-operatória. O principal objetivo da cirurgia é a ressecção com margens livres, tanto macro quanto microscópicamente. Pelo baixo potencial de disseminação linfática, raramente a linfadenectomia é feita.

CONCLUSÃO

Dessa forma, o uso da cirurgia robótica associada a EDA transoperatória se mostrou segura e com desfecho favorável para ressecção de GIST gástrico próximo à cárdia. Contudo, mais estudos são necessários para investigar o papel desta combinação no tratamento do GIST.

Palavras-chave: Gastrectomia; Robótica; Endoscopia.

LEIOMIOSSARCOMA GÁSTRICO: RELATO DE CASO

BARBARA MARIA ASSI RABELO¹; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO¹; JOÃO VITOR COTRIM GONÇALVES¹; FILIPE PERES BARRETO². 1. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Os sarcomas são um grupo raro e heterogêneo de tumores malignos de origem mesenquimal que compreendem menos de 1% de todas as neoplasias malignas adultas. O seu espectro histopatológico é amplo, presumivelmente porque as células mesenquimais embrionárias das quais eles surgem têm a capacidade de amadurecer em tecido muscular, tecido adiposo, osso e cartilagem, entre outros tecidos. Dentre estes sarcomas ressalta-se as neoplasias estromais ou mesenquimais que afetam o trato gastrointestinal que são divididas em tumores estromais gastrointestinais (GIST) e tumores mesenquimais do trato gastrointestinal, incluindo o leiomiossarcoma. O manejo dessas neoplasias depende da confiança no diagnóstico pré-operatório, localização e tamanho do tumor, extensão da disseminação e apresentação clínica. O presente relato aborda um caso de leiomiossarcoma gástrico no Hospital Júlia Kubitschek. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo masculino, 64 anos, admitido com quadro de melena e anemia. Nega perda ponderal, hematêmese ou outros sintomas associados. Sem alterações ao exame físico. Realizou endoscopia digestiva alta, evidenciando lesão ulcerada na parede posterior, colhido material para biópsia, no qual o resultado anatomopatológico constatou lesão fusocelular exulcerada com leves atipias e estudo imuno-histoquímico favorecendo o diagnóstico de neoplasia de músculo liso. Através da tomografia abdome e pelve, visualizou espessamento parietal segmentar comprometendo o corpo gástrico, além de lobulação de seus contornos com componente extramural que mantém íntima relação com a margem anterior do corpo/cauda do pâncreas, sem planos de clivagem bem definidos. O tratamento realizado foi a gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux e linfadenectomia a DII. Ao inventário da cavidade, o tumor estava localmente avançado com íntima relação com corpo pancreático, promovendo retração do mesocólon. Não identificado acometimento secundário de outros órgãos. A análise anatomopatológica do tumor indicou uma neoplasia fusocelular atípica compatível com leiomiossarcoma, hiperplasia linfoide reacional, sem metástases. **DISCUSSÃO:** Cerca de 90% dos leiomiossarcomas gástricos estão localizados no fundo e no corpo, surgem da muscular própria e podem invadir a submucosa e a serosa, com eventual ulceração, o crescimento é geralmente de forma exogástrica sendo os achados típicos são de uma grande massa, geralmente maior que 5cm. O diagnóstico de leiomiossarcoma baseia-se principalmente em exame histopatológico. O tratamento cirúrgico com ressecção local e margem adequada é o tratamento de escolha na ausência de invasão de estruturas adjacentes. O uso de quimioterapia e radioterapia tem sido relatada, porém devido a raridade do tumor, os estudos são escassos e o prognóstico permanece obscuro.

Palavras-chave: LEIOMIOSSARCOMA;NEOPLASIA;GÁSTRICA.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BANDAS DE LADD, RELATO DE CASO

JULIA MACEDO MACIEL¹; BRUNO DE ARAUJO PINHEIRO²; NATALIA XAVIER FERREIRA²; MARCONE OLIVEIRA GOMES MACEDO²; MARIA LUIZA ANDRADE SIQUEIRA²; NATÁLIA CHAGAS ELJAOUHARI²; NAYARA STEPHANIE CASTELLO BRANCO SANTOS²; FREDERICO MICKAEL MEIRA CAMPOS². 1. HOSPITAL BELO HORIZONTE, TURMALINA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A má rotação intestinal é uma má formação congênita grave, geralmente diagnosticada nos primeiros meses de vida, de difícil diagnóstico no adulto, pois cursa com sintomas inespecíficos. Uma das causas de má rotação são as bandas de Ladd, que consiste em uma estrutura fibrosa formada a partir da região do cólon ascendente do ceco até o retroperitônio superior direito. As bandas de Ladd causam compressão do duodeno, podendo causar obstrução por compressão ou por tortuosidade da 2ª ou 3ª porção do duodeno. A laparotomia para correção consiste em mobilização do cólon direito e duodeno com secção das bandas de Ladd. Neste relato apresentamos um caso de paciente admitido no serviço do Hospital Belo Horizonte com quadro de dor abdominal inespecífica, associado à náuseas e piora após alimentação.

Relato de caso: Paciente de 49 anos, masculino, com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito (HCD) do tipo cólica. Informava quadro recorrente com piora após alimentação, associado à náuseas. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste venoso, com sinais de má rotação intestinal no ângulo de Treitz, aspecto de torção mesentérica envolvendo jejuno proximal e vasos locais no hemiabdome direito. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora com lise de aderências. No pós-operatório, após liberada dieta líquida, evoluiu com distensão abdominal e náuseas. Realizada nova TC de abdome sem sinais de obstrução intestinal. Discutido caso com equipe e optado por nova abordagem cirúrgica devido quadro clínico compatível com obstrução intestinal. Paciente foi submetido à nova laparotomia com identificação de rotação intestinal no ângulo de Treitz com compressão do duodeno, identificado bandas de Ladd e após lise das mesmas, foi feito realizado reposicionamento das alças intestinais. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no 15º DPO.

Discussão

A descrição cirúrgica de bandas de Ladd ocorreu em 1936 por Ladd e o procedimento consiste na correção da rotação com lise das aderências, que vai do retroperitônio superior com cólon ascendente, próximo à artéria mesentérica superior. Trata-se de má formação rara de difícil diagnóstico em adulto devido à sintomatologia inespecífica. O procedimento cirúrgico é sempre o principal tratamento e quando mais precoce a apresentação dos sintomas, mais precoce o diagnóstico.

Referência

SAAD JUNIOR- Tratado de cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2ª Ed 2015, Editora Atheneu

SALA, Marco Aurélio Sousa et al. Intestinal malrotation associated with duodenal obstruction secondary to Ladd's bands. Radiologia Brasileira, v. 49, p. 271-272, 2016.

CUNHA FILHO, Antônio et al, Intestinal malrotation: a diagnosis to consider in acute abdomen in newborns, Residência Pediátrica, v. 8, n. 3, p. 141–146, 2018.

Palavras-chave: obstrução;ladd;ma formação.

Síndrome de Bouveret: relato de dois casos

DÁLIA ELISA DA COSTA LOPES; JULIANA LAUTENSCHLAGER FEDRIZZI; BERNARDO OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI; RENATO DE MEDINA COELI; AUGUSTO CESAR BAPTISTA DE MESQUITA; VINICIUS HUMBERTO DE SOUZA VICUÑA. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: A síndrome de Bouveret é uma forma rara de íleo-biliar, representando cerca de 3% das obstruções gastrointestinais altas. É caracterizada por uma obstrução a nível do duodeno, ocasionada por um cálculo impactado, usualmente maior do que 2,5cm. Ocorre como consequência da colecistite aguda complicada em até 0.5% dos pacientes, devido à formação de uma fístula colecisto-gástrica ou colecisto-duodenal. É mais prevalente em mulheres e idosos a partir da sétima década de vida.

Relato de caso: Neste trabalho relatamos o caso de duas pacientes, tendo sido realizado em ambos os casos o diagnóstico de obstrução intestinal alta por cálculo volumoso impactado na terceira porção duodenal, em que a tomografia computadorizada de abdome evidenciou a presença da tríade de Rigler. Em um dos casos foi indicada a abordagem cirúrgica diretamente, com realização de duodenotomia e extração de cálculo único de cerca de 5x3cm. No segundo caso foi primeiramente tentado a extração do cálculo por endoscopia digestiva alta, sem sucesso, e por conseguinte, procedido a abordagem cirúrgica, com realização de duodenotomia e extração de cálculo único de 6,5x4cm.

Discussão: Apresentamos neste trabalho revisão da literatura sobre o tema e associação com os casos relatados, enfatizando as diferentes terapêuticas existentes e as abordagens cirúrgicas possíveis. Apesar de ser uma síndrome rara, apresenta alta morbidade e a taxa de mortalidade pode chegar a 30% dos casos.

Palavras-chave: Síndrome de Bouveret;Íleo-biliar;Obstrução duodenal.

ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA: RELATO DE CASO

ALISSON BARBOSA FERREIRA¹; CECÍLIA MIRANDA GONÇALVES²; PAULA ALVES FORMIGA²; ANA CLARA FONSÊCA SOUZA DE JESUS²; JOÃO MARCOS LEITE VIANNA¹; LUCAS VIEIRA GUIMARAES BARRETO¹; FHABIANO SOARES DE OLIVEIRA ALCANTARA¹. 1. HOSPITAL SANTA RITA, CONTAGEM - MG - BRASIL; 2. FAMINAS BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

As úlceras pépticas são lesões na parede gástrica duodenal que ocorrem devido à excessiva secreção de ácido clorídrico e pepsina, associada a infecção por *H. pylori* e a ingestão recorrente de AINES. As úlceras gástricas complicadas podem ser divididas em: obstruídas, perforadas, e hemorrágicas que devem ser avaliadas por meio da endoscopia digestiva alta e exames laboratoriais e em casos de complicações, radiografia, USG e TC.

Paciente HSOT, feminino, 53 anos. Deu entrada no pronto socorro do Hospital Santa Rita, no dia 02/07/22 às 19:26h, queixando-se de dor lombar direita, irradiada para região epigástrica, com início há duas semanas e piora há dois dias, associada a náuseas e vômitos. Em uso de losartana, HCTZ, tramadol, escopolamina, plasil, dipirona. Ao exame físico, o abdome apresentou-se timpânico, doloroso difusamente, RHA presentes. Blumberg, Murphy e Giordano negativos. A TC de abdome e pelve evidenciou pneumoperitônio, com predomínio no andar superior do abdômen, além de líquido livre no abdome superior e pelve. Optado por laparotomia exploratória, constatou-se grande quantidade de secreção entérica purulenta e presença de múltiplas aderências. Realizada a ressecção da úlcera e enviada ao anatomopatológico, correção cirúrgica da perfuração duodenal e epiploplastia. Realizada lavagem da cavidade e iniciado ciprofloxacino e metronidazol. Recebeu concentrado de hemácias devido a hemoglobina de 7,0 per operatória, e cristalóides com diurese em sonda vesical de demora. Realizada vagotomia e duodenoplastia. Passagem de sonda nasoentérica pós-pilórica. Encaminhada ao CTI, em uso de cateter nasal, estável, com dreno em hipocôndrio direito.

O tratamento cirúrgico ocorre nos casos em que o paciente não responde ao tratamento clínico, ainda que diferentes abordagens tenham sido adotadas, ou quando o paciente evoluiu com complicações. As opções de terapias cirúrgicas incluem vagotomia ou gastrectomia parcial. A cirurgia deve ser realizada mesmo na ausência do tratamento clínico em casos de perfuração, sangramento descontrolado e obstrução grave da saída do estômago. O tratamento cirúrgico de urgência consiste no fechamento primário da lesão pela técnica de ulcerorrafia e omentoplastia. Já o tratamento definitivo, pode ser realizado por meio da vagotomia e piloroplastia ou a gastrectomia pode ser indicado no momento da abordagem ou posteriormente, de acordo com cada caso. Em portadores de alto risco operatório, a terapia IBP a longo prazo é uma alternativa aceitável. A abordagem cirúrgica pode ser aberta ou laparoscópica, onde a última mostrou-se mais segura.

A importância do atendimento inicial à úlcera perforada de maneira rápida e sistematizada bem como a indicação do tratamento cirúrgico precoce das lesões potencialmente tratáveis, reduzindo a morbimortalidade do paciente.

SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier.

Palavras-chave: Úlcera perforada gástrica; Ulcerorrafia ; Abdome agudo perforativo.

Neurorrafia Término-Lateral Versus Neurorrafia Término-Terminal. Estudo Experimental no Rato.

LUCAS VANNUCHI MAGNANI¹; FAUSTO VITERBO¹; RYANE SCHMIDT BROCK²; FÁBIO OLIVEIRA MACIEL³; BENOIT AYESTARAY⁴; JOSÉ ANTONIO GARBINO⁵; CECÍLIA PESSOA RODRIGUES². 1. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, FMB-UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 4. UNIVERSITY PARIS SUD XI, PARIS - FRANÇA; 5. INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Objetivo: Avaliar as neurorrafias término-lateral e término-terminal no nervo fibular do rato.

Método: Foram operados 60 ratos, divididos em 4 grupo e mantidos vivos por 180 dias. Grupo SHAM (GS), 10 ratos: o nervo fibular foi dissecado, igual nos demais grupos, mas sem intervenção. Grupo Desnervação (GD), 10 ratos: o nervo fibular foi seccionado, tendo seus cotos proximal e distal invertidos em 180° e suturados em músculos adjacentes, em diferentes planos. Término-Terminal (TT), 20 ratos: O nervo fibular foi seccionado e alongado com um enxerto de nervo sural através de duas neurorrafias término-terminais. Término-lateral (TL), 20 ratos: O nervo fibular foi seccionado, tendo o seu coto distal suturado em um músculo adjacente; o coto proximal foi alongado com um enxerto de nervo sural e suturado na porção lateral do nervo fibular distal, com uma neurorrafia término-lateral. Para a avaliação das diferentes técnicas, foram realizados testes de caminhada (walking track), eletrofisiológicos, peso do corpo e do músculo tibial, além da morfometria das fibras nervosas e musculares.

Resultados: Não houve diferença estatística na massa dos animais. Considerando a massa do músculo tibial, o maior número foi o do GS, com resultado similar aos grupos TT e TL, diferindo estatisticamente do GD ($p < 0.001$). Considerando o índice de função do nervo fibular (IFF), o GD teve piores valores em comparação aos demais grupos em 90 dias ($p < 0.004$) e 180 dias ($p < 0.001$). Na análise da espessura da bainha de mielina não houve diferença estatística entre os grupos TT, TL e GS. Na análise de variância da área da bainha de mielina, análise do diâmetro mínimo da fibra nervosa, análise de variância da fibra nervosa e nos estudos morfológicos do nervo, o GS foi estatisticamente superior aos grupos TT e TL, mas sem diferença estatística entre estes.

Conclusões: A partir dos resultados aqui apresentados, em que os grupos TT e TL obtiveram o mesmo potencial de reinervação, podemos concluir que não há diferença funcional ou histológica entre as neurorrafias término-lateral e término-terminal.

Palavras-chave: Neurorrafia término-lateral;Regeneração nervosa;Microcirurgia.

Cirurgia Hepática: A experiência do Hospital dos Servidores do Estado Do Rio de Janeiro

LEONARDO PAIXAO NETO; DANIEL BARBOSA NOGUEIRA; CARLOS AUGUSTO MARTINEZ MARINS; LETÍCIA MARQUES FERREIRA; ISABELLA DE ALMEIDA KLEIN; IAN DAMAS VIEIRA; FERNANDO VIEIRA LEITE; GIOVANNA AMARAL DE CARVALHO. HFSE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: As hepatectomias são cirurgias complexas que necessitam de abordagem multidisciplinar e centros especializados para o melhor manejo dos pacientes. Este fato serve de estímulo para avaliar melhor o perfil dos pacientes, das doenças e dos desfechos relacionados às cirurgias para o desenvolvimento de abordagens que aperfeiçoem o seguimento e o manejo do paciente. **OBJETIVO:** Avaliar os dados demográficos dos pacientes submetidos às cirurgias de ressecção hepática, bem como mortalidade operatória, relatando a experiência do serviço do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE). **MÉTODO:** Revisão de prontuário dos pacientes submetidos à cirurgia de ressecção hepática no HFSE do dia 15 de março de 2020 até 05 de maio de 2022. Foram excluídas da amostra as enucleações únicas e as biópsias hepáticas. **RESULTADOS:** Foram realizadas no serviço 23 ressecções hepáticas: 11 cirurgias por metástase colorretal (47,8%), 10 por carcinoma hepatocelular (43,4%), 1 por tumor fibroso solitário (4,3%) e 1 cirurgia por cisto hepático (4,3%). Sessenta por cento dos pacientes eram do sexo masculino, a média de idade foi de 62,5 anos. O tipo de ressecção mais realizada foi a segmentectomia do VI e VII (20,83%). A mortalidade operatória foi de 4,3%. **CONCLUSÃO:** A metástase de tumor de cólon foi a indicação mais freqüente de ressecção hepática. A mortalidade encontrada foi de 4,3%, compatível com a relatada em centros que realizam o procedimento. Em 2018, foi realizado um inquérito para apresentar, de forma mais expressiva, as estatísticas brasileiras de hepatectomias, mostrando que apenas sete centros (16,3%) realizam mais do que 50 ressecções hepáticas/ano. A taxa de mortalidade pós-operatória é de 1-3% em 55% dos centros e 4-6% em 21% dos centros, compatível com a nossa experiência o que pode ser justificado relação entre a quantidade de cirurgias realizadas, uma vez que apenas 1 (um) paciente, submetido à cirurgia, faleceu de causas perioperatórias. Com base nos resultados, concluímos que as hepatectomias podem ser realizadas com segurança em nosso serviço e devem ser estimuladas para melhor tratamento dos pacientes no âmbito regional.

REFERÊNCIA:

- COELHO JC, Claus CM, MACHUCA TN, SOBOTTKA WH, Gonçalves CG. *Liver resection: 10-year experience from a single institution*. Arq Gastroenterol. 2004 Oct-Dec; 41 (4):229- 33.
- WEISS MJ, D'Angelica MI. *Patient selection for hepatic resection for metastatic colorectal cancer*. J Gastrointest Oncol. 2012 Mar;3(1):3-10.
- AMICO EC, ALVES JR, João SA, GUIMARÃES PL, MEDEIROS JA, BARRETO ÉJ. *Immediate complications after 88 hepatectomies. Brazilian consecutive series*. Arq Bras Cir Dig. 2016 Jul-Sep; 29 (3):180-184.
- ZANOTELLI ML, FEIER F, NUNES AG. *Cirurgia hepática: experiência em 9 anos no hospital de clínicas*. Porto Alegre. Rev HCPA 2010; 30(1): 31-5.
- FONSECA, GM, JEISMANN VB, KRUGER JAP, Coelho FF, Montagnini AL, Herman P. *Cirurgia hepática no Brasil: um inquérito nacional*. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2018; 31(1): e1355.

Palavras-chave: Fígado;Hepatectomia;Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório.

Cisto hepático gigante: um relato de caso

IVON MENDONÇA QUEIROZ JUNIOR; RAQUEL ABREU FERREIRA. HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO

INTRODUÇÃO. Os cistos hepáticos apresentam uma prevalência de 4-7%, sendo os cistos hepáticos não parasitários geralmente assintomáticos. Quando há crescimento do cisto, sobretudo acima de cinco centímetros e crescimento rápido, podem causar compressão e seus sintomas justificando o tratamento cirúrgico, com destaque para os tratamentos por acesso videolaparoscópico. Tem sido indicado o destelhamento para cistos solitários volumosos, ou um número limitado de cistos localizados nos segmentos anterolateral do fígado.

RELATO

DO

CASO.

A.R.S.Q., 41 anos, masculino, natural do Estado do Rio de Janeiro. Paciente admitido No Hospital Municipal Miguel Couto- Rio de Janeiro/RJ, encaminhado de outra unidade hospitalar, com queixa de desconforto abdominal com início há um mês, associado a aumento de volume abdominal e plenitude pós prandial, sem outros sintomas associados, nega perda ponderal ou febre. Negava comorbidades, uso de medicações ou cirurgias prévias. Ao exame: paciente lúcido orientado em tempo e espaço, bom estado geral, anictérico, acianótico, normocorado, hidratado, eupneico. Abdome: flácido, doloroso a palpação em hipocôndrio direito, flanco direito e região epigástrica, sem descompressão dolorosa. Demais sistemas sem alterações. Exames laboratoriais: Hematócrito 37,7%; Hemoglobina 13,5 g/dl; Leucócitos totais 8.480 μ L; Plaquetas 275.000 μ L; Aspartato aminotransferase (AST) 21 U/l; Alanina aminotransferase (ALT) 25 U/l; Amilase 55 U/l; Lipase 44 U/l; Bilirrubina total 0,42 mg/dl; Bilirrubina direta 0,2 mg/dl; Gamaglutamiltransferase (GGT) 53 U/l; Fosfatase alcalina 80 U/l. Realizado tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste venoso, evidenciando lesão hepática volumosa com predomínio em lobo direito, causando desvio importante de estruturas adjacentes, sobretudo o rim direito. Durante investigação, realizado sorologia para *Echinococcus granulosus*, com resultado negativo, além de complementação com Ressonância Magnética (RM), evidenciando lesão de 20 cm x 14 cm x 16cm, paredes regulares, sem septações hipointensas em T1 e hiperintensas em T2 em lobo hepático direito. Optado por técnica de destelhamento por acesso videolaparoscópico. Paciente evoluiu com resposta satisfatória no pós operatório, optado por alta hospitalar no 3º dia pós operatório. Em retorno ambulatorial após cerca de quatro semanas e avaliado resultado anatomopatológico da peça cirúrgica, com resultado compatível com cisto hepático simples com desbris em permeio. **DISCUSSÃO.** Os cistos hepáticos necessitam de investigação quanto aos possíveis diagnósticos diferenciais, sendo a possibilidade de doença coexistente devendo ser afastada.

REFERÊNCIAS:

1. E. Christopher Ellison, Robert M. Zollinger, Jr. Zollinger Atlas de Cirurgia. 10. Edição. Editora Guanabara, 2017.
2. Sabiston - Tratado de Cirurgia - Townsend, Courtney; Beauchamp, Daniel - 2 Volumes - 18ª Ed. 5 de set. de 2018

Palavras-chave: Cisto hepático; Acesso videolaparoscópico; Destelhamento hepático.

Múltiplos infartos hepáticos não oclusivos secundários a cetoacidose diabética: relato de caso

LUISE CRISTINA TORRES RUBIM DE BARROS¹; GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA²; BÁRBARA MOREIRA RIBEIRO TRINDADE DOS SANTOS¹; VITÓRIA MIKAELLY DA SILVA GOMES¹; LORENN PAULINELLI BAHIA VIEIRA². 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CÉLIO DE CASTRO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Infartos hepáticos (IH) são eventos isquêmicos do fígado, caracterizados pela interrupção do fluxo sanguíneo aos hepatócitos, podendo resultar em isquemia, necrose e disfunção celular significativa nos casos mais graves. A maioria dos IHs está associada à oclusão de vasos que irrigam o fígado, frequentemente no contexto de trauma, cirurgias e neoplasias. Todavia, os IHs podem ocorrer por alterações microvasculares, sem obstrução de vasos de maior calibre, sendo essa rara condição caracterizada como infarto hepático não oclusivo. Dentre as variadas causas de infartos hepáticos não oclusivos, encontram-se doenças reumatológicas, choque hemodinâmico prolongado, pré-eclâmpsia e cetoacidose diabética.

RELATO DO CASO

Sexo masculino, 57 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2, atendido na sala de emergência com quadro de dor abdominal difusa, associada a náuseas, vômitos e astenia. No atendimento inicial, identificada hipotensão, taquicardia e glicemia capilar de 470 mg/dL. Foi iniciada antibioticoterapia e insulina intravenosa e optado por transferência para um centro de terapia intensiva (CTI). Exames coletados no primeiro atendimento demonstravam cetonúria, pH de 7,27, AST 2356 U/L, ALT de 2438 U/L e plaquetopenia. Na admissão no CTI, identificou-se bilirrubina total de 1,59 mg/dL. Sorologias para hepatites virais, febre amarela e dengue foram todas negativas. Foi realizada ultrassonografia (USG) de abdome com presença de múltiplas lesões sólidas heterogêneas de contornos mal definidos no fígado. Tomografia computadorizada (TC) com contraste confirmou a presença de múltiplas lesões sólidas irregulares, predominantes em lobo direito, com aspecto sugestivo de neoplasia primária do fígado, metástases ou múltiplos abscessos. Porém, com quadro de início súbito e elevação de transaminases, na ausência de marcadores infecciosos, levantou-se a hipótese de IH. O paciente recebeu alta do CTI para enfermaria após 6 dias. Nova TC e ressonância magnética demonstraram persistência das lesões. Foi então optado por biópsia percutânea guiada por USG e a análise histopatológica revelou infiltrado inflamatório mononuclear, colestase intracelular, focos de necrose isquêmica e de fibrose. O paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar após 22 dias. Permanece assintomático e em acompanhamento ambulatorial, com função hepática preservada.

DISCUSSÃO

Cetoacidose diabética é uma causa rara de infarto hepático não-oclusivo, com poucos casos relatados na literatura, mas que deve ser considerada em pacientes diabéticos com dor abdominal e marcadores de lesão hepática nos exames laboratoriais. As lesões podem ter aspecto muito semelhante a neoplasias hepáticas, como no caso descrito, constituindo, portanto, um desafio diagnóstico. Assim sendo, o uso de biópsia percutânea guiada por USG, quando bem indicada, pode ser essencial para elucidação diagnóstica em casos semelhantes, evitando, portanto, abordagens cirúrgicas desnecessárias.

Palavras-chave: Infarto hepático;Cetoacidose diabética;Pseudotumor hepático.

Ressecção de hemangioma hepático gigante - Um relato de caso

JOÃO OTÁVIO VARASCHIN ZENI¹; ANGÉLICA ISAIAS¹; CAMILA BELARMINO DAROS¹; ARTHUR ANDRADE SICHCIOPI¹; GUSTAVO RODRIGUES ALVES CASTRO¹; CLEMENTINO ZENI NETO². 1. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR - BRASIL.

1. Introdução

Hemangioma hepático, também chamado de hemangioma cavernoso devido ao espaço vascular cavernoso visto histologicamente, é a lesão hepática benigna mais comumente encontrada^[1]. São frequentemente mais encontrado no sexo feminino (3:1), com maior prevalência entre 30 e 50 anos de idade, geralmente lesão solitária e pequena (<5cm), os maiores de dez centímetros são referidos como hemangiomas gigantes. Ao exame macroscópico, os hemangiomas aparecem como lesões planas e bem circunscritas, por uma cápsula fina, com cor vermelho-azulada escura. Em sua grande maioria, são assintomáticos, sendo diagnosticados como achados incidentais, em exames de imagem. Apresentam excelente prognóstico. O tratamento, geralmente, é conservador, sendo que apenas alguns casos selecionados são tratados cirurgicamente.

2. Apresentação do caso

Feminino, 58 anos, com sensação de “massa” em região epigástrica, palpável ao exame físico, náuseas e inapetência. Ao exame de imagem, ressonância magnética evidenciou fígado com presença de grande nódulo no lobo esquerdo, medindo 10 x 11 x 14 cm, com captação periférica. Diante destes fatores, optado por tratamento cirurgico. No inventário da cavidade abdominal, observou-se extensa lesão hepática, acometendo todo o lobo esquerdo do fígado. Na macroscopia, consta produto de hepatectomia esquerda com superfície externa acastanhada, lisa e opaca, com peso de 621 gramas e aos cortes, presença de lesão nodular medindo 11,8 x 11,3 x 7,0 cm, vinhosa e esponjosa com traves fibróticas e calcificação focal central. Dista 1,4cm da margem de ressecção do parênquima.

3. Discussão

O tratamento, em sua maioria, é expectante, pois, grande parte dos diagnósticos é um achado acidental em pacientes assintomáticos, diferentemente do caso apresentado, uma vez que a paciente relatava sintomatologia de saciedade precoce, desconforto e massa em região epigástrica.

Para os hemangiomas maiores de 5 cm, faz-se necessário o acompanhamento com ressonância magnética (RM) com contraste em 6 a 12 meses, e caso a taxa de crescimento for menor de 3mm ao ano, nenhuma imagem adicional será realizada^[1].

Os métodos cirúrgicos para tratamento do hemangioma hepático incluem: ressecção hepática ou enucleação^[1]. Além disso, para hemangiomas maiores de 10 cm a embolização pré-operatória pode ser considerada para diminuir as dimensões da lesão.

A ressecção cirúrgica de hemangiomas hepáticos é rara e pouco indicada. Entretanto, cada caso deve ser individualizado, e quando existe sintomatologia ou consequências devido as dimensões das lesões, o tratamento cirúrgico é uma opção terapêutica eficaz, como no caso apresentado.

1. Curry P.M., Chopra S. Hepatic hemangioma, Literature review c. t.2022.

2. Neto O.C.L.F, Martins C.L.O, Arruda J.E.A, Silva V.M.N, Lacerda C.M. Ruptura espontânea de hemangioma hepático gigante: relato de caso. GED gastroenterol. endosc. dig. 2013; 32(3): 86-89 pag.

Palavras-chave: hemangioma gigante;hepatectomia;tratamento cirúrgico.

RESSECÇÃO HEPÁTICA BISSEGMENTAR NO ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO

EDARLAN BARBOSA DOS SANTOS; KATTIUCY GABRIELLE DA SILVA BRITO; JULIANA AFFONSO RODRIGUEZ; MARCELO SA DE ARAUJO; REINALDO AFONSO FERNANDES JUNIOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO / UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

A neoplasia de vesícula biliar é considerada uma afecção rara, porém gravíssima, em que o péssimo prognóstico determina altas taxas de mortalidade. Os melhores resultados neste contexto estão relacionados à precocidade do diagnóstico e à cirurgia oncológica, uma vez que sua resposta à quimioterapia e radioterapia é ínfima. O fato da grande maioria dos diagnósticos serem constituídos de achados anatomopatológicos após colecistectomias, ratificam a necessidade de reabordagem cirúrgica com brevidade, afim de mudar a sobrevida e o prognóstico.

Relataremos um caso de uma paciente do sexo feminino, 57 anos, hipertensa e diabética, previamente submetida à colecistectomia videolaparoscópica, devido à colelitíase sintomática, procedimento realizado sem intercorrências, em outro serviço. O exame anatomopatológico identificou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado do tipo biliar, localizado em região de corpo/fundo associado a neoplasia túbulo papilífera de alto grau, com invasão até tecido perimuscular profundo, invasão vascular e perineural presentes, linfonodo pericístico comprometido pela neoplasia e margens cirúrgicas livres. Sendo então encaminhada para o serviço de cirurgia oncológica. Realizado estadiamento com tomografias de tórax, abdome e pelve sem evidência de doença à distância e marcadores tumorais dentro do limite de normalidade. Após discussão multidisciplinar foi optado por cirurgia definitiva, sendo submetida a bissegmentectomia hepática (IVB e V) com linfadenectomia hilar e ressecção do ducto cístico, esse último encaminhado a congelação peri-operatória que evidenciou margem livre de neoplasia. No pós-operatório, a paciente permaneceu três dias no CTI e recebeu alta hospitalar no sétimo dia de internação. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica identificou linfonodos livres de neoplasia e margens cirúrgicas livres em todos os segmentos. Encaminhada para a avaliação da oncologia clínica.

Embora a causa do carcinoma da vesícula biliar seja desconhecida, a presença de cálculos biliares tem sido considerada fator de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia. A abordagem cirúrgica precoce é imprescindível, considerando a gravidade dessa afecção e a pouca resposta ao tratamento clínico. Estudos demonstram que a ressecção hepática bissegmentar (IVb e V) é eficaz no tratamento da neoplasia de vesícula biliar, com destaque para o estadiamento do tumor restrito a muscular (T2), como no caso descrito, que acometa a face peritoneal ou a face hepática da vesícula biliar, este último inclusive com pior prognóstico, contribuindo para maior sobrevida e menor índice de recidiva de doença hepática, nodal ou a distância durante acompanhamento oncológico.

O tratamento cirúrgico radical na neoplasia de vesícula biliar com ressecção hepática e linfadenectomia hilar pode levar a uma sobrevida prolongada com baixa morbimortalidade.

Palavras-chave: Adenocarcinoma de vesícula biliar;bissegmentectomia hepática;vesícula biliar.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOS HEPÁTICOS EM PACIENTE COM DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA DOMINANTE PARA MANEJO DE DOR E SINTOMAS COMPRESSIVOS: RELATO DE CASO

GABRIELA CAVALCANTE DE SOUZA; VIVIANE SUZUKE; BEATRIZ BUCHALLA GARCIA SIMÃO; PALOMA RICCIARDI DE CASTRO; AMELY COVALERO DA SILVA PINTO; EDSON SOARES BEZERRA. SÃO LEOPOLDO MANDIC, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: O diagnóstico de DRPAD se dá por testes genéticos ou história familiar positiva com presença de manifestações extra-renais. A doença hepática policística é a manifestação mais comum e também ocorre como uma doença genética distinta, quando ausência de cistos renais. Tipicamente a doença hepática policística é assintomática, mas pode apresentar efeito de massa ou complicações relacionadas aos cistos. O objetivo da terapêutica é a redução da morbimortalidade e controle das comorbidades, podendo ser necessário tratamento cirúrgico.

Relato de caso: feminino, 38 anos. Há 5 meses apresentando distensão e dor abdominal difusa. Há 1 semana evoluiu com piora dos sintomas, vômitos pós prandiais e dispepsia. Nega sintomas colestatícos, nega febre, comorbidades e cirurgias prévias. Mãe com Doença Renal Policística Autossômica Dominante. Ao exame físico abdome globoso, fígado palpável até cicatriz umbilical, bordos lobulados, doloroso a palpação, descompressão brusca negativa, sinal de Murphy negativo. TC abdome: fígado com contornos lobulados e múltiplas imagens sugestivas de cistos, as maiores nos segmentos II (7,2cm), IVb (9,3cm) e VII (8,3cm). Veia porta pérvia e calibre normal. Vesícula biliar parcialmente contraída por compressão extrínseca pelas formações císticas. Sem dilatação de vias biliares. Múltiplas imagens císticas corticais em ambos os rins. As maiores em terço superior do rim esquerdo 6,4x 5,6 cm (Bosniak I) e terço inferior do rim direito 4,1 x 3,4 cm (Bosniak IIF). Rins com dimensões aumentadas, sem hidronefrose. Rim direito com cálculo 0,5cm em grupamento calicinal médio, rim esquerdo com microcálculos no grupamento superior e inferior. Submetida a marsupialização e ressecção de diversos cistos hepáticos pela técnica do destelhamento e colecistectomia táctica. Resolução dos sintomas, segue em acompanhamento com a nefrologia.

Discussão: Estratégias para o manejo da dor crônica devem ser uma competência médica, cada vez mais necessária devido o aumento da longevidade dos pacientes com DRPAD. O cirurgião, então, é fundamental para esses pacientes no que se refere à qualidade de vida a longo prazo. Atualmente o “unroofing” é o melhor tratamento cirúrgico para doença policística do fígado, em que é realizada excisão parcial dos cistos que estão na superfície hepática e estabelece contiguidade entre cistos superficiais e profundos. Sem necessidade de ressecção completa do cisto, que apresenta perigo pela proximidade de estruturas vasculares e ductos biliares.

Referências bibliográficas:

MALHEIROS, G. O. M. **Doença Renal Policística: uma revisão da literatura**. 2012. Monografia (Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

TORRES, V. E.; HARRIS, P. C. Autosomal dominant polycystic kidney disease: the last 3 years. **Kidney international**, v. 76, n. 2, p. 149–168, jul. 2009.

ZANLOCHI, A. G. S. et al. Tratamento Videolaparoscópico do Fígado Policístico. **Revista Brasileira de videocirurgia**. v. 3, n. 3, p. 4, set. 2005.

Palavras-chave: Doença Renal Policística;doença hepática policística ;unroofing.

Tumor Fibroso Solitário Gigante: Relato de Caso

LETÍCIA MARQUES FERREIRA; DANIEL BARBOSA NOGUEIRA; CARLOS AUGUSTO MARTINEZ MARINS; IAN DAMAS VIEIRA; ISABELLA DE ALMEIDA KLEIN; LEONARDO PAIXAO NETO; RAQUEL ROXO BRUNO; JÔSE VÂNIA TEIXEIRA SILVA. HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O tumor fibroso solitário é um tumor raramente encontrado em sítio extratorácico. A apresentação hepática possui poucas citações, sendo estimados em algumas revisões, apenas 85 casos em língua inglesa. O presente caso objetiva discutir os desafios do diagnóstico, o manejo de algumas condições associadas, além do tratamento de uma patologia rara no cotidiano do cirurgião geral. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 58 anos, apresentou, em 2019, dores em hipocôndrio direito, investigadas com ultrassonografia de abdômen, evidenciando nódulo heterogêneo com contornos irregulares em lobo hepático esquerdo. Foi submetida à tomografia computadorizada, revelando lesão expansiva de 5,4 x 4,9 x 6cm, lobulada e heterogênea com septos, em segmento IVa com extensão ao hilo hepático. Porém, perdeu seguimento médico durante a pandemia de Covid19. Apresentou crescimento do volume abdominal e episódios de hipoglicemia e hipocalemia. Em fevereiro de 2022, internou em hospital do Rio de Janeiro, sendo realizado a laparotomia exploradora. Durante a cirurgia, devido à complexidade, optaram por realizar biópsia da lesão. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou hipoglicemia grave, sendo iniciada hidrocortisona com melhora do quadro. Paciente foi transferida para o Hospital Federal dos Servidores do Estado. Durante internação, foi otimizado a dose de hidrocortisona e não teve mais episódios de hipoglicemia. No intraoperatório, inventário, com lesão volumosa exofítica originada do segmento IVa, pronunciando-se até a pele, contornando o hilo hepático, sem invasão dos vasos e sem aderências à cápsula tumoral, que se encontrava rota pelo procedimento prévio. Foi realizada a hepatectomia esquerda com ressecção em bloco da lesão. A paciente evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório, realizando desmame do corticóide, encontrando em seguimento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** O tumor fibroso hepático é uma entidade rara com poucos casos descritos em literatura. Deste modo, por meio do caso em estudo, podemos fazer uma breve revisão do tema para obter melhor conhecimento e manejo de casos futuros.

REFERÊNCIA:

1. YUGAWA, K., YOSHIKUNI, T., MANO, Y. et al. Solitary fibrous tumor in the liver: case report and literature review. *surg case rep* 5, 68 (2019).
2. Du EHY, WALSHE TM, BUCKLEY AR. Recurring rare liver tumor presenting with hypoglycemia. *Gastroenterology*. 2015; 148:e11–3. SUN K, LU JJ, Teng XD, Ying LX, WEI JF. Solitary fibrous tumor of the liver: a case report. *World J Surg Oncol*. 2011; 9:37.
3. YOSHIDA A, TSUTA K, OHNO M, YOSHIDA M, Narita Y, ASAMURA H, KUSHIMA R. STAT6 immunohistochemistry is helpful in the diagnosis of solitary fibrous tumors. *AmJ Surg Pathol*. 2014;38:552–9.
4. BARBOSA, Berta; MORAIS, Catarina; NEVES, Sílvia; CANHA, António; SOARES, Paulo; DANIEL, Jorge; SILVA, Donzília Sousa; DAVIDE, José. Solitary fibrous tumor of the liver. Report of three cases of a very rare tumor. *Journal of Surgical Case Reports*. Volume 2018, Issue 7, July 2018, rjy150.

Palavras-chave: Tumor Fibroso Solitário; Hepatectomia; Tumor Hepático.

ABORDAGEM CIRÚRGICA CONSERVADORA DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

GIOVANA CARVALHO MONNERAT MAGALHÃES; ALEXIA DIVA DE CARVALHO PHEBO; CLARA DA COSTA FELICIANO; ISABELA HARTMANN SANTHIAGO LOPES; LARISSA CARDOSO RODRIGUES DA SILVA; MARIA CLARA GOUVÊA DE FARIA; WALTER PALIS VENTURA. FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

OBJETIVO: esta revisão de literatura se propõe a analisar os fundamentos básicos da cirurgia mamária oncológica, de forma a expor os pilares para realização do tratamento conservador do câncer de mama.

MATERIAL E MÉTODOS: foi realizada uma revisão de literatura dos bancos de dados UpToDate, Scielo e Google Acadêmico, em um espaço amostral de 2007 a 2022, nas línguas português e inglês.

RESULTADOS: o câncer mamário é a segunda neoplasia que mais afeta a população feminina, atingindo, em sua maioria, mulheres a partir dos 50 anos (ALMEIDA et al., 2021). Entende-se que o diagnóstico precoce e a combinação de tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos são capazes de aumentar a sobrevida das pacientes. A radioterapia adjuvante local é um pilar para a eficácia da cirurgia conservadora, levando ao fato de que, mulheres com contraindicações à radioterapia devem ser submetidas a mastectomia total. Em termos de elegibilidade, a cirurgia conservadora tem como critério anatômico mais importante a relação do volume da mama com o tamanho do tumor a ser retirado, sendo assim, tumores de maior tamanho ainda podem ser considerados, desde que tenham uma relação de tamanho adequada com a mama da paciente (TIEZZI, 2007). É importante ressaltar que, na presença de mutações genéticas dos genes BRCA 1 e BRCA 2, a cirurgia conservadora não é indicada. Isso deve-se às chances elevadas de desenvolver neoplasia maligna local novamente (RAUPP et al., 2017). Nesses casos, a mastectomia total segue sendo a opção mais adequada. No que diz respeito a técnicas cirúrgicas, a cirurgia de mama conservadora pode ser dividida em dois tipos: a quadrantectomia, que é a ressecção de todo o setor mamário correspondente ao tumor, e a tumorectomia, que consiste na remoção de todo o tumor com uma margem de tecido mamário livre de neoplasia. Não há diferença na sobrevida entre as técnicas. Apesar de conservadoras, a remoção de tecido mamário, com uma boa margem de segurança para a paciente, pode resultar em prejuízo estético (TIEZZI, 2007). Caso este ocorra, diversas técnicas podem ser usadas para reconstrução da mama, como por exemplo retalhos locais, retalhos de vizinhança, uso de materiais aloplásticos e retalhos microcirúrgicos (DAHER et al., 2022).

CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico do câncer de mama pode ser conservador ou radical, sendo a proposta radical a melhor opção para pacientes que possuem os genes BRCA 1 e BRCA 2. O tratamento conservador possui como objetivos o oferecimento dos mesmos índices de sobrevivência que a mastectomia total e a baixa incidência de recidivas do câncer, além de proporcionar um resultado estético mais agradável. Mesmo diante da possibilidade de preservar o tecido mamário, infere-se que todo procedimento cirúrgico possui repercussões físicas e psicológicas, de modo que foram desenvolvidas técnicas reconstrutivas, com o intuito de auxiliar no processo de aceitação desta paciente para com sua nova aparência.

Palavras-chave: câncer de mama; abordagem conservadora; tratamento cirúrgico.

CARCINOMA MUCINOSO PRIMÁRIO DE OVÁRIO E TUMOR DE BRENNER ASSOCIADO: RELATO DE CASO

ELISIANE RODRIGUES GARIOLI; CARLOS ALBERTO VIANA VIEIRA JÚNIOR; BRUNA PINHEIRO SARAMAGO DE ANDRADE; JOÃO GABRIEL DA SILVEIRA LINS; THAÍS XAVIER DIREITO; RODRIGO FONSECA DACCACHE DE ALMEIDA BRITTO; THIAGO BOECHAT DE ABREU; MARCOS PAULO MAGNAGO GALVÃO. HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: O carcinoma mucinoso é responsável por 3-4% das neoplasias primárias de ovário. Essas apresentam-se mais frequentemente nas pacientes em perimenopausa nos estágios iniciais de doença. Ao incluir todos os tipos de neoplasias ovarianas mucinosas, 80% são cistoadenomas e 10-15% são carcinomas. Os tumores de Brenner, por sua vez, são oriundos do epitélio ovariano representando 5% dos tumores ovarianos benignos.

Relato de caso: V.L.M.S, 68 anos, feminina, com crescimento de massa abdominal associada a dor inespecífica há 4 anos e tomografia computadorizada, apresentando lesão volumosa de 35x30x15cm cístico-sólida de origem anexial a esquerda, além de massa sólida em pelve de 8x8x4cm de origem anexial a direita, sem imagens sugestivas de implantes secundários. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. O laboratório apresentava CA 19.9 e CA 125 elevados, sendo levantada a hipótese de neoplasia maligna de ovário. Submetida a laparotomia exploradora no Hospital Federal de Bonsucesso pela I Clínica Cirúrgica, no dia 18/05/2022 apresentando volumosa massa abdominal contemplando toda a cavidade com presença de aderências em parede abdominal. Realizada lise e ligadura de pedículo associado ao anexo à esquerda, além de dissecação e ligadura do pedículo da lesão menor em pelve associada ao anexo à direita, seguida de histerectomia total com salpingoforectomia bilateral e linfadenectomia. No pós-operatória evolui com alta hospitalar após 7 dias, mantendo seguimento ambulatorial. Ao histopatológico, foi evidenciado em ovário esquerdo carcinoma de origem primária ovariana, compatível com carcinoma mucinoso (CK7, CK20, CDX-2 POSITIVOS; MUC-2 e MUC-5 indisponíveis), medindo 36 cm no maior diâmetro, com padrão de crescimento expansivo e infiltrativo. Em ovário direito, foi evidenciado cistoadenoma mucinoso associado a tumor de Brenner.

Discussão: O carcinoma mucinoso é tipicamente unilateral e confinado ao ovário, expressando marcadores CK20, CDX2 e CK7, além de genes de mucina. Em estágio inicial, pacientes se beneficiam da remoção da massa anexial intacta, como realizado no caso. Já os tumores de Brenner são, em sua maioria assintomáticos, percebidos apenas quando atingem grandes volumes. Acredita-se que a similaridade que existe entre o tumor de Brenner e os cistoadenomas mucinosos deve-se a origem comum a partir de Células de Walthard, sabendo-se que o fator androgênico, mais evidente durante a menopausa, pode providenciar condições para o surgimento do tumor de Brenner. Assim, a conduta cirúrgica proposta para a paciente, uma vez que apresentava alto risco de neoplasia ovariana, condiz com o que foi realizado.

Bibliografia: Balasa RW, et al. The Brenner tumor: a clinicopathologic review. Obstet Gynecol 1977, 120-128 / Salibay CJ, et al. Borderline Brenner Tumor of the Ovary Coexisting With an Ovarian Mucinous Cystadenoma With Focal Atypical Epithelial Proliferation: A Rare Case With Review of the Literature. Int J Surg Pathol 2021, 788-793

Palavras-chave: Neoplasia ovariana; Brenner; Carcinoma mucinoso.

Histectomia total como tratamento de mioma uterino gigante causando sangramento uterino anormal

GUILHERME ALVES DE OLIVEIRA¹; AUGUSTO ARABONI MENDES BARCELOS MANNA¹; LOYSLENY ELIAS FRANÇA²; NATHÁLIA JOANA GARCIA GONÇALVES²; DÉBORA DUARTE MELO¹; PAMELA RENATA LEITE¹; CEZAR AUGUSTO VENDAS GALHARDO¹; KILDER CARMO DOS SANTOS¹. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP/UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL - UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Introdução: Miomas uterinos são tumores benignos extremamente comuns, principalmente nas mulheres em idade fértil ou na menopausa, sendo uma das causas de sangramento uterino anormal (SUA) nessa população. **Objetivo:** O presente artigo tem por finalidade relatar o caso de um mioma uterino volumoso, ressaltando sua repercussão clínica e terapêutica de escolha, em vista da alta prevalência de miomatose uterina na população feminina e da urgência cirúrgica em casos como este. **Relato de Caso:** Mulher, 68 anos, obesa, hipertensa e portadora de insuficiência de longa data, apresentou sangramento vaginal profuso há um mês e meio, sendo acompanhada ambulatorialmente. Após significativa perda ponderal devido a episódio de Covid-19 e suas repercussões clínicas, evidenciou-se massa abdominal a esclarecer. Associado ao quadro, manteve evacuações em fita, ausência de sangue ou muco em fezes e persistência de metrorragia com sangue em dedo de luva ao toque vaginal. Segundo exames externos, ultrassonografia de abdome total com presença de colelitíase, cálculos de pequenas dimensões em rim direito, tumoração abdominal de etiologia a esclarecer. O CA-125 de 43,1 U/mL e exame de urina com hematúria. Em tomografia computadorizada solicitada no serviço foi identificado útero de dimensões aumentadas, com 27,0 x 24,0 x 20,0 centímetros em seus maiores eixos, além de contato uterino com estruturas adjacentes, promovendo compressões e deslocamentos, mas sem sinais de infiltrações. Após compensar a paciente clinicamente de suas outras comorbidades, foi realizada laparotomia exploradora, optando-se por colecistectomia, histectomia total e anexectomia, devido ao tamanho da massa e da repercussão no quadro clínico da paciente. A peça cirúrgica apresentava aproximadamente 25 centímetros longitudinalmente e um peso de 5,9 quilos, encaminhada à patologia ficou constatado leiomioma com extensa necrose vascular e isquemia de pedículo. **Discussão:** O SUA constitui o principal motivo de consultas ginecológicas, sendo uma das manifestações clínicas do mioma uterino, principalmente intramural. Em grandes miomas sintomáticos, a cirurgia é o padrão-ouro, sendo a histectomia total o tratamento curativo indicado para mulheres com prole constituída.

Palavras-chave: histectomia; leiomioma; sangramento uterino.

TUMOR DE BRENNER BILATERAL ASSOCIADO A CISTOADENOMA MUCINOSO

ANA FLAVIA DE SOUZA HENRIQUE; JAQUELINE MENDES DA LUZ MAGALHÃES; MARIA EUGENIA DA COSTA REGHIN; SELMA CRISTINA OLIVEIRA SASTRE DOS SANTOS; VINICIUS ANTONIO PERON; GUILHERME ORLANDINI ABILAS; TOMAS DE OLIVEIRA MARTINS; RAFAEL NEIVA DE AZEVEDO. IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Tumor de Brenner (TB) são tumores raros de células transicionais do ovário, representando aproximadamente 2-3% dos tumores epiteliais do ovário. São na sua maioria benignos, sendo menos de 5% borderline, e menos de 1% malignos. Em mais de 25-30% dos casos, o TB está associado à presença concomitante de outro tumor epitelial, como cistoadenoma mucinoso ou seroso. A maioria deles são tumores unilaterais, pequenos (<2cm) e detectados incidentalmente em mulheres assintomáticas, predominantemente na pós-menopausa.

RELATO: Mulher, 94 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias. Encaminhada ao centro de emergência e trauma de um Hospital Terciário em Londrina-PR com queixa de distensão, dor abdominal, náuseas e constipação. Ao exame físico abdominal se apresentava globoso, com ruídos preservados, normotimpânico, com desconforto à palpação, sem sinais de irritação peritoneal e massa palpável em hipogástrio até 5 cm acima da cicatriz umbilical. A tomografia de abdome com contraste revelou volumosa formação cística com paredes septadas internas finas, componente sólido e microcalcificações sobrepostas, medindo cerca de 21,2x16,6x21,4 cm (volume de 3916 ml), anterior ao útero, com relação íntima anexial direita. Linfonodomegalia com centro liquefeito retrocaval. Foi então submetida a histerectomia total e salpingooforectomia bilateral. A cirurgia decorreu sem intercorrências e as peças operatórias foram enviadas para estudo anatomopatológico juntamente ao lavado peritoneal. Da avaliação anatomopatológica, foi descrito um ovário direito com TB benigno de 28x22x14cm, ausência de atipias, proliferação papilífera ou invasão estromal, presença de cistoadenoma mucinoso associado, ausência de critérios de malignidade. Ovário esquerdo com TB benigno com 3,5x2x2cm, ausência de atipias, proliferação papilífera, invasão estromal ou malignidades. Demais peças sem alterações histológicas e sem critérios de malignidade.

DISCUSSÃO: A maioria dos TB são unilaterais, sendo que apenas 5-14% se apresenta bilateralmente e, nesse caso, levanta a suspeita de TB do subtipo borderline ou maligno.¹ Acredita-se também que a média do diâmetro do TB benigno varie entre 2-8 cm¹, e dimensões superiores, na ordem dos 30 cm, parecem caracterizar os tumores borderline e malignos. No caso apresentado, o tumor de maior dimensão (>20 cm), poderia levantar a suspeita de um tumor agressivo, porém a associação com cistoadenomas mucinosos parecem contribuir em parte para o aspecto cístico de alguns tumores^{2,3}, justificando porque um TB benigno pode apresentar dimensões tão grandes.

1. A singular observation of a giant benign Brenner tumor of the ovary. Arch Gynecol Obstet. 2011 Aug;284(2):513-6.
2. Waxman M. Pure and mixed Brenner tumors of the ovary: clinicopathologic and histogenetic observations. Cancer. 1979;45(5):1830–9.
3. Zhao Y, Mao X, Yao L, Shen J. Computed tomography imaging features of benign ovarian Brenner tumors. Oncol Lett. 2018;16(1):1141–1146.

Palavras-chave: Tumor de Brenner;Cistoadenoma Mucinoso;Tumor de Ovário.

Íleo biliar: um relato de caso.

KILDER CARMO DOS SANTOS; GUILHERME ALVES DE OLIVEIRA; GABRIEL MARTIN LAUAR; AUGUSTO ARABONI MENDES BARCELOS MANNA; PAMELA RENATA LEITE; DÉBORA DUARTE MELO; JOÃO GILBERTO KAZUO AGUENA; PEDRO HENRIQUE BARBOSA FERNANDES. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP/UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Introdução: Íleo biliar se caracteriza por uma impactação de cálculo biliar em íleo devido transposição de cálculo por uma fistula bilioentérica. **Objetivo:** Este artigo tem por objetivo relatar uma causa rara e importante de obstrução intestinal, mais comum em idosos do sexo feminino. **Relato do caso:** M.S. Feminina, 85 anos, hipertensa, ex-tabagista; histórico de dor abdominal iniciada há 5 dias associado a náusea e vômitos. Relata histórico de cólica biliar diagnosticada há 3 anos com ultrassonografia de abdome total indicando lama biliar. Paciente sem histórico de estigmas de obstrução de vias biliares. Exame físico evidenciava presença de dor abdominal difusa, inespecífica, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose 15.050 (bastões: 27%), PCR: 199, AST:10, ALT:15, FAL:72, GGT: 57. Realizado Tomografia computadorizada de abdome que apresentou calculose em íleo terminal de 18x21mm. Realizada laparotomia exploradora seguida de enterectomia, retirada de calculose, seguido de enterorrafia. Paciente evoluiu no primeiro pós-operatório com retorno do transito intestinal habitual e boa aceitação da dieta alimentar. Recebeu alta hospitalar para programar estudo de vias biliares ambulatoriamente. **Discussão:** O íleo biliar envolve elementos chaves para diagnóstico, dentre eles colelitíase, fístula bilio-entérica e obstrução intestinal. O exame de imagem é essencial para diagnóstico do quadro caracterizando-se pela Tríade de Rigler (presença de cálculos radiopacos, pneumobilia e distensão de alças intestinais). O tratamento envolve indicação cirúrgica para extração do cálculo e desobstrução intestinal, associado a investigação de fístula e possível tratamento cirúrgico desta.

Palavras-chave: íleo biliar;obstrução intestinal;fístula bilioentérica.

Intestino delgado como fonte de hemorragia digestiva: um desafio diagnostico

BÁRBARA DE MELO THEOBALDO; ISABELLA ALMEIDA MOTTA; PALOMA APARECIDA FREITAS DUARTE; CLARA MARQUES DE CASTRO; SARA FERREIRA DESTRO; MATHEUS REZENDE LIMA; CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO; RACHID GUIMARAES NAGEM. IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A hemorragia digestiva é uma condição clínica frequente e de manejo desafiador. Descreve-se aqui caso hemorragia digestiva associada a tumor estromal do trato gastrointestinal (GIST) e a divertículo de Meckel (DM), evidenciando sua dificuldade diagnóstica.

Relato do caso: VAR, 68 anos, homem, deu entrada no Pronto-Socorro com quadro de dor abdominal, melena e síncope, acompanhado de instabilidade hemodinâmica. Negava episódios semelhantes prévios, uso de medicamentos e etilismo. Ao exame físico, abdome indolor e sem sinais de irritação peritoneal. Tomografia de abdome sem alterações significativas. Internado para investigação e submetido a endoscopia digestiva alta (EDA), sem alterações. Intercorreu com novos episódios de melena, sendo transferido à Unidade de Cuidados Intensivos. Procedido à colonoscopia e visualizado secreção hemática e coágulos, principalmente em ceco, sem lesões óbvias ou pontos de sangramento ativo. Identificado pequenos divertículos em sigmoide, sem alterações significativas. Não foi realizada angiotomografia devido à instabilidade, nem cintilografia por não haver disponível no serviço. Devido à instabilidade, foi optado por confecção, por incisão específica, de ileostomia em alça para acesso endoscópico ao intestino delgado. Realizada enteroscopia com identificação de DM em meio à significativa quantidade de sangue. Optado, então, pela laparotomia exploradora, sendo identificado, porém, além do DM à 40 cm da válvula ileocecal, múltiplas nodulações ao longo de todo intestino delgado. Realizadas biópsias em dois nódulos e feita enterectomia segmentar do DM. Paciente manteve-se grave após procedimento e veio a óbito no segundo dia de pós-operatório por choque refratário. Anatomopatológico mostrou neoplasia fusocelular sugestiva de GIST e divertículo ileal compatível com DM sem erosões ou ulcerações da mucosa que justificassem o sangramento. Imuno-histoquímica positiva para os marcadores c-KIT e Vimentina, compatíveis com GIST.

Discussão: O GIST é um tumor mesenquimal originário de uma mutação no oncogene c-KIT, tendo como principal manifestação a hemorragia digestiva. Seu diagnóstico é baseado na pesquisa do marcador CD117 e o tratamento é eminentemente cirúrgico. O DM, anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, tem também como principal manifestação o sangramento, sendo sua ressecção recomendada nos casos de hemorragia digestiva. É importante ressaltar que a mucosa que sangra não é a do DM e sim a mucosa normal adjacente, sendo, portanto, necessário a enterectomia segmentar. O presente relato evidencia quadro de hemorragia digestiva não identificado por EDA nem colonoscopia. AngioTC e cintilografia prestam grande auxílio nesses casos, mas não são amplamente disponíveis. Já a enteroscopia é um método não só diagnostico como terapêutico. No caso relatado não ficou clara a fonte do sangramento, porém, ao nosso ver, o mais provável é que tenha se originado de um ou mais dos múltiplos GISTs presentes.

Palavras-chave: Hemorragia digestiva;GIST;Divertículo de Meckel.

LINFOMA DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

BARBARA MARIA ASSI RABELO; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; JOÃO VITOR COTRIM GONÇALVES; FILIPE PERES BARRETO. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Os tumores de intestino delgado são raros, correspondendo a cerca de 3% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal. Os benignos são mais comuns que os malignos, e ambos estão relacionados a um diagnóstico difícil devido à raridade dessas lesões e à natureza inespecífica e variável dos sinais e sintomas apresentados. Os linfomas primários representam menos de 2% de todos os tumores gastrointestinais malignos, sendo na sua maioria do subtipo de células B. O objetivo deste estudo foi documentar um raro tumor do intestino delgado do tipo Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo feminino, 70 anos, hipertensa e diabética, admitida com relato de dor abdominal associada a astenia e perda de peso não quantificada há 01 mês. Filho observou presença de massa em FID neste período. Ao exame abdominal apresentava massa palpável em fossa ilíaca direita. Tomografia de abdome e pelve evidenciou lesão expansiva em ceco, envolvendo a região da válvula ileocecal. A colonoscopia corroborou com esse achado, destacando a presença massa infiltrativa e friável. Paciente encaminhada ao bloco cirúrgico e submetida a ileocelectomia com anastomose primária, ao inventário da cavidade não havia acometimento de outros órgãos, apenas lesão endurecida envolvendo valvulaileocecal e íleo terminal. Peça cirúrgica enviada ao anatomopatológico, que após exame imuno-histoquímico confirmou Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B. Paciente apresentou boa evolução pós operatória. **DISCUSSÃO:** O trato gastrointestinal é o sítio mais comum do linfoma extranodal, sendo o subtipo difuso de grandes células mais frequente no intestino. A etiologia ainda é desconhecida e cerca de 50% dos pacientes são internados no hospital com abdome agudo. A avaliação diagnóstica de uma suspeita de linfoma do intestino delgado pode incluir uma tomografia com contraste, endoscopia e colonoscopia. A laparotomia exploradora devem ser realizadas quando a lesão não é acessível por endoscopia. A base do tratamento frente a um linfoma de intestino delgado implica na exploração cirúrgica com ressecção do segmento intestinal afetado, junto ao seu mesentério subjacente. Quimioterapia adjuvante está indicado, mesmo que a ressecção cirúrgica seja completa. Devido aos poucos casos relatados na literatura, ainda não há um consenso sobre o rastreio, diagnóstico e tratamento, sendo necessário um maior número de estudos para elucidar tais questões.

Palavras-chave: LINFOMA;INTESTINO DELGADO;NEOPLASIA.

Mesenterite Esclerosante

MATEO AVILA; VINÍCIUS GOUVÊA RODRIGUES; FREDERICO JAPIASSU SANTIAGO; GUILHERME LEMOS COTTA PEREIRA. INSTITUTO CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Mesenterite Esclerosante: Relato de Caso

Avila-Orellana, F.M. Gouvêa –Rodrigues, V. Santiago, F.J. Cotta -Pereira, G.L.

Instituto Superior de Ciências da Saúde Carlos Chagas

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Pasteur, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

Introdução: A mesenterite esclerosante (ME) é uma condição rara, de caráter frequentemente benigno, caracterizada por inflamação e fibrose extensa do mesentério do intestino delgado. Acredita-se que o trauma cirúrgico esteja frequentemente associado.

Relato do caso: Relatamos o caso de uma paciente que evoluiu com quadro de ME após correção de hernia interna e rotação de vasos mesentéricos, sendo visto importante edema de raiz de mesentério com impossibilidade de lise de aderências, com o objetivo descrever e discutir os achados clínicos, de imagem, aspectos cirúrgicos e terapêuticos, embasados em uma revisão da literatura sobre esse tema **Conclusão:** Relatamos um caso raro de mesenterite obliterante após uma correção de hernia e rotação de vasos mesentericos. A terapia com Corticoides foi efetiva para o tratamento.

Palavras-chave: Hernia ;Mesenterio ;Corticoides .

Obstrução Intestinal por Brida Congênita em Adulto: Relato de Um Caso Raro aos 76 anos de idade

GLORIA MARIA LUCAS COSTA; KIMBERLLI DE SEIXAS NUNES; GABRIEL LELIS PINTO; GUILHERME LEMOS COTTA PEREIRA. INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: As obstruções intestinais são emergências desafiadoras. Dentre as etiologias ressaltamos uma rara: brida congênita, mormente em um adulto. Considerando a embriogênese, supõe-se uma brida peritoneal, em um abdomen sem história prévia inflamatória, cirúrgica, vascular nem traumática, mas com síndrome intestinal oclusiva³. Há poucos estudos, mas é relatado na literatura, que pode representar até 3% das obstruções intestinais³, resolvidas cirurgicamente. A laparoscopia é a primeira opção. O caso relatado é de brida congênita em paciente adulto.

RELATO DO CASO: Paciente de 76 anos de idade, do sexo masculino, Brasileiro, com quadro de sub-oclusão intestinal na emergência hospitalar, apresentando dor e distensão abdominais difusas, sem de eliminar gases nem fezes há 5 dias. Sem história abdominal prévia inflamatória, cirúrgica, vascular nem traumática; mas com alteração do trânsito intestinal desde a infância. A tomografia computadorizada sugeriu quadro de suboclusão por brida. Refratário ao tratamento clínico inicial, ele evoluiu à obstrução intestinal com irritação peritoneal. A laparotomia confirmou uma banda congênita, enteromesentérica, causando uma obstrução do delgado e hérnia interna, a qual foi tratada. A cirurgia foi indicada pelos exames clínico, laboratorial e de imagens; diagnosticou e tratou.

DISCUSSÃO : A ausência de história abdominal prévia não exclui o diagnóstico de brida na obstrução intestinal. As bridas congênitas com obstrução intestinal são situações incomuns, mormente em adultos, dificultando a conduta, pela baixa suspeita na etiologia. Há de se priorizar a rapidez do manejo clínico, do diagnóstico precoce e do tratamento cirúrgico. A banda congênita deve ser pensada como uma causa de obstrução intestinal no adulto sem histórico prévio abdominal, bem como o provável diagnóstico e tratamento cirúrgico².

REFERÊNCIAS:

1. Kostas Tepelenis, Stefanos K Stefanou, Christos K Stefanou, Nikolaos Tepelenis, Persefoni Margariti, Amalia Christopoulou, George Gogos-Pappas, Konstantinos Vlachos. Journal of Surgical Case Reports, Volume 2021, Issue 7, July 2021, rjab282, Small bowel obstruction due to a congenital adhesion: a rare case report <https://doi.org/10.1093/jscr/rjab282>/Published: 05 July 2021
2. Habib E, Eldade UMA. Occlusion de l'intestin grêle sur bride congénitale chez 16 adultes Ann Chir 2003;128:94–7
3. S Sozen 1, S Emir, F M Yazar, H K Altinsoy, O Topuz, U E Vurdem, S Cetinkunar, Z Ozkan, K Guzel/Small bowel obstruction due to anomalous congenital peritoneal bands - case series in adults/PMID: 22428770 DOI: 10.4149/bll_2012_043
4. Menconi G, Schembari E, Randazzo V, Mattone E, Coco O, Manino M, et al. Obstrução intestinal por bandas congênitas em adultos que nunca realizaram cirurgia abdominal: relato de dois casos e revisão da literatura. Ann Ital Chir 2019;90:524–31

Palavras-chave: Bridas Congênitas; Obstrução intestinal; intestino delgado.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR COM TRÍADE DE RIGLER: RELATO DE CASO

MARIA LUÍSA MANHÃES MOTTA RIBEIRO GOMES¹; ELIAS ALBERNAZ HENRIQUES²; JOAO VICTOR SIMAN SOUZA²; GABRIEL ANTUNES FRANCO DA SILVA³; LAURA SIQUEIRA BARRETO⁴; ROBSON VIEIRA DA SILVA⁵; FERNANDA PINTO TORQUATO⁵. 1. FMC - FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO REDENTOR, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 3. UFRJ MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; 5. FMC, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

Introdução: O íleo biliar (IB) é uma condição rara em que a luz do trato gastrointestinal é obstruída por um ou mais cálculos biliares, através da formação de fístulas colecistoentéricas, sendo estas oriundas de complicação de litíase biliar. Por ter um quadro clínico inespecífico de abdome agudo, o diagnóstico pode ser retardado e, devido à alta mortalidade, a identificação e tratamento precoces são imprescindíveis para um melhor prognóstico. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, deu entrada na emergência referindo dor abdominal associada a vômitos e inapetência. Ao exame, se apresentava em regular estado geral, hipocorada, desidratada e afebril. Abdome globoso, distendido e doloroso à palpação em hipocôndrio e flanco direitos, sem visceromegalias. Foi realizada a internação para suporte clínico, com dieta zero, sonda nasogástrica e correção de distúrbio hidroeletrólítico. Dentre os exames laboratoriais, destacam-se leucócitos 16.000 células/mm³, lipase 340,0 U/L, amilase 242,0 U/L, sódio 125 mEq/L, potássio 3,1 mEq/L, uréia 233,0 mg/dL e creatinina 7,0 mg/dL. Ademais, foi feito tomografia de abdome, sem contraste, que constatou imagem anelar densa, medindo cerca de 3,7 x 2,7 cm, em segmento jejunal ao nível do mesogástrico, com distensão de segmentos intestinais a montante sugerindo obstrução intestinal. Vesícula biliar com contornos irregulares, conteúdo heterogêneo com focos aéreos de permeio e em topografia intra-hepática (aerobilia). Diante da suspeita diagnóstica de íleo biliar, foi indicada a abordagem cirúrgica por laparotomia com acesso mediano, procedida de enterotomia com retirada do cálculo e enterorrafia em dois planos. Após 5 dias a paciente evoluiu com alta hospitalar e boa recuperação do quadro. **Discussão:** O IB é responsável por cerca de 1 a 3% dos casos de obstrução intestinal. Em 1941 foi identificado um conjunto de sinais radiológicos considerados patognomônicos do íleo biliar, chamados de Tríade de Rigler, composta por pneumobilia, obstrução intestinal e visualização de cálculo ectópico. O diagnóstico é feito quando presente no mínimo dois dos três sinais supracitados. A tomografia computadorizada de abdome é considerada o modelo radiológico padrão ouro diante da suspeita. O tratamento do IB consiste em desobstruir a luz intestinal e a abordagem cirúrgica irá depender de fatores como idade, comorbidades, estabilidade hemodinâmica e o grau da fístula, uma vez que a realização de enterolitotomia com abordagem da fístula e realização de colecistectomia aumentam o tempo cirúrgico e, consequentemente, a morbimortalidade. Dessa forma, a intervenção em dois momentos consiste em solucionar a obstrução intestinal na primeira cirurgia e corrigir a fístula colecistontérica em abordagem eletiva. O pós-operatório do IB é normalmente extenso e as principais complicações são infecção da ferida operatória, pneumonia e evisceração. Contudo, a paciente em questão evoluiu com alta hospitalar em 5 dias, sem complicações.

Palavras-chave: Íleo-biliar ;Tríade de Rigler ;Obstrução Intestinal .

Paciente com Múltiplos Tumores Neuroendócrinos: Um relato de caso

ANA CAROLINA AZEVEDO; AMANDA CRUZ THOMPSON DE SOUZA; GABRIEL DE MORAES MANGAS; GABRIEL PAIVA DUARTE; RAQUEL LUIZ QUERES; ANTONIO CARLOS ACCETTA. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Paciente com Múltiplos Tumores Neuroendócrinos: Um relato de caso

Introdução

O tumor neuroendócrino (TNE) tem origem a partir de um sistema difuso de células neuroendócrinas e constitui um grupo raro de malignidades que acometem o trato gastrointestinal. Geralmente se apresentam como tumores de pequenas dimensões e podem ser identificados como tumores múltiplos e assintomáticos. Devido ao seu lento crescimento, são descobertos acidentalmente na realização de algum exame (1, 2).

Relato de Caso

Paciente masculino de 64 anos, com queixa de um episódio de melena a cada ano por 5 anos, hipertenso em uso de losartana e alprazolam. Evolui com perda ponderal de 6% do peso corporal em 1 mês associado a piora do “performance status”. A Enterorressonância Magnética revelou espessamento do íleo medindo 2,5 cm em seu maior eixo, além de nódulo sólido captante de contraste no mesentério de dimensões 3,2 x 2 cm e três lesões hepáticas. Com isso, foram solicitados Ressonância Magnética de abdome e pelve que mostrou 2 lesões intraluminais em íleo, massa linfonodal em mesentério e metástases hepáticas, além da dosagem de marcadores Ácido 5 hidroxí-indolacético (5 HIAA) e Cromogranina A, normal e um valor de 219 acima da referência, respectivamente. Foi realizado ainda PET CT Gálio 68 que mostrou aumento da expressão de receptores de somatostatina no íleo, sendo sugestivas de sítio primário, e lesões peritoneais, nodais e hepáticas compatíveis com implantes secundários. Foi realizada enterectomia de delgado, linfadenectomia e apendicectomia. Ao exame Histopatológico foi confirmado Tumor Neuroendócrino bem diferenciado grau 1 (NET G1), com Ki 67 > 3% no segmento de delgado, implante mesentérico e apêndice cecal, apresentando 3 focos no delgado de dimensões 3,7 x 1,6 cm; 3,0 x 1,5 cm e 0,9 x 0,8 cm. Foram encontradas metástases em 9 dos 15 linfonodos analisados.

Discussão

Para este sítio de localização, a idade média de diagnóstico se encontra entre a 6ª e 7ª década de vida, sem demonstrar a predileção por um sexo. Algumas mutações genéticas têm sido correlacionadas à causa desses tumores (4, 5).

O TNE sintetiza e secreta peptídeos e aminas que, ao serem liberadas e ativadas, geram a síndrome carcinóide. O caso do paciente sugere que o peptídeo secretado pelo tumor é a somatostatina, pois é comum no intestino delgado, associado ao quadro clínico de perda ponderal e às metástases, compatíveis com a evolução da doença e com a sintomatologia do paciente.

O tratamento terapêutico deve ser baseado nas características tumorais, estadiamento e comorbidades associadas (2). A abordagem cirúrgica é uma possibilidade de terapia para pacientes com tumores ressecáveis, assim como foi no caso relatado. No entanto, os critérios de elegibilidade para o tratamento cirúrgico baseiam-se na funcionalidade do tumor, grau, estágio e associação com neoplasia múltipla (2, 3).

Palavras-chave: tumor neuroendócrino; tumor carcinóide; intestino delgado.

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR: UM RELATO DE CASO.

ANNA TEREZA LAFETÁ¹; GUSTAVO OLIVA DE SÁ¹; HADISON SANTOS NOGUEIRA CURZIO¹; LEONIO CLAYTON DA SILVA FERNANDES¹; RODRIGO VIEIRA GOMES¹; GUILHERME TOFANE MAIA VILASBOAS²; KARINE KELLY DE OLIVEIRA¹; DANILO PEREIRA LIMA¹. 1. STA CASA MONTES CLAROS, MONTES CLAROS - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO A Síndrome da artéria mesentérica superior (Síndrome de Wilkie) foi descrita em 1861, por Rokitansky, e se trata da compressão da terceira porção duodenal devido a diminuição da angulação entre a aorta e a artéria mesentérica, o que leva à obstrução intestinal. É uma condição rara, que evidencia a importância de se conhecer a anatomia humana para que seja possível um diagnóstico diferencial assertivo. **OBJETIVOS** O objetivo do presente trabalho é apresentar o caso atendido em hospital de referência no norte de Minas Gerais, afim de ilustrar essa condição, seus achados clínicos e radiológicos, tendo como base a anatomia e a embriologia humana. **RELATO DE CASO** Trata-se de paciente do sexo feminino, com 13 anos, apresentando dor retroesternal em queimação, de longa data, associada a vômitos e hematêmese. Havia em seu histórico, frequentes atendimentos em pronto socorro, devido à mesma sintomatologia. Para que fosse levantada tal hipótese diagnóstica, os exames de imagem foram essenciais, juntamente ao seu quadro clínico. Na tomografia computadorizada, foi evidenciada uma redução do ângulo aorto mesentérico com redução do calibre duodenal na mesma topografia. Ainda, evidencia-se uma dilatação gastroduodenal a montante do ponto comprimido. **CONCLUSÃO** Dessa forma, tendo um conhecimento adequado da anatomia e suas variações, foi possível realizar um diagnóstico incomum e trazer maiores benefícios para a paciente em questão, por meio do tratamento cirúrgico adequado.

Palavras-chave: MESENERICA;OBSTRUÇÃO INTESTINAL ;WILKIE.

Uma causa rara de abdome agudo obstrutivo: fitobezoar jejunal

CLARA MARQUES DE CASTRO; BÁRBARA DE MELO THEOBALDO; ISABELLA ALMEIDA MOTTA; MATEUS FIGUEIREDO DE REZENDE REIS; MATHEUS REZENDE LIMA; PALOMA APARECIDA FREITAS DUARTE; SARA FERREIRA DESTRO; RACHID GUIMARAES NAGEM. INSTITUTO DA PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS (IPSEMG), BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Bezoares são concreções de material orgânico não digerível no lúmen do trato gastrointestinal. Podem ocorrer em qualquer parte deste, sendo mais comuns no estômago. Neste relato, apresentamos um caso de obstrução jejunal por fitobezoar e enfatizamos sua potencial gravidade, visto o desfecho negativo.

Relato do caso: GCF, masculino, 71 anos, atendido no setor de urgência com dor e distensão abdominal, náuseas e vômitos há 3 dias. História de gastrectomia distal e reconstrução a Billroth II há 40 anos por úlcera perforada. Paciente estável clinicamente, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou tomografia de abdome (TC) com contraste venoso, que mostrou distensão do estômago e de alças do delgado a montante de segmento jejunal com conteúdo descrito como “fecalizado” pelo radiologista. Apesar disto, a conclusão do laudo interrogava “semiobstrução por brida”. Realizado, portanto, tratamento conservador, o qual teve bom resultado, tendo o paciente recebido alta hospitalar no 6º dia de internação, eliminando flatos e fezes. Retornou ao hospital, porém, 2 dias depois, com quadro semelhante ao prévio. Realizada nova TC com contraste oral, que evidenciou semiobstrução intestinal e “imagem alongada com aspecto fecalóide, medindo 4,2x6,8cm em topografia de mesogástrio”. Optado agora por laparotomia exploradora, que revelou corpo estranho em jejuno distal, compatível com bezoar. Realizada enterotomia e retirada de bezoar, seguido por enterorrafia. Apesar de rápido, o procedimento evoluiu no final com instabilidade hemodinâmica do paciente, sendo encaminhado ao CTI. Apresentou melhora clínica nos primeiros dias de pós-operatório (DPO), mas intercorreu com diversas complicações ao longo da internação, culminando em AVE isquêmico com transformação hemorrágica e óbito por morte encefálica no 21º DPO. Resultado de anatomopatológico identificou etiologia vegetal de corpo estranho.

Discussão: O fitobezoar é o subtipo mais comum de bezoar. Dentre os fatores envolvidos na sua formação estão a cirurgia gástrica prévia, mastigação ineficiente, idade avançada e dismotilidade intestinal. O quadro clínico pode variar de assintomático ao abdome agudo obstrutivo e os exames de imagem são o padrão-ouro para o diagnóstico. Embora o tratamento clínico possa ser eficaz, a abordagem cirúrgica frequentemente torna-se necessária, seja por laparotomia ou laparoscopia. A fragmentação manual seguida de ordenha pode ser tentada e, se há falha, realiza-se sua extração por enterotomia ou ressecção segmentar. Apesar de rara, a possibilidade de bezoar deve ser considerada, em especial em pacientes idosos com cirurgias abdominais prévias, principalmente gastrectomia. O presente caso nos ensina que, no caso do fitobezoar, é preciso avaliar em conjunto o exame clínico, história alimentar, cirurgias prévias e exames de imagem. Talvez o diagnóstico de bezoar já pudesse ter sido feito na primeira internação se todos esses elementos tivessem sido melhor avaliados.

Palavras-chave: Fitobezoar;Obstrução jejunal;Abdome agudo obstrutivo.

Volvo de intestino delgado associado a múltiplos divertículos jejunais: Relato de Caso

FILIPPE ROZA DA SILVA; EDUARDO PINHO BRAGA; THAYS RIBEIRO; CAMILA TOBIAS QUEIROZ; GABRIELLE OLIVEIRA DE SOUZA; RODRIGO LOPES LEITE FURTADO; RAPHAEL RODRIGUES CORREA. HOSPITAL SAO LUCAS COPACABANA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: O volvo de intestino delgado, caracterizado pela rotação intestinal em relação à raiz do mesentério é uma emergência cirúrgica que pode levar a obstrução e isquemia do segmento acometido. As causas podem ser congênitas ou adquiridas, sendo as mais comumente descritas: má rotação intestinal, bridas, tumores ou hérnias internas. Em contrapartida, a associação com divertículos ileojejunais (não Meckel) ainda é pouco esclarecida e restrita a poucos relatos na literatura. Divertículos dessa porção do intestino são mais raros, localizados na borda mesentérica e sua gênese vem do aumento de pressão intraluminal, sendo divertículos falsos adquiridos e mais comumente em idosos. É possível que o efeito de massa de grandes divertículos (> 3cm) facilite a torção e seja portanto mais uma causa a ser considerada, o que pode afetar o manejo cirúrgico desta patologia.

Relato do caso: Trata-se de um paciente de 77 anos do sexo masculino que procurou a emergência com queixa de dor abdominal difusa e de forte intensidade, iniciada nas 6 horas precedentes. Ao exame físico apresentava-se com abdome globoso, distendido e hipertimpânico, doloroso à palpação difusamente, em regular estado geral, sudoreico, com taquicardia sinusal e náuseas. Laboratorialmente apresentava-se com leucocitose e elevação de lactato e lactato desidrogenase(LDH). Sem histórico de cirurgias prévias. Realizada tomografia computadorizada de abdome que identificou intestino delgado espessado sem distensão, com intensa densificação da gordura mesentérica e rotação dos vasos na raiz do mesentério, que sugeria quadro de volvo de intestino delgado. Paciente submetido a laparotomia exploradora evidenciando isquemia segmentar de alça de intestino delgado associada a volvo e múltiplos divertículos que acometiam todo intestino delgado. Durante a cirurgia foi optado por destorção e ressecção de 185 cm de intestino delgado acometido englobando todos os divertículos encontrados no segmento afetado. Realizada anastomose primária para reconstrução do trânsito intestinal. No pós operatório evoluiu com íleo adinâmico com resolução do quadro após 7 dias, recebendo alta hospitalar 18 dias após internação.

Discussão:

O manejo cirúrgico do volvo de intestino delgado é bem estabelecido: destorção das alças acometidas e ressecção dos segmentos comprometidos com isquemia, sendo reconstruído o trânsito quando possível. No entanto, a identificação intraoperatória de divertículos ileojejunais no contexto de isquemia mesentérica por volvo torna necessária a discussão sobre a extensão da ressecção intestinal, sobretudo nos casos de divertículos de maior tamanho.

Palavras-chave: Volvo;divertículo;cirurgia geral.

CORRELAÇÃO ENTRE ESCORES HAPS, BALTHAZAR E ATLANTA NO PROGNÓSTICO DA PANCREATITE AGUDA: ESTUDO RETROSPECTIVO.

CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI; MARIA CAROLINA LINJARDI; GIOVANA MARINI JORDÃO; PAMELA KAISSA FABRÃO FERREIRA; MATHEUS PRADO SALESSE; FERNANDA DA ROCHA CECCATTO; ADRIANA BASSANI NASSRI; GIULIA BASSANI GIAZZI NASSRI. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA/UNISALESIANO, ARAÇATUBA - SP - BRASIL.

OBJETIVO

A pancreatite aguda (PA) é uma doença inflamatória que está entre as principais admissões hospitalares por disfunção gastrointestinal no mundo, correspondendo a 5% das mortes. Esta taxa de mortalidade, tem relação direta com diagnóstico dos pacientes bem como o tratamento escolhido de acordo com sua gravidade. Assim, é imprescindível classificar os pacientes com PA dentro dos escores que preveem seu curso grave, pois se a terapêutica associada for instituída nos estágios iniciais da doença, as taxas de mortalidade poderão ser reduzidas. O objetivo do presente trabalho é realizar uma análise comparativa retrospectiva entre os pacientes classificados nos escores de Atlanta, Balthazar e HAPS, correlacionando seus prognósticos.

METODOLOGIA

Estudo longitudinal observacional com análise retrospectiva de prontuários de pacientes de ambos os sexos, admitidos na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, no período de 01 de janeiro de 2021 a 30 de julho de 2022, com total de 72 prontuários do banco de dados informatizado, com diagnóstico de PA. Os dados coletados foram classificados nos escores de Atlanta, Balthazar e HAPS, com análises estatísticas quantitativas.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 72 pacientes com diagnóstico de PA, que apresentaram na classificação de Atlanta, 70,6 % quadro de PA leve (edematosa), 23,52% PA moderada (coleções peripancreáticas) e 5,88% PA grave (necrose peripancreática), em que 12,5% destes, evoluíram a óbito. Os critérios HAPS foram preenchidos em 47,06% dos casos; a classificação de Balthazar apresentou 17,64% em classe A; 35,29% em B; 5,88% em C e 29,41% em D.

Vários autores vêm propondo diversos critérios para estratificação e prognóstico da PA, com o objetivo de guiar o manejo clínico de forma precoce e segura. A pontuação do escore de HAPS é de boa acurácia e prediz o curso de gravidade da PA, demonstrando em nosso estudo, elevações do Ht nos pacientes com quadros mais graves, associada ou não com dor e elevação da creatinina. O escore de Balthazar, apresentou alta acurácia nos casos leves, moderados e principalmente nos graves, considerando que a distinção entre complicações locais, como necrose peripancreática, é de grande importância, pois contribui para mortalidade dos pacientes. A classificação de Atlanta, contribuiu de maneira substancial para diferenciação das pancreatites, demonstrando que os casos leves e moderados, tiveram evolução favorável, e casos graves não tiveram boa evolução correspondendo aos piores índices do escore de Balthazar no achado de imagem e HAPS nas manifestações clínico-laboratoriais.

CONCLUSÃO

Os escores prognósticos avaliados e comparados entre si, validam seus resultados quanto aos casos graves com manifestações clínicas mais severas e achados tomográficos mais detalhados, em relação aos casos leves e moderados de pancreatite aguda. Os métodos se mostraram de alta acurácia e valor preditivo no prognóstico das PA, sendo diretamente proporcionais ao prognóstico do paciente.

Palavras-chave: PANCREATITE AGUDA; ESCORES PROGNÓSTICOS; ÍNDICES DE GRAVIDADE.

COVID-19 e pancreatite aguda no SUS: causalidade

EMANUELLI DA SILVA MONÇÃO SOARES; FERNANDA FALQUETO SIMÕES DE AMORIM; MICHELE VILAS BOAS; MARCUS VINICIUS DOTTA MANTOVANI DE CAMPOS; EDUARDA RIBEIRO SANCHES; AMANDA CLAUDINO BORGES; EUGÊNIO SÁVIO RIBEIRO FILHO; MARCOS PEREIRA BOGADO LEITE. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, ANGRA DOS REIS - RJ - BRASIL.

OBJETIVO Observar e descrever o comportamento da pancreatite aguda no Brasil, identificando se houve aumento durante o período pandêmico e evidenciar uma relação de causalidade.

METODOLOGIA Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de cinco anos – janeiro de 2017 a maio de 2022 – avaliando região, estados, valor de gastos públicos, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed.

RESULTADOS No período analisado, observaram-se 186.436 internações para a realização de procedimentos de pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas, representando um gasto total de R\$151.879.941,18, sendo 2020 o ano com maior número de internações (35.095) e o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$29.203.537,04). Do total de procedimentos, 7.998 foram realizados em caráter eletivo, 178.438 em caráter de urgência. A taxa de mortalidade total no período estudado foi de 4,98%, correspondendo a 9.293 óbitos, sendo 2017 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 5,19%, enquanto o ano de 2021 apresentou a menor taxa, 4,86%, mas o ano de 2022, até maio, já apresentou uma taxa de 4,68%. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 3% em comparação a 5,07% nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 07 dias. A região brasileira com maior número de internações foi a sudeste com 213.635 internações, seguida da região sul com 86.312, nordeste com 78.594, centro-oeste com 35.368 e, por último, a região norte com 24.234 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 51.765. A região com maior número de óbitos foi a sudeste com 4.429 casos, enquanto a região norte apresentou o menor número, com 528 óbitos registrados. A região nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade (5,38%), seguida pela região sul (5,07%). Já a região centro-oeste apresentou a menor taxa, com valor de 4,61%. **CONCLUSÃO** Pode-se observar, a partir do presente estudo, que no período de análise, especificamente em 2020 tivemos um aumento expressivo no número de internações por pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas, tal ano considerado o ano de auge pandêmico, corroborando com a afirmativa do aumento de casos durante a pandemia da Covid-19. É válido salientar que a taxa de mortalidade por pancreatite aguda na região nordeste foi a maior comparada às outras regiões brasileiras. A revisão sistemática, foi construída no intuito principal de fornecer um melhor entendimento e compreensão através dos dados obtidos acerca da Covid-19 e a pancreatite aguda correlacionando entre essas duas patologias a sua causalidade. Logo, analisamos um aumento de casos de pancreatite aguda durante o período de pandemia.

Palavras-chave: COVID-19;PANCREATITE AGUDA;PÂNCREAS.

Fluorescência e ultrassonografia intraoperatórias robóticas na identificação de neoplasia pancreática

RODRIGO CANADA TROFO SURJAN¹; TIAGO DE CASTRO SANCHEZ BASSÈRES¹; SERGIO DO PRADO SILVEIRA¹; PEDRO HENRIQUE SALGUEIRO PINHEIRO². 1. DASA / HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL.

A plataforma de cirurgia robótica apresenta diversas vantagens quando comparada com a cirurgia laparoscópica convencional. Dentre elas, podemos citar a visualização tridimensional, melhor ergonomia, presença de movimento de pulso, eliminação de tremores e do efeito fulcrum, possibilidade de comando de três braços cirúrgicos e da câmera pelo cirurgião, estabilidade de posicionamento da câmara, dentre outros. A plataforma também permite realização de ultrassonografia com possibilidade de visualização da imagem sonográfica e do campo operatório de forma simultânea picture-in-picture. Outra vantagem da plataforma da Vinci é a realização de fluorescência em tempo real com a utilização de verde de indocianina como agente de contraste. Apresentamos uma pancreatectomia distal com preservação esplênica em que a utilização combinada e simultânea da ultrassonografia e fluorescência intraoperatórias permitiram a localização precisa de uma lesão pancreática bem como a definição exata do plano de transsecção do órgão, garantindo máxima preservação de parênquima pancreático

Palavras-chave: cirurgia robótica;fluorescência;ultrassonografia.

PANCREATITE AGUDA GRAVE EM PACIENTE JOVEM INDUZIDA POR ABUSO DE SUBSTÂNCIAS.

GUILHERME ALVES DE OLIVEIRA¹; AUGUSTO ARABONI MENDES BARCELOS MANNA¹; LARISSA MARIA LUCAS²; RAÍSSA DE ANDRADE ÁGUAS²; KILDER CARMO DOS SANTOS¹; EDUARDO FERNANDES ARRUDA¹; JOÃO GILBERTO KAZUO AGUENA¹; PAMELA RENATA LEITE¹. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP/UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Introdução: A pancreatite aguda é uma condição inflamatória do pâncreas causada por diversas etiologias, sendo as principais, calculose biliar e o uso abusivo de álcool. A causa medicamentosa é rara, correspondendo a menos de 5% dos casos, geralmente acompanhada de bom prognóstico e baixa mortalidade. **Objetivo:** Este artigo tem por finalidade descrever um caso de pancreatite aguda medicamentosa com um desfecho desfavorável e incomum em um paciente jovem e previamente hígido. **Relato de caso:** J.D.A.M, masculino, 37 anos, enfermeiro, sem comorbidades, fez uso prolongado de substâncias psicoativas visando emagrecimento e alta performance. Automedicou-se por 2 anos com Semaglutida, Topiramato, Duloxetine, Lisdexanfetamina, e Naltrexona, evoluindo com episódios de dor abdominal, náuseas e vômitos. Foi diagnosticado com pancreatite grave e admitido em cuidados intensivos com 70% de necrose pancreática e abscesso retroperitoneal. Paciente estava em abstinência alcoólica há 2 anos, sendo descartadas as etiologias como hipertrigliceridemia, biliares, alcoólica e autoimunes. Durante 116 dias de internação foram realizadas diversas intervenções cirúrgicas: Step-up approach com radiointervenção; três lombotomias com drenagem de abscesso retroperitoneal e necrosectomia pancreática com uso de drenos torácicos em topografias lombares e, posteriormente, trocados por drenos de Blake, devido à necessidade de um dispositivo com alta pressão de sucção capaz de dar vazão ao elevado volume de secreções e enfim, uma laparotomia exploradora para acesso alternativo à loja pancreática. Ao longo da internação, manteve-se com múltiplos dispositivos invasivos que foram focos de colonização, infecções bacterianas e fúngicas multirresistentes, esgotando as opções antimicrobianas existentes e apresentando, conseqüentemente, hipertermia refratária. Diante desse cenário, paciente deteriorou-se gradativamente, evoluindo a óbito sete dias após a implementação de cuidados paliativos plenos. **Discussão:** Alguns dos mecanismos fisiopatológicos que justificam às lesões induzidas por drogas são reações imunológicas, efeito tóxico direto, acúmulo de metabólitos nocivos, isquemia, trombose intravascular e aumento da viscosidade do suco pancreático. Dependente do mecanismo, a apresentação clínica pode ser precoce ou tardia. O diagnóstico deve contemplar a exclusão das principais etiologias. O tratamento visa a suspensão imediata do fármaco, medidas de suporte e manejo das complicações. **Conclusão:** O caso relatado evidencia que, apesar de ser uma etiologia pouco frequente, a pancreatite medicamentosa não deve ser subestimada devido ao potencial risco de desfecho desfavorável, sendo o diagnóstico precoce e as medidas preventivas fundamentais para evitar sua ocorrência.

Palavras-chave: pancreatite;necrosectomia;semaglutida.

Pancreatoduodenectomia robótica com reconstrução vascular

RODRIGO CANADA TROFO SURJAN¹; TIAGO DE CASTRO SANCHEZ BASSÈRES¹; SERGIO DO PRADO SILVEIRA¹; PEDRO HENRIQUE SALGUEIRO PINHEIRO²; OTAVIO MICELLI NETO¹; JOSE CELSO ARDENGH³; JOSE CELSO ARDENGH³. 1. DASA / HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL MORIAH, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

A ressecção cirúrgica é considerada a única forma de tratamento potencialmente curativo do câncer de pâncreas e de papila duodenal. Apesar da invasão vascular ser, na maior parte das vezes, o principal critério para considerar um paciente inoperável, casos selecionados com invasão vascular dentro de um contexto multidisciplinar de terapia ainda devem ser considerados para tratamento operatório. Uma vez que duodenopancreatectomias com reconstrução vascular são procedimentos extremamente complexos associados a maior tempo cirúrgico e sangramento, ainda hoje a grande maioria destes casos são abordados por via aberta de cirurgia. Entretanto, o emprego de vias minimamente invasivas para este tipo de abordagem já foi descrito na literatura por alguns poucos centros. Apresentamos um caso de paciente com síndrome colestática com diversos procedimento prévios por endoscopia, radiologia intervencionista e com dois procedimentos cirúrgicos anteriores em que realizamos o diagnóstico de neoplasia de papila duodenal com invasão vascular. Ressaltamos a dificuldade de diagnóstico e então a realização de pancreatoduodenectomia por via totalmente robótica com reconstrução vascular do eixo mesentérico-portal. Enfatizamos os passos técnicos da fase vascular do procedimento.

Palavras-chave: cirurgia robótica;duodenopancreatectomia;reconstrução vascular.

RELATO DE CASO: PANCREATITE AGUDA NECROSANTE COMPLICADA COM ISQUEMIA DE ALÇAS INTESTINAIS

JULIA MACEDO MACIEL; MARIA LUIZA ANDRADE SIQUEIRA; BRUNO DE ARAUJO PINHEIRO; ROBERTA CÍNTIA SOUSA COELHO; NATÁLIA CHAGAS ELJAOUHARI; MARCONE OLIVEIRA GOMES MACEDO; NATALIA XAVIER FERREIRA; THIAGO FERRAZ DE ALMEIDA. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A pancreatite necrosante é caracterizada pela necrose pancreática focal ou extensa, associada a hemorragia e inflamação peri órgão. Diversas causas podem ser responsáveis pela doença, sendo a pancreatite biliar e a alcoólica as principais. Relatamos caso de pancreatite aguda necrotizante de difícil manejo devido complicação de isquemia de alça intestinal associada por compressão.

Relato de caso: Paciente de 57 anos, masculino, etilista pesado é admitido com quadro de diarreia sem pus ou sangue, dor epigástrica, náusea, episódio único de vômito e hiporexia há 3 dias, nega febre. Histórico de internação por pancreatite. Ao exame abdome plano, doloroso em epigástrio, sem sinais de peritonite. A hipótese diagnóstica foi de Pancreatite aguda, então iniciado analgesia e hidratação venosa. Evoluiu com piora clínica e após propedêutica, houve diagnóstico de Pancreatite Necro Hemorrágica. No 3o dia de internação, paciente apresentou taquicardia, leucograma com desvio à esquerda, elevação de PCR sendo iniciada antibioticoterapia. Sem melhora clínica, foi então transferido para CTI e avaliado pela cirurgia geral. Em laparotomia exploradora, detectou-se hematoma retroperitoneal do pâncreas até artérias ilíacas. Em tratamento conservador, por alto risco de hemorragia, evoluiu com abdome distendido e equimose em flanco direito. Assim, foi realizada laparotomia para necrosectomia pancreática (NP) e drenagem do hematoma retroperitoneal, com fechamento em bolsa de Bogotá. No pós-operatório foi observado isquemia de alças devido a compressão abdominal. Após contenção do sangramento iniciou com anticoagulação com melhora do quadro isquêmico.

Discussão: A pancreatite necrosante não é somente uma complicação isquêmica isolada, sendo sua patogênese ainda não totalmente compreendida. Como no caso apresentado, complicações arteriais podem ocorrer devido a lesão da parede dos vasos pelas enzimas proteolíticas, podendo levar a hemorragia intra-abdominal maciça. A necrose pancreática pode ser infectada sendo essa a principal indicação para intervenção cirúrgica, em que o padrão ouro é a NP por laparotomia. A bolsa de Bogotá permitiu a drenagem de conteúdo da cavidade abdominal e o acompanhamento do quadro isquêmico com monitorização da pressão local, o que auxilia no tratamento das infecções abdominais e na redução da resposta inflamatória sistêmica, acelerando a recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

- CHUA, Tiffany Y. et al. Necrotizing pancreatitis: diagnose, treat, consult. Cleve Clin J Med, v. 84, n. 8, p. 639-648, 2017
- HUBER, Wolfgang; ALGÜL, Hana. Treatment of acute necrotizing pancreatitis. Der Internist, v. 60, n. 3, p. 226-234, 2019
- REFINETTI, Ricardo Antonio; MARTINEZ, Rodrigo. Pancreatite necro-hemorrágica: atualização e momento de operar. ABCD. (São Paulo), v. 23, p. 122-127, 2010
- BARROS, EMILY ALVES et al. Estudo comparativo de técnicas de fechamento temporário da cavidade abdominal durante o controle de danos. Rev. Col. Bras. Cir, v. 43, p. 368-373, 2016

Palavras-chave: pancreatite;isquemia;necrohemorrágica.

TERAPIA À VÁCUO EM FÍSTULA DIGESTIVA COM COLEÇÃO PERIPANCREÁTICA - RELATO DE CASO

JULIANA LAUTENSCHLAGER FEDRIZZI; YGOR FELIPE SOAREZ SOARES; MATHEUS PAULA DE OLIVEIRA PEREIRA; VINICIUS ROSCHY DA SILVA COSTA; RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA; FERNANDA CRAVO BARROSO; PEDRO BRITO DE OLIVEIRA; RENATO DE MEDINA COELI. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: Com o progresso nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, novos desafios surgem e demandam da equipe de assistência médica soluções cada vez mais arrojadas para otimizar o cuidado com o paciente. Nesse contexto, a terapia endoscópica vem ganhando destaque como uma forma eficiente, menos invasiva e menos mórbida de tratamento para patologias de difícil manejo.

Relato de Caso: Paciente masculino, 55 anos, submetido à colectomia esquerda + esplenectomia + pancreatectomia caudal + colostomia terminal em 2019 por adenocarcinoma de cólon esquerdo. Em 2021, reinternado com volumosa coleção amorfa junto ao pâncreas distal, com trajeto fistuloso para parede posterior do estômago e tomografia destacando lesões sugestivas de carcinomatose peritoneal. Endoscopia destacava abaulamento volumoso em grande curvatura do estômago, com lesões ulceradas que determinavam trajeto fistuloso para grande cavidade encapsulada contendo pus e fibrina. Esta, por sua vez, apresentava outro trajeto fistuloso para segunda porção duodenal logo abaixo da papila.

Conclusão: Levando em conta o contexto clínico, oncológico e cirúrgico do paciente, foi optado pela terapia a vácuo com aspiração contínua e drenagem da coleção com drenos de pig tail. Após 6 sessões semanais de tratamento, houve melhora substancial do quadro descrito com adequado controle infeccioso, reintrodução de dieta oral, desospitalização precoce e ganho em sobrevida de pelo menos 5 meses.

Bibliografia:

(1) Horta, Sergio Henrique Couto et al. Ressecção alargada para o adenocarcinoma colorretal localmente invasivo: relato de caso e revisão da literatura. Revista Brasileira de Coloproctologia [online]. 2009, v. 29, n. 1 [Acessado 29 Julho 2022] , pp. 97-101. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-98802009000100015>>. Epub 26 Jun 2009. ISSN 0101-9880. <https://doi.org/10.1590/S0101-98802009000100015>.

(2) Barbosa-Silva T, Carvalho EES, Campos JEGO, Silva GS, Conceição AS, Lacerda-Filho A. Ressecção alargada em pacientes com câncer colorretal localmente invasivo. Rev bras Coloproct 2002;22(1):27-32

(3) COSTAMAGNA G, MUTIGNANI M, IGROSSO M, VAMVAKOUSIS V. Endoscopic treatment of postsurgical external pancreatic fistulas. Endoscopy 2001; 33: 317-322.

(4) FISCHER A, BENZ S, BAIER P, H OPT UT. Endoscopic management of pancreatic fistulas secondary to intraabdominal operation. Surg Endos 2004; 18: 706-708.

(5) Ramírez, Arecio & Rubiano, María & Ortiz, Javier & Ordóñez, Pedro. (2007). Endoscopic management of pancreatic fistulae: Report of two cases. Revista Colombiana de Cirugía. 22. 27-32.

Palavras-chave: Fístula gastro-duodenal; Coleção peripancreática ; Endoscopia Terapêutica.

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMOR DE FRANTZ EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

JHONATAN DE SOUZA VITOR; ALLAN RUBENS ZUCOLOTTI CANSI; ALVARO ALEXANDRE TORRES GARIOLI; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA; JOÃO FELIPE DA SILVA LOPES. HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O tumor de Frantz é um tumor sólido-cístico, pseudopapilar (NPS), do pâncreas exócrino, raro, que ocorre mais frequentemente no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 40 anos de idade. Apesar de apresentar baixo grau de malignidade, sua patogênese ainda é incerta, o que torna discussões e pesquisas sobre o tema relevantes. **RELATO DE CASO:** S.L.S.C, sexo feminino, 23 anos, recebeu atendimento no ambulatório de cirurgia oncológica, queixando-se de dor epigástrica e massa abdominal palpável. Paciente apresentava-se em bom estado geral e negava antecedentes neoplásicos. Uma massa volumosa na cabeça pancreática foi identificada ao exame de imagem, de característica sólido cística, com áreas císticas de permeio, medindo 8,5x6,4 cm, apresentando realce heterogêneo após injeção de contraste. Diante do quadro clínico, foi aventada a hipótese diagnóstica de tumor de Frantz e seguiu-se a programação de Gastroduodenopancreatectomia. Durante o procedimento cirúrgico, a massa tumoral foi identificada, na região da cabeça do pâncreas, apresentando íntimo contato com o duodeno, estendendo-se até a região pilórica, sem invasão vascular. A peça foi retirada em bloco que continha fragmento do antro gástrico, duodeno, primeira alça jejunal e cabeça do pâncreas com volumosa massa tumoral, além do produto da linfadenectomia retroperitoneal com a via biliar extra-hepática. Paciente foi encaminhada para unidade de terapia intensiva, onde apresentou gastroparesia no pós-operatório, associada a vômitos importantes. Ademais, uma fistula biliar de alto débito foi identificada, orientada por dreno suctor. Paciente evoluiu com taquicardia, sendo iniciado metronidazol e ceftriaxone e a dieta enteral foi mantida. No sexto dia de pós-operatório, paciente recebe alta de UTI sendo encaminhada à enfermaria, onde evoluiu com o fechamento da fistula biliar e remissão completa do quadro de vômitos e taquicardia. No décimo dia de pós-operatório, paciente recebeu alta do nosocômio assintomática, com dieta exclusivamente oral. Paciente até o momento evolui com boa resposta e segue em acompanhamento ambulatorial, sendo a hipótese de neoplasia sólida pseudopapilar confirmada no exame histopatológico. **DISCUSSÃO:** O tumor cistopapilar do pâncreas, ou tumor de Frantz, é mais comum no sexo feminino (10:1). O diagnóstico é essencialmente radiológico, sendo que, no quadro clínico, a dor abdominal é a principal queixa. O NPS apresenta baixo potencial maligno e corresponde a cerca de 0,17 a 3% de todos os cânceres pancreáticos malignos, acometendo principalmente a cabeça pancreática. Um bom prognóstico é observado se tratado cirurgicamente e removido completamente, sendo os índices de mortalidade cirúrgica em torno de 2%. A fístula pancreática segue como a complicação cirúrgica mais comum, estando presente em até 56% dos casos, sendo majoritariamente resolvida espontaneamente. A recidiva da doença não é comum, caso ocorra, o tratamento é com terapia adjuvante.

Palavras-chave: Pâncreas;Neoplasias Pancreáticas;Pseudocisto Pancreático.

Tumor de Frantz com apresentação atípica: Relato de caso

VIVIANE REGINA CELLI; OSCAR GONZALEZ DEL RÍO; NASSIM SAMAAAN; JANIFFER K. BONFIM. HOSPITAL GUARUJÁ, GUARUJÁ - SP - BRASIL.

Introdução: o tumor de Frantz é uma neoplasia pancreática rara, responsável cerca de 2% de todas as lesões pancreáticas exócrinas¹. Ocorre quase que exclusivamente no pâncreas e em mulheres jovens. Ainda que seu potencial de malignidade seja baixo, esses tumores tendem a mimetizar outras doenças e exigem uma investigação meticulosa². Em sua maioria esses tumores apresentam necrose e hemorragia, com formação cística de lesões compostas de porções sólidas de aspecto grosseiro. É considerado um tumor de crescimento lento e não agressivo. Tratamento padrão é a ressecção cirúrgica total, que tem bons resultados com um prognóstico favorável a longo prazo. Este trabalho teve como objetivo relatar o caso de um paciente masculino, jovem com apresentação atípica. **Relato de caso:** paciente masculino de 25 anos, atendido no hospital com quadro de dor abdominal tipo lancinante em região periumbilical irradiada para epigástrio, associado a vômitos não biliosos, refratário à analgesia. Optou-se por internação, solicitação de exames laboratoriais e de imagem que evidenciaram a presença de pangastrite enantematosa leve, compressão extrínseca no antro e segunda porção duodenal, lesão sólida peri-pancreática, sendo encaminhado para laparotomia-apesar de apresentar quadro franco de sepse, sinais e sintomas de pancreatite. Durante procedimento cirúrgico encontrou-se líquido livre na cavidade abdominal em moderada quantidade. Presença de extensa massa tumoral de aproximadamente 15 cm em cabeça de pâncreas, com efeito de massa de compressão importante sobre arco duodenal. Realizou-se gastroduodenopancreatectomia devido a inviabilidade da porção cefálica do pâncreas e do arco duodenal e a peça foi enviada para análise. O exame anatomo-patológico indicou tecido pancreático com necrose, trombose vascular e hemorragia, caracterizando uma pancreatite necro-hemorrágica. Nódulo tumoral apresentando áreas sólidas com células uniformes, região central parcialmente cística e formação de algumas estruturas tubulares. Após um ano da cirurgia, acompanhamento completo pós-cirúrgico com equipe de oncologia e de cirurgia, paciente recebeu alta sendo considerado completamente curado e sem sequelas funcionais. **Discussão:** trata-se de um caso muito raro e com apresentações atípicas que fugiram completamente dos relatos encontrados na literatura, por ser do sexo masculino, com apresentação clínica inicial de pancreatite aguda necrohemorrágica acompanhada de choque séptico na admissão e tumor localizado em cabeça do pâncreas. **Referências:** 1. Law, Joanna K., et al. "A systematic review of solid-pseudopapillary neoplasms: are these rare lesions?." *Pancreas* 43.3 (2014): 331. 2. Wu, Hao, et al. "Extrapancreatic solid pseudopapillary neoplasm followed by multiple metastases: Case report." *World Journal of Gastrointestinal Oncology* 9.12 (2017): 497.

Palavras-chave: Pancreatite necro-hemorrágica; Tumor de Frantz; Laparotomia.

Abordagem de infecção de partes moles complicada com auxílio de dispositivo de pressão negativa

ORLANDO HIROSHI KIONO SIQUEIRA; ANGELICA FREITAS DA SILVA KNEIPP; JOAO GUILHERME NOVIS DE SOUZA AVELLAR; PAULA GOMES LOPES TELLES; MARIANNA ARAUJO GUANABARINO; ANDREW KENUPP HERMENEGILDO; MARCELA GUEDES MACIEL VIEIRA; CLAUDIA LABRIOLA DE MEDEIROS MARTINS. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

As infecções de partes moles podem acometer várias camadas teciduais, até mesmo o osso e por vezes evoluem com necrose. Tais infecções são frequentes e em sua maioria não são graves, contudo precisam ser diagnosticadas e abordadas adequadamente para evitar seu agravamento com perda tecidual significativa, sequelas funcional e ou estética. A infecção necrosante se inicia com a liberação de collagenase e hialuronidase produzidas principalmente por bactérias com necrose tecidual extensa e trombose vascular local. Além disso, há produção de fatores inflamatórios que refletem em manifestações sistêmicas como febre, taquicardia podendo levar a choque séptico. Infecções de partes moles em pacientes diabéticos possuem um risco maior de evoluir para necrose tecidual em consequência de uma resposta inflamatória atenuada, quimiotaxia diminuída e eliminação bacteriana ineficiente. Também existe uma diminuição na deposição do colágeno, aumento da sua degradação e glicosilação, proveniente dos níveis alterados de glicose, fazendo com que ele seja mais frágil. Esse cenário contribui para que uma paciente com diabetes melito tenha uma evolução necrótica de infecções de partes moles. Apresentamos paciente feminina, 49 anos, obesa (IMC: 46,4), diabética e hipertensa, deu entrada na emergência do HUAP, com dor abdominal, abscesso em região inferior do abdome e saída de secreção purulenta por dois orifícios, febre não aferida e queda do estado geral há uma semana, mesmo em uso de clavulin via oral previamente prescrito. Além disso, apresentava torpor neurológico, taquicardia, hipotensão, hiperglicemia, compatível com choque séptico. Hipótese diagnóstica foi infecção de partes moles grave, confirmada pela presença de ar na parede abdominal em tomografia computadorizada, apesar de culturas negativas. Conduta terapêutica foi o desbridamento cirúrgico e utilização de dispositivo de pressão negativa, que apresentou boa evolução, sendo realizada aproximação dos bordos cirúrgicos posteriormente. A infecção invasiva de tecidos moles com risco de vida é uma emergência médico-cirúrgica, causada por bactérias agressivas que, nesse caso, não acometeu a fáscia superficial. Contudo, a infecção se estendeu longitudinalmente e de forma rápida, ao longo dos planos do tecido subcutâneo sem preservação da pele e, conservando a fáscia e os músculos subjacentes. Esse caso difere do encontrado na literatura recente, em que o acometimento acontece primariamente na fáscia e, posteriormente, progride para o tecido subcutâneo. Vale destacar que o quadro clínico prévio da paciente corroborou na apresentação dessa extensa necrose cutânea e subcutânea na região hipogástrica. Nesse sentido, apesar de não se tratar de fascite necrosante, a conduta de desbridamento cirúrgico mostrou-se efetiva ainda mais com a utilização do dispositivo de pressão negativa, acelerando a granulação, facilitando a aproximação posterior dos bordos cirúrgicos e contribuindo para melhora clínica geral da paciente.

Palavras-chave: Infecções dos Tecidos Moles; Tratamento de Ferimentos com Pressão Negativa; Desbridamento.

A TÉCNICA DE RIVES-STOPPA NA ERA ROBÓTICA: HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL

KIMBERLLI DE SEIXAS NUNES; GLORIA MARIA LUCAS COSTA; MIGUEL MATEO SARMIENTO ALVAREZ; CARLOS ADRIAN BUSTAMANTE GARCIA; GUILHERME LEMOS COTTA PEREIRA. INSTITUTO CARLOS CHAGAS DE ENSINO SUPERIOR E CIÊNCIAS DA SAÚDE - PÓS GRADUAÇÃO MÉDICA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

A TÉCNICA DE RIVES-STOPPA NA ERA ROBÓTICA: HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL

Introdução – Hérnias da parede abdominal são patologias frequentes na população, sendo o seu tratamento cirúrgico. Atualmente, as técnicas minimamente invasivas de reparo das hérnias, especialmente em hérnias complexas, têm se tornado peças-chave, considerando taxa de recidiva, recuperação pós-operatória e resultado estético para o paciente. Assim, são conhecidas múltiplas técnicas de hernioplastia, incluindo a de Rives-Stoppa, a princípio pouco utilizada na hernioplastia inguinal, principalmente em acessos laparoscópico e robótico.

Descrição do vídeo – Apresentação do tema. Breve introdução acerca da necessidade de sistematização das estratégias cirúrgicas. Marcação dos locais onde serão posicionados os portais de acesso e identificação de diâmetros utilizados. Acesso à cavidade e identificação de hérnias inguinais bilaterais. Esquematisação dos “cinco triângulos e o Y invertido”. Marcação seguida de diérese do peritônio bilateralmente, com continuidade da incisão. Dissecção bilateral cuidadosa. Síntese dos anéis herniários. Posicionadas telas na extensão da dissecção, em contato na porção medial. Fixação das telas evitando áreas críticas. Síntese do retalho de peritônio contínuo. Discussão sobre a sistematização da técnica.

Discussão – A Hernioplastia inguinal, bilateral ou não, por videolaparoscopia já está consolidada em nosso meio, diferente do acesso robô assistido, que está, ainda, em processo de expansão e aprimoramento de habilidades. As hernioplastias inguinais por videolaparoscopia são cirurgias, em geral, de maior dificuldade técnica e maior curva de aprendizado, se comparadas a outros procedimentos, como a colecistectomia por vídeo. Nesse mesmo contexto, porém, a abordagem por acesso robótico pode representar uma facilidade, devido à articulação do robô, permitindo movimentos mais precisos e em localizações mais hostis, além dos demais benefícios já conhecidos para o paciente. Então, mantendo o objetivo de melhorar o tempo cirúrgico e, consequentemente, a recuperação pós-operatória e a correção eficaz do defeito, foi optada pela sistematização do uso da técnica de Rives/Stoppa nas hernioplastias inguinais bilaterais. A diérese contínua do peritônio com posicionamento de tela por toda a extensão, além de tornar o ato cirúrgico mais ágil, reforça a parede naquela topografia. Ou seja, maior conforto para o cirurgião na manipulação e melhor evolução pós-operatória para o paciente. Os requisitos mínimos para o bom desfecho e aplicabilidade são a sistematização de táticas, a habilidade e a expertise do cirurgião e da equipe, que precisa estar treinada, coesa e atenta em todos os passos.

Palavras-chave: Sistematização; robótica; Hernioplastia.

Cisto de Nuck com insinuação pelo canal femoral: um relato de caso

LAURA BARROS ALVARENGA; LEONARDO DE OLIVEIRA CARVALHO; JÉSSICA GONÇALVES DE MEDEIROS; CAROLINA VICENTE DA SILVA GONÇALVES DE SEQUEIROS; ANDRE GEORGE SAUL RONAY; MARCOS BETTINI PITOMBO; VINÍCIUS GOUVÊA RODRIGUES. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: O canal de Nuck é formado por uma evaginação peritoneal que acompanha a descida do ligamento redondo pelo canal inguinal durante o desenvolvimento embriológico feminino. Este canal oblitera-se em até um ano de idade, porém em alguns casos ocorre um fechamento incompleto, podendo ser local de formação de hérnias inguinais ou hidrocele, também conhecida como cisto de Nuck. Tal cisto é uma condição cirúrgica rara e que majoritariamente é diagnosticado na infância, em meninas menores de cinco anos, mas podem apresentar-se na idade adulta, tornando-se um diagnóstico importante a ser considerado na investigação de massas inguinais em mulheres.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 78 anos, apresentando massa indolor e irreductível em região inguinal esquerda há cinco anos. Negava cirurgias prévias ou histórico de obstrução intestinal. Durante a investigação foi realizada ultrassonografia em março de 2021 que mostrou “formação cística alongada localizada na região inguinal esquerda, medindo 9,4 x 4,5 x 4,4 cm”. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, com presença de abaulamento em região inguinal esquerda, irreductível, indolor à palpação e de cerca de 10 cm. Paciente foi submetida à abordagem cirúrgica eletiva em 06/06/2022 por inguinotomia, sendo visualizada grande lesão cística de conteúdo seroso, inferiormente ao ligamento inguinal, insinuando-se pelo canal femoral e com comunicação com a cavidade abdominal, sem estruturas herniadas. Optou-se por secção distal com fechamento da porção proximal do cisto, com posterior redução do mesmo. Foi realizada aproximação do ligamento de Cooper com a aponeurose do músculo transverso, seguida de colocação de tela pela técnica de Lichtenstein, sem intercorrências.

Discussão: Durante a investigação de massas inguinais em mulheres deve-se considerar a possibilidade de cisto de Nuck no diagnóstico diferencial, mesmo em idade adulta.

É possível realizar exames de imagem, preferencialmente ultrassonografia, porém tomografia e ressonância magnética também podem ser utilizadas para elucidação diagnóstica.

Uma vez feito o diagnóstico, o tratamento cirúrgico pode ser realizado por técnicas já consagradas e amplamente realizadas para correção de hérnias da região inguinal, a depender da experiência do cirurgião. Neste caso, optou-se pela correção do defeito e posterior colocação de tela pela técnica de Lichtenstein.

Palavras-chave: cisto de Nuck ;massa inguinal ;hidrocele.

CORREÇÃO DE HÉRNIAS VENTRAIS COMPLEXAS USANDO TELA DE POLIPROPILENO COMO O ÚNICO RECURSO EM HOSPITAL PÚBLICO DO RIO DE JANEIRO

MARCIO BARROSO CAVALIERE; YASMIM EMANOELLE DE PAULA MACHADO; BRUNO VAZ DE MELO; LUCAS FONTES DE ALMEIDA AMADO; FERNANDA CAROLINA FRAIOLI PROENÇA; CLARA TEIXEIRA CAVARSAN DE CASTRO. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Muitos pacientes com hérnias complexas perambulam pelas filas de espera do SUS, com exames sendo renovados muitas vezes, sem que o dia da cirurgia aconteça. Fruto da dificuldade técnica envolvida numa cirurgia deste porte, somado à falta de recurso, como tela dupla face.

Esta série de casos tem o objetivo de mostrar que, para a maioria destas hérnias complexas, uma tela de polipropileno associada à técnica cirúrgica adequada, será suficiente para um ótimo resultado.

RELATO DE CASO

No período entre julho de 2020 a julho de 2022 foram realizadas 18 cirurgias para tratamento de hérnias complexas. Na maioria dos casos, foi planejado e necessário, utilizar técnica de separação de componente muscular para se alcançar o fechamento da linha média. Sendo 3 anteriores (técnica de Ramirez) e 12 posteriores (técnica TAR - *TRANVERSUS ABDOMINIS RELEASE*). Além destas tivemos, 1 correção usando tela de dupla face (doação), 1 com apenas fechamento e tela *on-lay*, 3 com tela retromuscular (técnica de Rives).

Todos realizaram tomografia de abdome e tratadas pela rotina do serviço, sendo 8 admitidos pela emergência; 3 com suboclusão intestinal, 3 com drenagem de secreção cutânea e 2 com dor abdominal.

O preparo pré-operatório, primordial nesse tipo de abordagem, foi realizado individualmente. Desde o mínimo preparo nos pacientes subocluidos, passando por tratamento de ferida nos infectados, até preparos mais longos com pneumoperitônio progressivo naqueles com perda de domicílio.

Não tivemos complicações graves, como óbito ou síndrome de compartimento abdominal. As complicações apresentadas foram: seroma, hematoma, deiscência parcial de pele, atelectasia e pneumonia. Não houve re-operações e, até o momento, sem recidivas.

DISCUSSÃO

O seguimento destes pacientes ainda é insuficiente para avaliar o índice de recidiva, mas a avaliação inicial, até os 6 meses de cirurgia, é muito positiva. Com a percepção de satisfação muito boa dentre os pacientes, que ganharam muito em qualidade de vida.

Antes da difusão das técnicas de separação de componentes, a cirurgia dependia em grande parte de tela especial, de alto custo, que podia ter contato com vísceras. E mesmo utilizando estas telas, não se priorizava o fechamento da linha média. Condição esta, que hoje entendemos necessária para o reestabelecimento do CORE, recuperando a fisiologia da parede abdominal.

Estas técnicas mudaram o curso da cirurgia da hérnia ventral complexa, seja ela da linha média ou lateral. Mas necessitam treinamento e conhecimento de anatomia para serem executadas. Uma cirurgia mal executada pode levar a danos irreversíveis, com lesão permanente da inervação da parede abdominal, criando grandes eventrações.

O direcionamento destes pacientes para centros de referência no SUS poderia otimizar o uso de recursos escassos, treinar muitos cirurgiões e, principalmente, oferecer oportunidade de tratamento adequado a estes pacientes.

Palavras-chave: Hérnia abdominal; hérnia ventral; herniorrafia.

Correção hérnia umbilical Robô-assistido: hernioplastia Rives Stoppa.

DAVID ALEJANDRO GUZMAN SANCHEZ; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; DELTA MADUREIRA FILHO; ESTEBAN VIVAS ERAZO; PATRICK ALEXANDER DURAN ACOSTA; EDISON ROBERTO NUÑEZ. PUC RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução:

A hérnia umbilical tem uma frequência de aproximadamente 10% das hérnias da parede abdominal. Com alto risco de encarceração, precisam de um manejo cirúrgico desde o momento do diagnóstico. Envolvem grandes incisões, grandes descolamentos que não participam diretamente da causa do defeito, aumentando o trauma cirúrgico, complicações e dor pós operatória. A reparação robótica hoje ainda está se abrindo campo nas hérnias umbilicais.

Descrição do Vídeo:

Introdução do trocarte principal e dos trocateres acessórios de 10mm e de 5 mm, respectivamente, inicia-se pneumoperitônio com pressão de 15mmHg a câmera é introduzida pelo acesso principal até o abdome sob visão direta e as pinças nos acessos secundários, se faz docking ao robô e se inicia com o procedimento. É realizado reconhecimento das estruturas da parede abdominal. Peritônio e pinçado aplicando tração suave e utilizando a tesoura se efetua incisão do peritônio da parede abdominal em direção cranial - caudal e hemostasia local. Fecha-se o orifício herniário umbilical com V-lock, com sutura contínua, além de reforçar a junção dos retos abdominais. Amplia-se às margens aos lados esquerdo e direito aproximadamente 3-4 cm. É introduzido a tela inabsorvível PROLENE MESH enrolada com uma agulha comprida dentro do abdome onde é desenrolada. Outra agulha comprida é inserida perpendicularmente através da parede abdominal pelo orifício herniário reparado é exteriorizada e fixada fora do abdome. A outra agulha inserida previamente é exteriorizada e fixa-se a tela contra o defeito herniário reparado. A sutura é amarrada através da incisão da pele, colocando-se profundamente o nó. Fixando a tela à fáscia da parede abdominal. Sutura contínua com V-lock ao redor da tela, fixando contra a fáscia. Fecha-se com V-lock o peritônio da parede abdominal. Realiza-se revisão da hemostasia e posterior retirada sob visão direta dos acessos cirúrgicos descartando sangramento.

Discussão:

A videocirurgia avalia melhor o defeito, a estadia, planeja sua correção e melhora a posição da tela colocada. O debate continua hoje sobre as indicações para o uso de tela, e o papel da tecnologia robótica nesses casos. Embora as hérnias umbilicais sejam algumas das mais frequentemente reparadas no mundo, ainda há muitas questões não respondidas relacionadas ao seu reparo. Por esta razão, a melhor técnica cirúrgica para correção de hérnia umbilical permanece controversa. As hérnias umbilicais têm sido historicamente reparadas sem tela. Mayo descreveu pela primeira vez a técnica de sobreposição da fáscia da parede abdominal e foi reconhecida como a melhor técnica, porém mostrou estar associada a altas taxas de recidiva. Quando o reparo é com tela o orifício herniário fica coberto, encontrando diminuição da recidiva até a 10% ou menos. O uso do robô, encontra vantagens: menor tempo de hospitalização, melhor recuperação pós operatória, menor infecção do sítio cirúrgico, diminuição da recidiva, retorno rápido às atividades diárias.

Palavras-chave: Hérnia umbilical; Rives Stoppa; Robô.

Fístula entero-cutânea em raiz de coxa direita em paciente com Doença de Crohn: relato de caso

RODRIGO FARIA CARDOSO¹; MARCELO GOMES GIRUNDI²; CAROLINE FERREIRA MATOS³.

1. COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

2. COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

3. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FUNJOB, BARBACENA - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn (DC) é caracterizada pela inflamação intestinal, de caráter crônico, recidivante, transmural e que pode comprometer todo trajeto gastrointestinal, sendo mais comum no íleo distal e no cólon. Sua etiologia é desconhecida e incurável. Os processos inflamatórios crônicos podem levar a urgências cirúrgicas, como obstrução intestinal, sangramentos, fístulas e perfurações. O padrão fistulizante da DC ocorre em 13 a 48% dos portadores, sendo que as fístulas entero-cutâneas são as apresentações mais raras.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 63 anos, foi atendido no hospital periférico de Belo Horizonte-MG, com a queixa de saída de secreção de aspecto fecaloide na raiz da coxa direita, sem outras queixas associadas. O paciente relata ser diabético tipo II, mas não faz uso de medicação, e faz uso em doses mais altas de Prednisona 20mg BID, pois segundo paciente foi feita uma colonoscopia digestiva, confirmando o diagnóstico de DC. No exame físico, na coxa direita havia muita secreção de aspecto fecaloide, a região estava eritematosa e sem dor à palpação e, além disso, foi feita a palpação uma hérnia inguinal à direita. Em seguida, foi solicitado como propedêutica a Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve com contraste, que confirmou a presença da fístula intestinal de baixo débito na fossa ilíaca direita, presença de abscesso do psoas e hérnia inguinal à direita com conteúdo intestinal. A abordagem cirúrgica foi a Laparotomia Exploradora, onde foi identificado o trajeto fistuloso até a raiz da coxa direita, feito a ressecção peritoneal desse trajeto, feito a coloração com azul de metileno, feito a ressecção de partes moles de todo trajeto da fístula, feito a síntese por planos, sendo que o plano muscular aponeurótico o cirurgião optou por fazer um pequeno retalho para cobrir o trajeto e diminuir a chance de recanalização. Além disso, foi feita a enterectomia segmentar do íleo distal em dupla boca, e, devido a risco de comprometimento vascular, optou-se por fazer uma hemicolectomia à direita. A hérnia inguinal à direita foi tratada sem o uso de prótese, apenas com reforço da parede posterior. No pós-operatório, o paciente evoluiu muito bem, em seguida recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial com as devidas orientações de cuidados. Após 9 meses de tratamento, paciente retorna ao hospital para avaliação de retirada da bolsa de colostomia e refazer o trânsito intestinal, estável e sem refistulização.

DISCUSSÃO: No caso em questão, o paciente com DC não tratada, com processo inflamatório ativo, associada a uma hérnia inguinal à direita, contendo como conteúdo parte do íleo distal, evoluiu com a formação de uma fístula entero-cutânea em direção a raiz da coxa direita com drenagem franca de conteúdo íleo terminal, necessitando de intervenção cirúrgica para resolução do quadro.

Palavras-chave: Doença de Crohn; Fístula; Entero-cutânea.

Fístula entero-cutânea em raiz de coxa direita em paciente com Doença de Crohn: relato de caso

RODRIGO FARIA CARDOSO¹; MARCELO GOMES GIRUNDI²; CAROLINE FERREIRA MATOS³.

1. COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

2. COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

3. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FUNJOB, BARBACENA - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn (DC) é caracterizada pela inflamação intestinal, de caráter crônico, recidivante, transmural e que pode comprometer todo trajeto gastrointestinal, sendo mais comum no íleo distal e no cólon. Sua etiologia é desconhecida e incurável. Os processos inflamatórios crônicos podem levar a urgências cirúrgicas, como obstrução intestinal, sangramentos, fístulas e perfurações. O padrão fistulizante da DC ocorre em 13 a 48% dos portadores, sendo que as fístulas entero-cutâneas são as apresentações mais raras.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 63 anos, foi atendido no hospital periférico de Belo Horizonte-MG, com a queixa de saída de secreção de aspecto fecaloide na raiz da coxa direita, sem outras queixas associadas. O paciente relata ser diabético tipo II, mas não faz uso de medicação, e faz uso em doses mais altas de Prednisona 20mg BID, pois segundo paciente foi feito uma colonoscopia digestiva, confirmando o diagnóstico de DC. No exame físico, na coxa direita havia muita secreção de aspecto fecaloide, a região estava eritematosa e sem dor à palpação e, além disso, foi feita a palpação uma hérnia inguinal à direita. Em seguida, foi solicitado como propedêutica a Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve com contraste, que confirmou a presença da fístula intestinal de baixo débito na fossa ilíaca direita, presença de abscesso do psoas e hérnia inguinal à direita com conteúdo intestinal. A abordagem cirúrgica foi a Laparotomia Exploradora, onde foi identificado o trajeto fistuloso até a raiz da coxa direita, feito a ressecção peritoneal desse trajeto, feito a coloração com azul de metileno, feito a ressecção de partes moles de todo trajeto da fístula, feito a síntese por planos, sendo que o plano muscular aponeurótico o cirurgião optou por fazer um pequeno retalho para cobrir o trajeto e diminuir a chance de recanalização. Além disso, foi feita a enterectomia segmentar do íleo distal em dupla boca, e, devido a risco de comprometimento vascular, optou-se por fazer uma hemicolectomia à direita. A hérnia inguinal à direita foi tratada sem o uso de prótese, apenas com reforço da parede posterior. No pós-operatório, o paciente evoluiu muito bem, em seguida recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial com as devidas orientações de cuidados. Após 9 meses de tratamento, paciente retorna ao hospital para avaliação de retirada da bolsa de colostomia e refazer o trânsito intestinal, estável e sem refistulização.

DISCUSSÃO: No caso em questão, o paciente com DC não tratada, com processo inflamatório ativo, associada a uma hérnia inguinal à direita, contendo como conteúdo parte do íleo distal, evoluiu com a formação de uma fístula entero-cutânea em direção a raiz da coxa direita com drenagem franca de conteúdo íleo terminal, necessitando de intervenção cirúrgica para resolução do quadro.

Palavras-chave: Doença de Crohn; Fístula; Entero-cutânea.

Hérnia de Amyand Inguino-Escrotal Tipo 2 com Apendicite Aguda: um Relato de Caso

MARIA LUÍSA MANHÃES MOTTA RIBEIRO GOMES¹; GABRIEL ANTUNES FRANCO DA SILVA²; ROBSON VIEIRA DA SILVA¹; ELIAS ALBERNAZ HENRIQUES³; FERNANDA PINTO TORQUATO¹; LAURA SIQUEIRA BARRETO¹. 1. FMC - FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; 2. UFRJ - CAMPUS MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO REDENTOR, ITAPERUNA - RJ - BRASIL.

A Hérnia de Amyand foi descrita pela primeira vez por Claudius Amyand, em 1786. É definida como a presença do apêndice íleocecal, inflamado ou não, no interior de uma hérnia inguinal. A incidência dessa patologia associada à apendicite aguda é rara e varia de 0,07-0,13% entre os casos de hérnia já relatados.

Este relato descreve o caso de um paciente que deu entrada na emergência com quadro sugestivo de escroto agudo, com queixas de dor de forte intensidade em região inguinal direita, aumento volumétrico do testículo direito, associado a dificuldade de mobilização do membro inferior ipsilateral. Após a realização de exame de imagem, o qual indicou presença do apêndice ileocecal no interior do saco herniário na região inguino-escrotal, foi diagnosticada uma rara condição, designada Hérnia de Amyand. O paciente foi submetido à laparotomia mediana infra-umbilical, sendo possível identificar a hérnia inguino-escrotal e a inflamação do apêndice vermiforme. Realizou-se a apendicectomia, seguida do fechamento do saco herniário.

A laparotomia da linha média inferior é a escolha para diagnóstico e tratamento, porém exames de imagem podem auxiliar na identificação da presença de tal patologia. O exame físico também é um importante aliado, mas possui limitações, visto que a apresentação da apendicite é atípica, pois pode não ocorrer presença de sensibilidade dolorosa no ponto de McBurney e o abdome pode estar sem alterações associadas à irritação peritoneal. De forma geral, o principal achado é a presença de abaulamento irreduzível na região inguinal ou testicular.

O objetivo deste relato é apresentar um relato de caso de Hérnia de Amyand, associada à apendicite aguda e demonstrar a importância no diagnóstico precoce e tratamento adequado de tal condição, a fim de evitar complicações graves à vida do paciente, como abdome agudo, peritonite e sepse.

Palavras-chave: Hérnia de Amyand; Apendicite Aguda ; Hérnia Inguino-escrotal.

Hérnia de Amyand - Relato de um caso no Hospital Escola de Valença

ANA FLAVIA ALVARENGA SOARES¹; MICHELE ANDREZA FIDELIS SIQUEIRA²; VICTORIA GABARRON CASTELLO BRANCO¹; WILKER BENEDETI MENDES¹; TAINARA TOLEDO CORREIA³; VANESSA CONDORI LEANDRO¹; RENATO BAYMA GAIA¹; FLÁVIA MEDEIROS FLÁVIA LIMA¹. 1. HOSPITAL ESCOLA DE VALENÇA, VALENÇA - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL ESCOLAS DE VALENÇA, VALENÇA - RJ - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, VALENÇA - RJ - BRASIL.

Introdução

A hérnia de Amyand é definida pela presença do apêndice vermiforme, com ou sem sinais inflamatórios, como conteúdo do saco de uma hérnia inguinal¹. A ocorrência desse tipo de hérnia na literatura é em torno de 1% ². Nos casos onde há encarceramento, esse valor varia de 0,19 a 1,7% ³. Devido a volubilidade das manifestações clínicas, o diagnóstico no período pré operatório é de difícil realização². Independente do caso, a abordagem cirúrgica mandatória e o diagnóstico intraoperatório estabelecido. O objetivo do presente relato é apresentar um caso de hérnia de Amyand no Hospital Escola de Valença, RJ.

Relato de Caso

Paciente M.M.S., sexo masculino, 50 anos, com relato de abaulamento redutível, pouco doloroso, em região inguinal direita, iniciado há aproximadamente 7 meses, foi encaminhado ao ambulatório de Cirurgia Geral para avaliação. Referia piora do abaulamento após esforço. Ao exame físico, destacava-se apenas a presença de abaulamento redutível, sem sinais de obstrução intestinal ou outras complicações. Internou para realização de Hernioplastia inguinal direita, eletivamente. Durante intervenção cirúrgica, diagnosticou-se hérnia inguinal classificada como Nyhus IIIB, e constatou-se a presença do apêndice vermiforme, aderido ao saco herniário, indireto, sem sinais de inflamatórios. Foi realizado a liberação de aderências entre o apêndice vermiforme e o saco herniário, redução à cavidade peritonite, ressecção do excesso do saco herniário, seguida de correção da hérnia com tela de polipropileno pela técnica de Fauci Lichtenstein. O paciente evoluiu sem intercorrências no pós operatório, tendo alta hospitalar no dia seguinte.

Discussão

A Hérnia de Amyand é uma condição rara ³. Durante a avaliação inicial do paciente, não é possível o diagnóstico de Hérnia de Amyand, já que este é realizado durante o intraoperatório e a clínica e o exame físico não difere de qualquer outra hérnia inguinal. Porém, quando a Hérnia de Amyand se apresenta com apendicite aguda, sua manifestação clínica poderá levar ao diagnóstico de hérnia estrangulada, já que propicia sintomas semelhantes. Em virtude do quadro clínico, independente do diagnóstico (hérnia encarcerada ou hérnia de Amyand associado a apendicite aguda) não há necessidade de utilização de métodos complementares para diferenciação diagnóstica, já que para ambas patologias a abordagem cirúrgica é mandatória ³.

Referências

1. Hiatt JR, Hiatt N. **Amyand's hernia**. N Engl J Med. 318(21):1402. 1988.
2. Hotiana MM, Kundu S, Ahmad I. **Complicated inguinal hernia of Amyand**. South Med J. 100(4):411. 2007.
3. Desai, G.; Suhani, Pande, P., Thomas, S.. **HÉRNIA DE AMYAND: NOSSA EXPERIÊNCIA E REVISÃO DA LITERATURA**, Carta ao Editor • ABCD, Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva, 30 (04). Oct- Dec 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-6720201700040014>>

Palavras-chave: Hérnia;Apêndice;Amyand.

Hérnia de Amyand tratada por cirurgia minimamente invasiva: um relato de caso.

AUGUSTO ARABONI MENDES BARCELOS MANNA¹; GUILHERME ALVES DE OLIVEIRA¹; JOÃO GILBERTO KAZUO AGUENA¹; LOYSLENY ELIAS FRANÇA²; NATHÁLIA JOANA GARCIA GONÇALVES²; MARCO ANTONIO BRÁULIO ELOSTA¹; DÉBORA DUARTE MELO¹; KILDER CARMO DOS SANTOS¹. 1. HUMAP/UFMS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL - UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Introdução: Define-se Hérnia de Amyand como a presença do apêndice cecal dentro do saco herniário inguinal, com ou sem inflamação. **Objetivo:** Este artigo tem por finalidade descrever um caso de hérnia inguinal rara, enfatizando os seus aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

Relato de Caso: Homem de 70 anos, deu entrada no pronto socorro com dor lombar à direita recorrente, com história prévia de litíase do trato urinário. Associado a isso, apresentava histórico de abaulamento em região inguinal direita com encarceramento e redução espontânea, mas há 7 dias não reduzia. História de herniorrafia inguinal direita há 40 anos. Sem sinais de peritonite, laboratório com leucocitose discreta e PCR 20. EAS sem sinais infecciosos. Realizado tomografia computadorizada que evidenciou nefrolitíase não obstrutiva à direita e hérnia inguinal à direita com porção do apêndice cecal, de aspecto normal, dentro do saco herniário. Foi submetido à hernioplastia videolaparoscópica inguinal direita com apendicectomia videolaparoscópica táctica.

Discussão: A fisiopatologia relaciona-se com um canal inguinal alargado, favorecendo a probabilidade de inflamação do apêndice cecal. A apresentação clínica mais comum é um quadro de hérnia inguinal redutível, com abaulamento da região inguinal, levemente dolorosa. O diagnóstico na maioria das vezes é feito no intra-operatório. O tratamento é cirúrgico e consiste em apendicectomia ou não seguido de reparo de hérnia com ou sem o uso de prótese de propileno.

Palavras-chave: Hérnia inguinal;Apendicite;Hérnia de Amyand.

HÉRNIA DE GARENGEOT ASSOCIADA A APENDICITE AGUDA EM PACIENTE IDOSA

ALVARO ALEXANDRE TORRES GARIOLI¹; JÚLIA FAZOLI DE CARVALHO²; JHONATAN DE SOUZA VITOR¹; ALLAN RUBENS ZUCOLOTTI CANSI¹; VITOR DE SOUZA MACHADO¹; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA¹; JOÃO FELIPE DA SILVA LOPES¹. 1. HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A hérnia de Garegeot consiste em um tipo raro de hérnia femoral tendo como conteúdo o apêndice cecal. Foi descrita pela primeira vez em 1731 e corresponde a cerca de 0,9% dos casos de hérnia femoral, estando associado a apendicite aguda apenas em cerca de 0,1% dos casos. Os sintomas mais comuns incluem protuberância e sensibilidade em região inguinal. A fisiopatologia ainda é discutida, tendo como hipóteses um ceco aumentado que empurra o apêndice através do saco herniário e/ou posicionamento anômalo do ceco durante período embrionário. Apresentamos o caso de uma paciente idosa com hérnia de Garegeot associada a apendicite aguda. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 78 anos, hipertensa, dislipidêmica e portadora de hipotireoidismo, procura o ambulatório de cirurgia geral do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim queixando-se de dor e abaulamento em região inguinal direita há 6 meses com exacerbação há 1 mês, que piora ao esforço físico. Nega outros sintomas. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, afebril; abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, abaulamento em região inguinal e fossa ilíaca direita, dolorosa à palpação. Exames laboratoriais sem leucocitose, com eletrólitos e função renal no limite da normalidade. Aventada hipótese de hérnia inguinal direita. Ultrassonografia de parede abdominal evidenciou lesão cística endurecida e dolorosa em região femoral, irreductível e pouco móvel. Solicitado estudo tomográfico da pelve com extensão à região femoral que evidenciou hérnia inguinal direita contendo apêndice cecal e tecido gorduroso já com sinais de borramento por encarceramento. Indicada abordagem cirúrgica por via laparotômica com achado de hérnia femoral estrangulada contendo apêndice cecal em seu interior e processo inflamatório crônico, confirmando diagnóstico de hérnia de Garegeot apenas em intraoperatório. Realizada ressecção do saco herniário, secção do apêndice cecal e herniorrafia a McVay. Paciente evoluiu satisfatoriamente com alta hospitalar em segundo dia de pós operatório. **DISCUSSÃO:** Relatamos um caso raro de hérnia de Garegeot associado a apendicite aguda com o intuito de elucidar a abordagem diagnóstica e terapêutica para possibilitar tratamento precoce de outros pacientes com mesma patologia. O diagnóstico por imagem pode auxiliar, mas por muitas vezes ocorre apenas diagnóstico intra-operatório. A abordagem cirúrgica deve ser indicada o mais precocemente possível para evitar complicações e abordagens de urgência por estrangulamento.

Palavras-chave: HERNIORRAFIA;HÉRNIA FEMORAL;APENDICITE.

HÉRNIA DE GRYNFELT: RELATO DE CASO

RAQUEL ROXO BRUNO; FERNANDO VIEIRA LEITE; GUSTAVO BRANDÃO TEIXEIRA LEITE; RODRIGO SILVA DE BRITO; IAN DAMAS VIEIRA; LEONARDO PAIXAO NETO; LEANDRO TEIXEIRA BASTO; CARLOS AUGUSTO MARTINEZ MARINS. HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: As Hérnias Lombares possuem incidência de 1,5 a 2% dentre as hérnias diagnosticadas na parede abdominal, sendo, portanto, raras, com poucos casos descritos na literatura mundial, tornando a discussão do caso relevante. Relato de caso: Paciente feminina, 61 anos portadora de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, IMC 31,6kg/m², relata história de abaulamento de crescimento progressivo em região lombar esquerda há 3 anos, além da dor de leve intensidade. Nega outros sintomas associados, sendo internada com o diagnóstico ultrassonográfico, sugerindo doença lipomatosa. Ao exame físico, notou-se abaulamento de caráter redutível, pouco evidente a manobras de esforço. Tomografia computadorizada, confirmou a hipótese de hérnia, apresentando conteúdo peritoneal com alças intestinais, localizada na região lombar, abaixo da 12^a esquerda, caracterizando, desta forma, a Hérnia de Grynfeldt, sendo eletivamente indicada a hernioplastia lombar. A paciente foi posicionada em decúbito lateral direito, realizando lombotomia à esquerda. Identificado, após abertura de grande dorsal, anel herniário de aproximadamente 6 cm com conteúdo adiposo, além da presença de alças de delgado. Em seguida, foram realizadas a redução do conteúdo e a síntese do anel com pontos separados com posterior fixação de tela de polipropileno, envolvendo a 12^a costela e a musculatura do Oblíquo Interno e Transverso Abdominal, incluindo posterior síntese da musculatura do Grande Dorsal. Paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo alta hospitalar no dia seguinte. O retorno ambulatorial ocorreu em duas etapas: 2 semanas e em 4 meses após a cirurgia, não apresentando sinais de recidiva ou queixas. **Discussão:** A Hérnia Lombar apresenta-se como uma condição incomum, ressaltando a dificuldade de ser diagnosticada por se apresentar, na maior parte dos casos, como uma patologia cirúrgica que pode cursar com ausência de sintomas ou quadro inespecífico. Como para as demais hérnias abdominais, possui complicações, sendo indicado, portanto, o tratamento cirúrgico com abordagem laparoscópica ou convencional, visto que, diante de sua baixa incidência, não há consenso estabelecido.

Referências:

SUH, Yiji; GANDHI, Jason; ZAIDI, Saher; SMITH, Noel L.; TAN, Min-Yi; ALI KHAN, Sardar. Lumbar hernia: A commonly misevaluated condition of the bilateral costoilic spaces. *Translational Research in Anatomy*, [S. l.], p. 1-5, 23 out. 2017.

MORENO EGEA, Alfredo; BAENA, Enrique G.; CALLE, Miquel C.; MARTINEZ, José Antonio; ALBASINI, Jose Luis. Controversies in the Current Management of Lumbar Hernias. *American Medical Association*, [S. l.], p. 1-7, 10 jan. 2007.

CAVALLARO, Giuseppe et al. Anatomical and Surgical Considerations on Lumbar Hernias. *The American Surgeon*, [S. l.], p. 1-4, 1 dez. 2009.

SUAREZ, Sebastian; HERNANDEZ, Juan D. Laparoscopic repair of a lumbar hernia: report of a case and extensive review of the literature. *SURGICAL ENDOSCOPY*, [S. l.], p. 1-9, 15 fev. 2013.

Palavras-chave: Hérnia abdominal ;Hérnia lombar superior ;Hérnia de Grynfeldt.

Hérnia de Spiegel após Colecistectomia Videolaparoscópica: um relato de caso

LARISSA PEREIRA GUERRA¹; ELAINE PEREIRA ROQUE²; GUSTAVO MAGALHÃES COIMBRA¹; CAROLINE DE SOUZA MENDES³; BRUNA LADEIRA LAU³; ERLY FERNANDO FERREIRA DANTAS¹; TIAGO CASTRO CUNHA¹; ELKIN CHARRIS EBRET SILVA⁴. 1. HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO (HRSS), SANTO ANTONIO DO AMPARO - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE AQUINO BOLÍVIA (UDABOL), SANTA CRUZ DE LA SIERRA - BOLIVIA; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA), LAVRAS - MG - BRASIL; 4. HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIAO (HRSS), SANTO ANTONIO DO AMPARO - MG - BRASIL.

Introdução

A Hérnia de Spiegel (HS) é uma entidade rara (0,12-2% das hérnias abdominais), e representa uma falha na parede abdominal na borda externa da linha semilunar, sendo um desafio diagnóstico (Dx) devido à sintomatologia inespecífica. Geralmente, o conteúdo herniário é referente ao intestino delgado, cólon sigmoide e transversos, ceco, apêndice ou divertículo de Meckel. Na maioria dos casos, acomete mulheres na quarta década de vida com fatores de risco (FR) que elevam a pressão intra-abdominal (PIA) ou causam enfraquecimento da fáscia abdominal, como: obesidade, multiparidade, doença pulmonar obstrutiva crônica, ascite e constipação crônica.

Relato de Caso

S. S. M., feminino, 48 anos, obesa, com quadro de constipação intestinal crônica. Relata que após colecistectomia videolaparoscópica (CVL) há 2 anos, notou a presença de nodulação dolorosa em flanco esquerdo (FE). Há 1 ano realizou ultrassonografia (US) de parede abdominal, porém, sem alterações; após 5 meses, em novo exame, foi constatada HS com conteúdo abdominal lateral ao músculo reto abdominal, no FE, através de colo de 2,7 cm, com alças intestinais ultrapassando a aponeurose abdominal e chegando aos planos musculares, sem atingir o tecido adiposo subcutâneo. Realizada tomografia computadorizada há 1 mês, foi confirmado o Dx de HS à esquerda, sem sinais de complicações. Foi optado pela correção desta hérnia com colocação de tela, procedimento sem intercorrências.

Discussão

O caso apresentado é típico de uma HS. Paciente do sexo feminino, na faixa etária usual, apresentando FR (obesidade, constipação) e de difícil Dx, devido a inespecificidade de sintomas, localização anatômica e até mesmo falha em exames de imagem. Porém, o que nos chama atenção, foi o fato da descoberta desta hérnia ocorrer logo após uma CVL. Como mencionado, FR para HS são condições que elevam a PIA, o que é o caso deste procedimento. Guimarães *et al.* (1997), relata o Dx de HS após abdominoplastia, relacionando seu surgimento a este mesmo motivo. Apesar das evidências ainda não serem fortes, podemos começar a considerar que cirurgias intra-abdominais com aumento da PIA podem acentuar sintomas ou até mesmo estarem relacionadas ao surgimento de HS em pacientes que já apresentam outros FR para a mesma. Estudos com maior amostragem de casos análogos conseguiriam nos mostrar tal força de associação. Dessa forma, uma boa anamnese pode nos ajudar a guiar nossas suspeitas clínicas, antecipando um possível Dx tardio. O tratamento desta patologia é cirúrgico, pois esta hérnia apresenta um alto índice de complicações (21-33%), como encarceramento e estrangulamento. Quando eletiva, a técnica pode ser tanto laparoscópica como aberta, ficando a critério do cirurgião e recursos locais.

Palavras-chave: HÉRNIA ;SPIEGEL;CVL .

HÉRNIA DE SPIEGEL EM PACIENTE OBESA: UM RELATO DE CASO

LORENA GIDRÃO DE QUEIROZ; GABRIELA OLIVEIRA BAGANO; PAULO FERREIRA MEGA; LUIS FELIPE SILVEIRA MEGA; SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES; ANDRÉ CLAUDIO ROCHA; MARCOS ANTONIO MARTON FILHO. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO: A Hérnia de Spiegel é uma entidade rara caracterizada por defeito da parede abdominal com protrusão de órgãos, saco peritoneal ou gordura pré-peritoneal através da aponeurose de Spiegel, que compreende a região da aponeurose do músculo transverso limitada medialmente pelo reto abdominal e lateralmente pela linha semilunar. O conhecimento sobre esse tipo de hérnia é de grande importância para o cirurgião, por sua dificuldade diagnóstica e por seu alto índice de estrangulamento. O tratamento dessa patologia é cirúrgico.

RELATO DE CASO: Paciente, 78 anos, sexo, feminino, obesa, diabética e hipertensa, admitida referindo que, após ter sido submetida a hernioplastia incisional “com tela” (sic) há 3 anos, evoluiu com novo abaulamento em região de flanco esquerdo, cursando com episódios de dor local com irradiação para região lombar esquerda, com piora do quadro álgico nas duas semanas anteriores. Tomografia Computadorizada de Abdome sugestiva de hérnia de Spiegel a esquerda. Paciente foi submetida a cirurgia de hernioplastia ventral, que teve como achado intra-operatório: protrusão de conteúdo herniário com defeito entre as aponeuroses dos músculos transverso e oblíquos de cerca de 4 cm, realizada abertura do saco herniário com visualização de epíplon e alças intestinais sem sinais de sofrimento. Foi submetida a hernioplastia com colocação de tela.

DISCUSSÃO: Correlacionando com os dados da literatura, a hérnia de Spiegel apresenta-se com maior frequência em mulheres e pacientes com fatores predisponentes a aumento da pressão intra-abdominal, sendo ambos os fatores presentes no caso relatado (paciente do sexo feminino e portadora de obesidade). Devido a sua raridade (estima-se que representam 0,1% a 2,4% de todas as hérnias de parede abdominal) e por ser clinicamente incomum, tem diagnóstico difícil, sendo o exame de escolha para a avaliação a Tomografia Computadorizada. Embora a Hérnia de Spiegel curse com alto índice de estrangulamento, devido ao seu colo estreito e fibroso, no caso em questão a hérnia não se apresentava estrangulada. Por ser uma patologia que necessita de alto grau de suspeição para diagnóstico e pelo seu grande potencial de complicações, ela deve ser bem conhecida pelo cirurgião e figurar entre suas suspeitas nos casos de dor abdominal com difícil diagnóstico.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS:

1. Andreazza C, Wild N, Riva DD, Zanotelli VA, Britto MA. Hérnia de Spiegel: suspeição diagnóstica e tratamento. Rev AMRIGS. 2015;59(4):300-2.
2. Sahoo PK, Rout SS. Spigelian hernia - an unusual abdominal hernia: a case report and review of literature. Int J Sci Rep. 2015;1(5):239-42.

Palavras-chave: Hérnia; Spiegel; Obesidade.

Hérnia femoral de Richter estrangulada: A importância do tratamento precoce

BÁRBARA DE MELO THEOBALDO; ISABELLA ALMEIDA MOTTA; PALOMA APARECIDA FREITAS DUARTE; CLARA MARQUES DE CASTRO; SARA FERREIRA DESTRO; MATHEUS REZENDE LIMA; PAULO DE TARSO VAZ DE OLIVEIRA; RACHID GUIMARAES NAGEM. IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A hérnia de Richter é condição rara caracterizada pela herniação da borda antimesentérica da alça intestinal. Mais comum em hérnias femorais, apresenta sinais e sintomas atípicos, de instalação insidiosa, que contribuem para um diagnóstico tardio.

Relato do caso: LSC, 78 anos, mulher, atendida no pronto atendimento com dor abdominal difusa, vômitos, febre e inapetência há 5 dias. Sem evacuações desde o início do quadro, mantendo eliminação de flatos. Admitida hipotensa e taquicárdica, com importante distensão abdominal, sem sinais de irritação peritoneal. Realizada estabilização clínica e, posteriormente, submetida à tomografia de abdome, que mostrou pneumoperitônio e sinais de obstrução intestinal em região inguinal direita. Realizada laparotomia exploradora, que revelou alça ileal presa em anel femoral com sinais de necrose. Após redução, visualizou-se perfuração em borda antimesentérica a 50cm da válvula ileocecal. Realizada enterectomia segmentar com anastomose primária e fechado anel femoral com pontos de prolene 2-0. Paciente encaminhada ao CTI devido à instabilidade hemodinâmica ao final da cirurgia. Evoluiu com melhora inicial, mas veio a óbito no 13º dia pós-operatório devido a choque séptico por pneumonia.

Discussão: A hérnia de Richter é definida como uma hérnia da parede abdominal na qual a porção antimesentérica da alça intestinal é aprisionada no orifício herniário. Acomete pacientes entre 60-80 anos e o canal femoral é a localização mais comum. Apresenta sintomas inespecíficos, como desconforto abdominal, distensão, náuseas e vômitos. A clínica de obstrução intestinal completa é rara e tende a evoluir mais para gangrena do que os outros tipos de hérnias estranguladas. Isso pode ser explicado pelo anel herniário femoral ser rígido, pelo predomínio de arteríolas terminais na borda antimesentérica e por uma clínica insidiosa, levando ao diagnóstico tardio. Desse modo, os exames de imagem são muito úteis, sendo a TC de abdome o padrão-ouro.

O tratamento da hérnia de Richter femoral é cirúrgico, sendo o atraso operatório fator de mau prognóstico. Abordagens abertas, videolaparoscópicas e robóticas podem ser utilizadas. O tratamento padrão na presença de necrose é a ressecção do segmento intestinal seguido de anastomose primária, podendo ser necessário confecção de estoma em situações especiais, como na instabilidade hemodinâmica. O tratamento do defeito herniário, por outro lado, irá depender não só da condição clínica do paciente, mas também do grau de contaminação local. Segundo a World Society of Emergency Surgery, defeitos menores de 3 cm, como no neste caso, podem ser fechados primariamente com sutura. Defeitos maiores necessitam o uso de prótese. Na presença de peritonite ou contaminação grosseira, a prótese deverá ser absorvível ou biológica. O presente relato nos alerta para a importância do tratamento precoce da hérnia de Richter estrangulada e para a correlação do tratamento tardio com um desfecho negativo.

Palavras-chave: Hérnia de Richter;Hérnia Femoral;Obstrução intestinal.

HÉRNIA INGUINAL ESQUERDA COM CONTEÚDO CECAL E ÍLEO TERMINAL: RELATO DE CASO.

PAMELA RENATA LEITE¹; GUILHERME ALVES DE OLIVEIRA¹; JOSÉ KIMEI WANDERLEY TOBARU¹; JUNI MARCOS BORGES ALVES NOGUEIRA²; RAFAEL HENRIQUE RODRIGUES MENDONÇA²; KILDER CARMO DOS SANTOS¹; AUGUSTO ARABONI MENDES BARCELOS MANNA¹; DÉBORA DUARTE MELO¹. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP/UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. UFMS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Introdução: A hérnia é uma patologia que ocorre pela protrusão de elementos abdominais, os principais fatores de risco são tabagismo, sexo masculino, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), diabetes mellitus (DM2) e histórico familiar. A suspeita ocorre pelo abaulamento local e no exame físico verifica-se a redutibilidade do conteúdo, classificando em hérnia redutível ou encarcerada e o tratamento definitivo é cirúrgico por diferentes técnicas. **Objetivo:** Descrever, caso de conteúdo abdominal direito em hérnia inguinal esquerda. **Relato do caso:** Homem, 77 anos, com história de herniação em região inguinal esquerda há 4 anos evoluindo com dor de forte intensidade há 24 horas referindo última evacuação há mais de 24 horas e ausência de flatos desde então. Referia episódio anterior de internação por encarceramento da hérnia, porém não foi operado devido a outras comorbidades. História mórbida prévia de hipertensão arterial sistêmica (HAS), DPOC, DM2, hiperplasia prostática benigna, ex-tabagista e hernioplastia inguinal à direita. Foi observado presença de abaulamento em região inguinal esquerda irreductível, volumosa, cerca de 20 centímetros, sem sinais de flogose e dolorosa à palpação, o resultado da avaliação foi compatível com hérnia inguinal esquerda encarcerada, sendo solicitado tomografia computadorizada de abdome que foi visualizada alças distendidas em conteúdo herniado. Foi optado por realizar inguinotomia esquerda, observado presença de líquido livre, ceco distendido e com sinais de sofrimento e presença de alças de intestino delgado, optando pela realização de colectomia parcial do segmento ascendente e íleo terminal com anastomose latero lateral de cólon ascendente com íleo. **Discussão:** O conteúdo do saco herniário pode ser variado. Os casos mais comuns são os com o conteúdo formado por omento ou por intestino delgado. Algumas situações são mais raras como a presença de determinadas estruturas no saco herniário, como a bexiga, um divertículo de Meckel (hérnia de Littre). Um dos casos menos relatados na literatura é a hérnia de Amyand (presença de um saco herniário com o apêndice vermiforme). No caso exposto o conteúdo herniário vai além, incluindo parte do cólon direito e íleo distal. A incidência da hérnia de Amyand entre todos os casos de hérnia varia entre 0,19% a 1,7% ainda mais incomum ocorrer hérnia de Amyand do lado esquerdo. As principais causas desse tipo de hérnia são situs inversus, rotação intestinal, um ceco móvel na cavidade ou um apêndice muito largo. O caso apresentado pela raridade de seu conteúdo herniado e localização há uma dificuldade em esclarecer o mecanismo associado, sendo os relatos semelhantes denominados como hérnia de Amyand. A sua importância é por ser um conteúdo raro em hérnia inguinal esquerda e pelo seu risco de complicações.

Palavras-chave: hérnia inguinal; cólon direito; íleo distal.

HÉRNIA OBTURADORA BILATERAL COM ESTRANGULAMENTO DE SEGMENTO DE DELGADO EM HÉRNIA OBTURADORA ESQUERDA - RELATO DE CASO.

IRAN BARROS DE CASTRO¹; ANTONIO ADENILDON SANTOS DELMIRO²; ELOANE DE ALMEIDA CALDEIRA³. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. HOSPITAL LOTTY IRIS, BOA VISTA - RR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O estudo da hérnia obturadora (HO) é essencial para realizar diagnósticos diferenciais, estas acontecem quando parte do conteúdo abdominal atravessa o forame obturador. Estas hérnias, geralmente, ficam encarceradas e posteriormente estranguladas.

RELATO DO CASO: Paciente feminina, 74 anos, emagrecida, multípara, previamente hígida, deu entrada ao serviço de emergência, com queixa de dor abdominal difusa, hiporexia, constipação intestinal, vômitos por 3 dias prévios à admissão e com sinais de irritação peritoneal. A TC de abdome evidenciou hérnias obturadoras a esquerda com colo de 2,9 cm, e a direita uma HO com colo de 1,3 cm. Sendo proposta uma laparotomia com redução manual do segmento de delgado, notando-se perfuração de alça associada a necrose. Foi realizada enterectomia segmentar seguida de anastomose. A HO direita apresentava-se encarcerada, sendo reduzida manualmente, sem sinais de estrangulamento. Posteriormente, colocou-se a tela de marlex sobre o óstio do forame obturador com fixação pré-peritoneal. Evoluiu bem no pós-operatório, apresentando ferida operatória com boa cicatrização, melhora da dor e reconstituição de trânsito, recebendo alta após sete dias.

DISCUSSÃO: Assim como o caso relatado, os fatores de risco se dão pela frouxidão dos ligamentos e perda de tecido adiposo pré-peritoneal ao redor do canal, estando as mulheres mais propensas à herniações (Mahendran B, Lopez, 2021). A HO é rara, representando 0,1% de todas as hérnias, e por isso há uma dificuldade de realizar o seu diagnóstico. Estas evoluem rapidamente, e quase metade são estranguladas (Chitrambalam TG, et al; 2020). Para o diagnóstico a TC é a modalidade de imagem mais sensível e específica para o diagnóstico (Mindaye ET, Giduma D, Tufa TH, 2020). Ademais, por mecanismo de gravitação universal estas hérnias são difíceis de serem reduzidas espontaneamente (Nakagawa H, Asakura T, Hamaguchi S; 2022). Mesmo que a abordagem cirúrgica ideal ainda seja desconhecida e divergente, para a paciente foi optado a técnica aberta com colocação de tela pré-peritoneal e fixação da tela para diminuir a taxa de recorrência, pois apesar da cirurgia aberta com reparo de sutura primária ser o método mais comum, a sua taxa de recorrência está próximo de 10% (Holm MA, et al; 2021).

Referências

bibliográficas:

Holm MA, Fonnes S, Andresen K, Rosenberg J. Laparotomy with suture repair is the most common treatment for obturator hernia: a scoping review. *Langenbecks Arch Surg.* setembro, 2021;

Chitrambalam TG, Christopher PJ, Sundaraj J, Selvamuthukumaran S. Diagnostic difficulties in obturator hernia: a rare case presentation and review of literature. *BMJ Case Rep.* setembro, 2020;

Mahendran B, Lopez PP. Obturator Hernia. 2022 May 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Janeiro, 2022;

Mindaye ET, Giduma D, Tufa TH. Hérnia obturadora: relato de caso. *J Surg Case Rep.* 2020 Out
Nakagawa H, Asakura T, Hamaguchi S. Obturator hernia. *CMAJ.* Janeiro, 2022.

Palavras-chave: HERNIA ;HERNIA OBTURADORA;HERNIA ESTRANGULADA.

Hérnia Ventral (rTAAP) Robótica

PATRICK ALEXANDER DURAN ACOSTA¹; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA²; DELTA MADUREIRA FILHO²; ESTEBAN VIVAS ERAZO²; NUÑEZ, E. R.²; DAVID ALEJANDRO GUZMAN SANCHEZ². 1. PUC RIO, RIO DE JANEIRO - EQUADOR; 2. PUC RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução

A cirurgia minimamente invasiva das hérnias abdominais apresenta vantagens comprovadas em relação aos procedimentos convencionais, incluindo menos dor e retorno precoce às atividades rotineiras. A cirurgia robótica acrescenta uma melhor ergonomia, ótica estável tridimensional de alta definição e instrumentos articulados, superando algumas limitações laparoscópicas.

A correção da hérnia ventral é um dos procedimentos cirúrgicos gerais mais comumente realizados, e abordagens minimamente invasivas são cada vez mais preferidas. O reparo fisiológico oferecido pela abordagem pré-peritoneal é favorável, com complicações reduzidas, mas permanece um desafio técnico. A plataforma robótica permite maior flexibilidade do instrumento e facilidade de operação. Realizamos uma cirurgia com reparo pré-peritoneal transabdominal robótico (rTAPP) e colocação de tela autofixante ProGrip intraperitoneal robótica (rIPOM)

Descrição do Vídeo

O vídeo editado, mostra o caso de uma cirurgia robótica de Hérnia Ventral Gigante + colocação de tela autofixante ProGrip, a cirurgia foi iniciada em 3 etapas: Decúbito lateral direito, posição do trocater lateral esquerdo, câmera na linha axilar posterior, três trocartes: dois de 12 mm e um trocater robótico, dissecação de um retalho peritoneal cruzando a linha média, da esquerda para a direita.

Etapa 1: a mesa de operação é girada para a direita para baixo antes que o robô seja encaixado e o robô seja encaixado no lado direito do paciente.

Etapa 2: após a adesiólise ser realizada, a dissecação romba do plano peritoneal começa a ± 5 cm das bordas do defeito da hérnia, ipsilateral às portas. O retalho peritoneal é confeccionado de forma superior para inferior.

Etapa 3: uma vez que um grande retalho peritoneal é criado, o defeito da hérnia é fechado com suturas contínuas V-Loc e tela autofixante ProGrip

Tempo cirúrgico: 2 horas aproximadamente.

Discussão

A paciente apresentou uma recuperação pós-operatória ótima, com dor leve no local da cirurgia, alta hospitalar ao seguinte dia. Iniciou dieta líquida pastosa no primeiro dia, alta hospitalar com sintomáticos e dieta geral. Mantemos cinta compressiva por 15 dias, retirar apenas durante o banho.

As vantagens da cirurgia robótica são o menor impacto no organismo, que essa técnica oferece. Os tecidos saudáveis sofrem menos lesões, o pós-operatório é mais tranquilo e a recuperação mais rápida.

Palavras-chave: Hérnia Ventral;rTAAP;Robótica.

HERNIOPLASTIA INGUINOESCROTAL PELA TÉCNICA PRÉ PERITONEAL DE AMARCIX COM CONFEÇÃO DE PNEUMOPERITONEO: RELATO DE CASO

PAULA DIAS CUSTÓDIO; DÁLIA ELISA DA COSTA LOPES; RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA; PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES; LUISA NUNES TEIXEIRA DA SILVA; FRANCISCO PEREIRA DE MESQUITA; MATHEUS PAULA DE OLIVEIRA PEREIRA. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Hérnia é a protusão anormal de órgão ou tecido através de um defeito da parede abdominal. A hérnia inguinal acomete cerca de 5% da população. Seu reparo representa a cirurgia mais realizada no mundo, chegando a 20 milhões/ano. Nos últimos anos, novos princípios, produtos e técnicas têm mudado a rotina dos cirurgiões, que precisam reciclar conhecimentos e se aperfeiçoar; pois, observamos variações clínicas e anatômicas na prática, as quais forçam a busca por novas técnicas que se adequem às adversidades.

RELATO DO CASO: Homem, 72 anos, ex tabagista, obeso, hipertenso e diabético. Em tratamento de câncer de próstata. Encaminhado à Cirurgia Geral por hérnia inguinoescrotal direita volumosa com perda de domicílio, que ultrapassava o ponto médio da face medial da coxa. TC de abdome: hérnia inguinal contendo segmento íleal e densificação no saco herniário. Volumetria do saco herniário=14,95L. Optado por internação hospitalar e confecção de pneumoperitoneo pela técnica de Goni Moreno. Injetado volume total de 18,9L. Em seguida, feita herniorrafia pela técnica de Amarcix descrita como: Incisão suprapúbica transversa 2 cm acima do púbis; Lise da aponeurose do reto abdominal, sem ultrapassar seus bordos laterais e acesso pré peritoneal por incisão da fascia transversalis paralela ao bordo lateral do reto abdominal (McEvedy); Identificado conteúdo escrotal com alças de delgado e todo cólon direito; Redução do conteúdo após abertura do saco herniário; Esqueletização dos vasos epigástricos inf; Exposição do espaço de Retzius e Bogros; Isolamento dos elementos do cordão; Reforço da parede abdominal com tela de polipropileno fixada no púbis e colocado *flapping* de tela por trás e diante do reto abdominal. A tela 12x12cm é fendida medial e lateralmente. A porção superior deita-se sobre o reto abdominal e a inferior aloja-se entre o púbis e a bexiga. Lateralmente, é utilizada para confeccionar o neo orifício inguinal profundo, que engloba cordão espermático e vasos epigástricos inf.

DISCUSSÃO: A técnica pré peritoneal de Amarcix está indicada em hérnias inguinais simples ou complexas; sendo alternativa em hérnias grandes, bilaterais e recorrentes. Tem como vantagem em relação a Stoppa, por exemplo, a facilidade na redução das grandes hérnias, devido ao acesso pelo bordo lateral do reto. Apresenta menor probabilidade de formação de hérnia incisional, por não incisar o músculo, diferente da técnica de Nyhus, além de utilizar incisão única para correção de hérnias bilaterais. Desde 1998, a técnica é usada em casos selecionados no HFCF, apresentando apenas 1,2% de recidiva e 10% de complicações. Portanto, é importante sua disseminação como forma alternativa segura de hernioplastia, para expandir o leque de técnicas cirúrgicas, em busca de um tratamento individualizado.

REFERÊNCIAS:

HerniaSurge Group International guidelines for groin hernia management 2018

Claus, Christiano et al. Orientações da SBH para o manejo das hérnias inguinocrurais em adultos. Rev CBC

Palavras-chave: HÉRNIA;HERNIOPLASTIA;AMARCIX.

HERNIOPLASTIA UMBILICAL UTILIZANDO PLUG CONFECCIONADO MANUALMENTE: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA E CONCEITOS

VINICIUS MACHADO DO COUTO SOARES; VALQUIRIA CATARINA BANDEIRA ALMEIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA; CICERO SILVEIRA COSTA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL.

A hérnia umbilical é uma patologia que ocorre quando um órgão ou tecido intracavitário está envolvido em uma falha da parede abdominal. Pequenos danos umbilicais geralmente ocorrem em recém-nascidos, que desaparecem nas primeiras semanas após o nascimento. No entanto, há casos em que o defeito persiste e requer correção cirúrgica ou acompanhamento.

A compreensão das etapas e indicações do tratamento cirúrgico da hérnia umbilical é necessária para que o trabalho seja realizado de forma mais eficaz. Mediante a tal fato, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, levantando-se 177 artigos, dos quais foram utilizados 12 artigos, discutindo-se a anatomia da parede abdominal, a definição de hérnias, os tipos de hérnias, os fatores de risco para o desenvolvimento de patologia e como é realizado o diagnóstico de hérnias umbilicais para estabelecer os benefícios de técnica cirúrgica utilizando plug confeccionado manualmente, em pacientes operados juntamente com residentes do Hospital São João Batista, em Macaé, Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão foram artigos sobre hérnia umbilical em inglês, espanhol e português.

Considerando-se uma abordagem mais minimamente invasiva, por meio de pequenas incisões, reduzindo riscos, complicações, recidivas, dor e cicatrizes extensas, a técnica descrita ganha sua importância, baseando-se na prática dos autores. Indicamos para portadores de hérnia umbilical com defeitos pequenos, os quais há integridade da camada pré-peritoneal. O plug, em si, é confeccionado manualmente no intra-operatório, utilizando-se dobraduras em tela de polipropileno, após mensuração do tamanho do defeito herniário. A cirurgia é muito eficaz, rápida e de baixo risco, requer uma internação de algumas horas e o paciente pode voltar as atividades rotineiras precocemente. Complicações são raras: infecção, recorrência ou recorrência da hérnia, ocorrência de cefaleia, náusea ou vômito e febre.

A comunicação e a integração entre a equipe são necessárias para analisar as vulnerabilidades e determinar o melhor procedimento para o paciente. É necessário, portanto, adotar uma prática que vá além do diagnóstico e execute corretamente todas as etapas necessárias, com ferramentas voltadas para a construção de ações que realmente atendam às necessidades dos pacientes, com base em um cuidado holístico e contínuo, pois isso pode ter impacto diferente quando indica-se a melhor técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bendavid R. The merits of the Shouldice repair. *ProblGen Surg*, 1995; 12: 105-9
- HUNT, G. B. Hernia repair: principles & practices. North American Veterinary Conference, Sidney, Austrália. 2006
- Kaufmann R, et al. Mesh versus suture repair of umbilical hernia in adults: a randomised, double-blind, controlled, multicentre trial. *Lancet* 2018; 391:860.
- PEEK, S.; DIVERS, T. *Rebhun's diseases of dairycattle*. 3rd ed. St. Louis, Missouri: Elservi, 2018. 849 p.
- Yin, R.K. (2015). *O estudo de caso*. Porto Alegre: Bookman

Palavras-chave: Hérnia; Umbilical; Plug.

Incidência das hérnias inguinais encarceradas operadas em serviço de referência

PEDRO FERNANDES LOUBACK; EDUARDO VIDAL DE HOLANDA; LARYSSA ALMEIDA DE ANDRADE TENÓRIO; MATHEUS HENRIQUE DEFENDI BARBOZA; BERNARDO FONTEL POMPEU; LUIS FERNANDO PAES LEME. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Objetivo:

Estabelecer a incidência e analisar características descritivas da população com hérnia inguinal encarcerada em um serviço de referência em São Paulo

Método:

Realizado estudo retrospectivo, coletado dados através de prontuário eletrônico disponível, selecionando pacientes submetidos a correção de hérnia da parede abdominal de março 2021 até maio de 2022. A partir do banco de dados foi estabelecido estratificação e análise do perfil clínico-epidemiológico encontrado.

Resultados:

Foram selecionados 149 pacientes operados por hérnia, totalizando 164 procedimentos, sendo 31 (20,8%) mulheres e 118 (79,2%) homens. Média de idade foi de 52,52 anos. Quanto à localização 111 (67,6%) eram hérnias inguinais, sete (4,26%) epigástricas, 33 (20,12%) umbilicais, 12 (7,31%) incisionais e uma (0,6%) de Spiegel. Das inguinais 11 eram mulheres (9,9%); 100 homens (90,09%); média de idade de 54,7 anos; localizando 50(45%) a direita 31(27,9%) esquerda, 30(27%)bilateral. Classificação de nyhus II em 57 (51,3%); IIIa- em 33 (29,7%),IIIb em 2(1,8%) casos. Foi Utilizado técnica de Lichtenstein em todos procedimentos. Foram operados em caráter de urgência dois (1,8%). Foi realizado drenagem em três (2,7%) casos .Foi evidenciado complicações em dois(1,8%) . A média de tempo internação foi de 2,5 dias. As inguinais encarceradas tiveram incidência de 12 (10,8%). Média de idade de 53 anos. todas foram unilaterais e em homens, duas (16,6%) operadas na urgência, 8 nyhus II (66,7%), 1 nyhus IIIa (8,3%). Nenhuma obteve complicação. Em Três (25%) pacientes foi necessário dreno. A média de internação foi de 2,18 dias

Conclusão:

A análise estatística em um serviço de referência em São Paulo demonstrou incidência de hérnia inguinal encarcerada de 12 (10,8%), sendo mais prevalente em homens, sem obter complicações, com média de tempo de internação menor (2,18 dias) que a população total do estudo.

Palavras-chave: Hérnias da parede abdominal ;Hérnia Inguinal encarcerada ;Complicações em hérnia inguinal .

Laparotomia exploratória de hérnia ventral volumosa estrangulada: um relato de caso.

DÉBORA DUARTE MELO¹; GUILHERME ALVES DE OLIVEIRA¹; GABRIEL MARTIN LAUAR¹; PAMELA RENATA LEITE¹; AUGUSTO ARABONI MENDES BARCELOS MANNA¹; LOYSLENY ELIAS FRANÇA²; KILDER CARMO DOS SANTOS²; NATHÁLIA JOANA GARCIA GONÇALVES². 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP/UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Introdução: A hérnia ventral é por definição uma protrusão através da fáscia da parede abdominal anterior, com ou sem complicações. **Objetivo:** Este artigo tem por finalidade discorrer sobre um caso de hérnia ventral estrangulada, que progrediu com isquemia mesentérica, e resultou na ressecção de grande monta das alças intestinais do jejuno e íleo. **Relato de caso:** D.R.M., 46 anos, masculino, deu entrada hospitalar com quadro de dor abdominal, de intensidade lancinante, distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes há dois dias. Associado a taquicardia, taquipneia, febre e sudorese. Apresentava abaulamento em abdome característica de hérnia ventral, não redutível, com presença de hiperemia, hematoma local e dor à palpação. O tratamento cirúrgico consistiu na ressecção de alças de jejuno e íleo, deixando apenas 30 centímetros do ângulo de Treitz, 10 centímetros anteriores a válvula ileocecal, ressecção periventral de saco herniário com herniorrafia, sem colocação de tela, e reconstrução da parede abdominal. A determinação da viabilidade do intestino é um ponto importante da cirurgia, visto que ressecções desnecessárias geram a síndrome do intestino curto e ressecções insuficientes implicam em operações repetidas. A síndrome do intestino curto (SIC) resulta de comprimento total de intestino delgado inadequado para manter a nutrição via oral satisfatoriamente. É uma condição disabsortiva incapacitante por consequência da perda anatômica ou funcional desse órgão. Após enterectomia, paciente cursou com desmame de nutrição parenteral, início de dieta via oral, sem desenvolvimento de sintomas de síndrome do intestino curto. **Discussão:** Nos casos em que a cirurgia perfaz em ressecção do intestino delgado pós-duodenal remanescente em continuidade é menor que 200 centímetros, ocorre uma má absorção de macronutrientes e/ou água, eletrólitos e micronutrientes, chamada de síndrome do intestino curto. O paciente no pós-operatório tardio necessita de acompanhamento da equipe multidisciplinar para ajudar a instituir a terapêutica nutricional adequada.

Palavras-chave: Síndrome do intestino curto;Hérnia ventral;enterectomia.

LEIOMIOMA ILEAL COMO CONTÉUDO DE HÉRNIA INCISIONAL: RELATO DE CASO

GUILHERME ALVES DE OLIVEIRA¹; JOÃO GILBERTO KAZUO AGUENA¹; KILDER CARMO DOS SANTOS¹; AUGUSTO ARABONI MENDES BARCELOS MANNA¹; DÉBORA DUARTE MELO¹; PAMELA RENATA LEITE¹; LOYSLENY ELIAS FRANÇA²; NATHÁLIA JOANA GARCIA GONÇALVES². 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP/UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Introdução: Hérnia ventral é uma protrusão da fáscia da parede abdominal anterior. Hérnias adquiridas ocorrem após incisões cirúrgicas prévias que podem ser denominadas como hérnias incisionais. Tumores do intestino delgado são raros, dentre os benignos o leiomioma é o mais comum. Relato de caso: Feminino, 75 anos, apresentava abaulamento abdominal irreduzível e parada de eliminação de gases e fezes há 2 dias. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica controlada, obesidade grau I e hernioplastia umbilical associada a anexectomia bilateral há 4 anos. Discussão: Tumores de intestino delgado são extremamente raros apesar de constituir 80% de todo TGI, o quadro geralmente é assintomático, o diagnóstico é incidentalmente e a ressecção cirúrgica é necessária para definir a estratégia terapêutica e o prognóstico da doença. Relatamos um caso com bastante raridade, um leiomioma achado incidentalmente como conteúdo de uma hérnia incisional, sendo ressecado para guiar a estratégia terapêutica e estimar o prognóstico.

Palavras-chave: leiomioma;hérnia incisional;hérnia ventral.

Liberação o transverso abdominal: um caso sobre hérnia incisional complexa

RODRIGO DE MOURA JAPIASSU GONÇALVES; FELIPECHINAIDRE EYER; GUSTAVO HENRIQUE DE OLIVEIRA SOARES; JOANA DE SOUZA LOPES; NATSUE TANI TUPPER; PEDRO HENRIQUE SALGADO RODRIGUES; PEDRO PAULO MOREIRA MARQUES; ULLI KAÍZE BARBOSA PIMENTEL. HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução

As hérnias incisionais complexas (HIC) são aquelas que apresentam grandes defeitos da parede abdominal, associadas à perda de domicílio de vísceras. A tentativa de fechamento primário da parede abdominal, nesses tipos de hérnias, sem o devido preparo, eleva o risco de hipertensão intra-abdominal, síndrome compartimental abdominal, alterações da função respiratória e recidiva.

Relato de Caso

Paciente masculino, 66 anos, dpoc, apendicectomia prévia, apresentando hérnia inguinal esquerda e hérnia incisional volumosa em região mediana, com perda de domicílio e defeito de parede de 17 cm.

Foi indicado pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPP), através de cateter intraperitoneal. Realizada insuflação diária de ar em cavidade peritoneal por 12 dias, sendo interrompido pois paciente apresentou COVID-19 positivo. Após 3 semanas, retornou com PPP por cinco dias. Volume total insuflado de 12.680 ml.

Submetido à hernioplastia incisional e inguinal pela técnica de Rives-Stopppa com separação de componentes -transversus abdominis release (TAR). Foi realizada liberação do músculo transverso abdominal bilateralmente com preservação de perfurantes e feixe vasculonervoso, possibilitando fechamento de aponeurose posterior e fáscia transversalis, com posicionamento de tela de polipropileno 30x30 cm sobre aponeurose posterior e síntese de folheto anterior. Síntese e reconstrução de pele com serviço de Cirurgia Plástica e colocação de dreno.

Discussão

Diferentes métodos foram descritos com objetivo de se conseguir o fechamento fascial em pacientes com HIC e, assim tentar reduzir a morbidade da reconstrução e diminuir o risco de síndrome compartimental no pós-operatório.

O PPP é um procedimento recomendado para pacientes com grandes hérnias da parede abdominal, visando aumentar o espaço intra-abdominal para acomodar melhor o conteúdo herniado.

Apesar de incomum na prática diária, o TAR tem se mostrado uma boa opção para correção de defeitos complexos da parede abdominal, associada a baixos índices de recorrência. Obtém-se um aumento no volume abdominal que permite a redução do conteúdo da hérnia e restauração da parede abdominal, com menor alteração na função pulmonar no pós-operatório. Preconiza-se que a tela se estenda de oito a dez centímetros além da borda do defeito. A secção de nervos deve ser evitada, devendo-se também preservar a linha semilunar.

Referências Bibliográficas

1. DO AMARAL, M. V. F., et al.(2017). Transversus Abdominis Release (TAR) Robótico: é possível oferecer cirurgia minimamente invasiva para os defeitos complexos da parede abdominal? Revista Do Colegio Brasileiro de Cirurgioes, 44(2), 216–219.
2. FONSECA, L. M. da et al.(2019). Hérnias incisionais complexas - série de casos tratados com realização de pneumoperitônio progressivo pré-operatório. Relatos de Casos Cirúrgicos Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 5(1), 1–3.
3. DE MELO, R. M. (2013, March). “Hérnias complexas” da parede abdominal. Revista Do Colegio Brasileiro de Cirurgioes.

Palavras-chave: Hernia incisional complexa;Separação posterior de componentes;Transversus Abdominis Release (TAR).

O Tratamento cirúrgico de múltiplas hérnias da parede abdominal é factível?

EDUARDO VIDAL DE HOLANDA; LARYSSA ALMEIDA DE ANDRADE TENÓRIO; PEDRO FERNANDES LOUBACK; BERNARDO FONTEL POMPEU; LUIS FERNANDO PAES LEME. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Objetivo:

O presente estudo tem como objetivo realizar uma análise descritiva do perfil epidemiológico e assistência em saúde dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de múltiplas hérnias da parede abdominal em serviço de referência do estado de São Paulo.

Método:

Foi realizado um estudo retrospectivo, através da análise de prontuário eletrônico, selecionando todos os pacientes submetidos a tratamento de múltiplas hérnias da parede abdominal no serviço de Cirurgia Geral no período de Janeiro de 2021 a Março de 2022.

Resultados:

Foram avaliados 41 pacientes submetidos a correção cirúrgica de múltiplas hérnias da parede abdominal, dos quais 36 (87,8%) do sexo masculino e 5 (12,2%) do sexo feminino. Média de idade foi de 54,4 anos e nenhuma cirurgia foi em caráter de urgência. Dos 41 pacientes, 30 (73,1%) foram submetidos a hernioplastia inguinal bilateral, destas, 6 foram operadas em associação com outras hérnias, dentre elas: umbilical (3), epigástrica (1) e incisional (2). 11 pacientes foram submetidos a hernioplastia inguinal unilateral, destes, 8 associados a hernioplastia umbilical, 2 hernioplastia incisional e 1 a hernioplastia epigástrica e correção de hérnia de Spiegel, sendo corrigidas no mesmo tempo cirúrgico. O diagnóstico foi realizado com USG em 92,6 % dos casos e com exame físico em 7,4%. Apenas 1 paciente com relato de complicação pós operatória, apresentando hematoma. Nenhum com relato de recidiva e necessidade de reabordagem cirúrgica. Tempo de internação médio foi de 3 dias, sendo o mais prolongado de 8 dias, referente ao paciente submetido a correção de 3 hérnias, inguinal unilateral + epigástrica + Spiegel. 24 (58,3%) dos pacientes receberam alta ambulatorial, 14 (34,1%) segue em acompanhamento e 3 (7,3%) perderam o seguimento.

Conclusão:

Diante dessa análise descritiva, observa-se uma pequena incidência de complicações pós operatórias (2,4% dos casos), apresentando apenas um aumento discreto no tempo de internação, mostrando-se factível o tratamento de múltiplas hérnias da parede abdominal na mesma abordagem cirúrgica.

Palavras-chave: Hérnias da parede abdominal ;Múltiplas hérnias ;Cirurgia da parede abdominal .

PREFERÊNCIA DO CIRURGIÃO EM RELAÇÃO AO MÉTODO PRÉ-OPERATÓRIO PARA MENSURAR O VOLUME DO SACO HERNIÁRIO EM CIRURGIAS DE HÉRNIAS VENTRAIS COMPLEXAS

ROGER KALISTENE BARRA CABRAL¹; SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA²; ARNALDO COSTA DE MEDEIROS JUNIOR². 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE PROMATER, NATAL - RN - BRASIL.

OBJETIVOS

- 1 – Elucidar a preferência do uso dos métodos de Carbonell e Tanaka nas correções cirúrgicas de hérnias incisionais
- 2 – Compreender a fundamentação e a limitação no uso desses métodos nos procedimentos de correção de hérnia incisional

MÉTODOS

Com a fundamentação de compreender o uso dos métodos nas correções de hérnia incisional, segmentamos aspectos em levantamento epidemiológico a respeito do uso dos procedimentos de Carbonell e Tanaka. O levantamento epidemiológico em questão foi realizado por meio de plataforma digital, possuindo como público principal, médicos cirurgiões e médicos residentes de cirurgia geral da região nordeste do Brasil, em destaque os estados do Rio Grande do Norte e Ceará. Em analogia simples, o método de tanaka leva em consideração a proporção do volume do saco herniário em relação ao volume da cavidade abdominal. Para o método de Carbonell, a descrição refere-se ao fechamento direto do defeito, que não será viável se a largura máxima do defeito se aproximar ou exceder o dobro da largura do reto abdominal.

RESULTADOS

Em estudo, os resultados levantados, com um número total de 30 questionários, demonstraram que: 66,7% não utilizam nenhum método em questão; 13,3% preferem o método de Tanaka e 20% têm preferência pelo método de carbonell. Os dados estratificados em questão ainda estão em curso de estudo, sendo, portanto, essa quantificação um número amostral e parcial.

CONCLUSÃO

Portanto, com fito de discussão, percebe-se que ainda há limitada adesão a ambos os métodos, fato corroborado no levantamento inicial com a perspectiva epidemiológica deste estudo. Diante disso, tais fatos ainda podem ser explicados por questões acadêmicas nas atuais escolas de cirurgia espalhadas pelo nordeste, levantando, em questão, o embasamento teórico a respeito do conhecimento das técnicas de carbonell e tanaka, que, nesse estudo, demonstrou significativo desconhecimento de cirurgiões e residentes de cirurgia geral em questão.

Palavras-chave: HÉRNIA VENTRAL; CIRURGIA GERAL; PAREDE ABDOMINAL.

Reconstrução miocutânea com retalho do tensor da fáscia lata em lesão metastática de parede abdominal - Relato de caso

MAURA FURTADO BARBOSA FELIPE¹; MATHEUS CRUZ FERRARO¹; BRUNO AQUINO MARCELINO²; LUIZ HENRIQUE RIBEIRO BRAGA². 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL 9 DE JULHO, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Retalho miocutâneo do músculo tensor da fáscia lata (RMTFL) é uma vantajosa reconstrução em extensas lesões onde não seja possível o fechamento por primeira intenção, devido ao excesso de pele disponível, segurança do pedículo e da expectativa da porção cutânea ser até três vezes maior que as dimensões musculares. Este trabalho relata a aplicabilidade do RMTFL na cirurgia oncológica, em um paciente com histórico de neoplasia de bexiga (NB) com lesão metastática em parede abdominal acompanhada de dor e hérnia incisional. Vale ressaltar que o acompanhamento foi realizado pela oncologia clínica junto a urologia, sendo a conduta da cirurgia oncológica paliativa, com o objetivo de controlar recidiva local, melhorar a dor e qualidade de vida (QV). **RELATO DO CASO:** Homem, 56, com massa aderida e firme em fossa ilíaca esquerda (FIE). História prévia de NB, tratado com BCG em 2012. Em 2017, houve recidiva do tumor, submetido a cistectomia radical com método Bricker (MB) com prostatectomia radical. Pós operatório com necrose de estoma, sendo realizada ureterostomia cutânea. Após 4 meses, apresentou estenose de ureterostomia, realizando reabordagem com o MB. À tomografia de abdome: lesão de limites bem definidos, de contornos lobulados, 5,8 x 5,7 cm ao nível da FIE. Biópsia incisional constatou carcinoma pouco diferenciado de padrão mucinoso com áreas sólidas indiferenciadas invadindo o músculo esquelético. Paciente submetido a ressecção alargada de tumor de partes moles em parede abdominal, com enterectomia parcial e reconstrução com RMTFL à esquerda. Imunohistoquímica confirmou carcinoma urotelial de alto grau, com áreas de diferenciação grânulo/mucinoso metastática, indicando recidiva da NB, apontando um estágio avançado da doença. Evolução pós-operatória sem intercorrências, cicatrização favorável do enxerto miocutâneo e, atualmente está em acompanhamento com a oncologia clínica e urologia. **DISCUSSÃO:** O caso relata uma metástase musculocutânea na FIE 4 anos após o tratamento cirúrgico oncológico para NB, acompanhado de dor e herniação. Devido a hérnia incisional e a sintomatologia, optou-se pela ressecção, tratando-se de uma cirurgia oncológica paliativa com melhora da QV. Na cirurgia, parte do intestino estava aderido à parede abdominal, realizou-se enterotomia para analisar possível invasão intestinal. Após a exérese da lesão, devido à extensão acometida optou-se pela reconstrução miocutânea com RMTFL, já que o déficit funcional da área doadora é mínimo, sendo considerado um dos melhores e mais versáteis para extensões.

REFERÊNCIAS:

1- Nessif T, et al. Abdominal wall reconstruction with island tensor fascia lata miocutaneous flap after electrical burn: a case report. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 2009 2- Ramos RS, et al. Versatilidade do retalho musculocutâneo do tensor da fáscia lata. Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2008.43- Oliveira AF, et al. Tratado Brasileiro de Cirurgia Oncológica. 1º ed. SBCO, 2022.

Palavras-chave: Oncologia Cirúrgica; Enxerto de Pele; Metástase Neoplásica.

Reparo de grande hérnia ventral com perda de domicílio após pneumoperitôneo progressivo - um relato de caso

KAUÊ RUAN DE RESENDE; MARCELO MANAIA GONÇALVES FERNANDES. HCE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Hérnias ventrais de grande volume representam um desafio cirúrgico significativo. Relatamos o caso de uma paciente feminina, de 73 anos, com histórico de hipertensão de longa data, colelitíase e hérnia ventral em evolução há anos, com volume importante e progressivo. Na avaliação inicial, queixava-se de massa abdominal associada a desconforto leve e plenitude prandial precoce. A tomografia de abdomen total evidenciou hérnia ventral volumosa contendo metade do estômago e alças intestinais, em situação de perda de domicílio. Seguiu-se o planejamento cirúrgico com confecção de pneumoperitôneo com catéter intraperitoneal implantado com auxílio de ultrassonografia, após falha de confecção de pneumoperitôneo por cateter implantado por radiologia intervencionista, cuja progressão ocorreu instilando-se ar ambiente por uma semana, em frações de 1000ml, para um total de 7 litros. Houve importante aumento de continente abdominal em tomografias de controle, observando-se inclusive redução espontânea do conteúdo herniário. A paciente foi submetida a laparotomia para colecistectomia convencional e reconstrução de parede abdominal com hernioplastia ventral pela técnica de Rives-Stoppa modificada, sem intercorrências. Evoluiu sem queixas ou complicações em pós-operatório imediato, recebendo alta hospitalar quatro dias após o procedimento. Discutimos a indicação e técnicas de confecção de pneumoperitôneo progressivo no reparo de hérnias ventrais volumosas e suas potenciais complicações.

Palavras-chave: hérnia;pneumoperitôneo;perda de domicílio.

Sarcoma Pleomórfico Ulcerado em Parede Abdominal: Relato de Caso

JULIANA AFFONSO RODRIGUEZ; KATTIUCY GABRIELLE DA SILVA BRITO; EDARLAN BARBOSA DOS SANTOS; MARCELO SA DE ARAUJO; ORLANDO HIROSHI KIONO SIQUEIRA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Os sarcomas pleomórficos, considerados tumores indiferenciados, apresentam pouquíssima homogeneidade histológica sendo geralmente diagnóstico de exclusão, tendo grande ajuda da análise imunohistoquímica. O tratamento principal é a ressecção cirúrgica completa com margens amplas para diminuir as chances de recidiva local. Este pode ser complementado com radioterapia adjuvante, especialmente em casos de margens comprometidas. A quimioterapia pode ser utilizada com intenção paliativa em tumores metastáticos ou como tratamento neoadjuvante para reduzir o tamanho da neoplasia, visando a ressecção cirúrgica.

Paciente feminina de 61 anos, hipertensa, obesa, encaminhada ao ambulatório de cirurgia oncológica com queixa de lesão expansiva em abdome com crescimento progressivo há 1 ano e perda ponderal. Ao exame paciente em bom estado geral, hipocorada, abdome em avental, flácido, massa palpável em fossa ilíaca esquerda, endurecida, com área ulcerada com saída de pequena quantidade de conteúdo necrótico. Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de abdome que mostrava massa com densidade de partes moles, contorno irregular, realce heterogêneo e centro hipodenso, sugerindo necrose, medindo 15x11x16 cm, amplo contato com musculatura da parede abdominal e intensa circulação colateral marginal a lesão. Realizou biópsia incisional, cujo histopatológico demonstrou neoplasia maligna indiferenciada com acentuadas atipias e bizarras citológicas. Imunohistoquímica compatível com sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grau. Realizado TC de estadiamento sem evidência de lesão a distância.

Procura a emergência com relato de síncope e fraqueza. Ao exame abdome flácido, lesão ulcerada com saída de moderada quantidade de secreção de aspecto necrótico. Exame laboratorial com anemia grave e leucocitose. Optado pela internação hospitalar, hemotransfusão e antibioticoterapia venosa. Evoluiu com necessidade de hemotransfusão de repetição, sendo operada de urgência. Realizada ressecção da lesão com incisão elíptica, margem lateral de 4 cm da lesão. Ressecção da peça em monobloco com aponeurose de músculo oblíquo externo. Congelação com margens livres. Reconstrução com tela de marlex.

Anatomopatológico definiu sarcoma pleomórfico de alto grau com 25cm no maior diâmetro. Foco de comprometimento neoplásico em plano profundo. Pós-operatório com boa evolução clínica, hematimetria estável e alta hospitalar 5 dias após a cirurgia.

No momento paciente em radioterapia adjuvante e acompanhamento clínico.

Os sarcomas são a classe maligna dos tumores de partes moles e apresentam extensa ramificação de tipos histológicos, compreendem apenas pequena porcentagem de incidência entre todas as neoplasias malignas. Seu tratamento mais eficaz continua sendo a ressecção cirúrgica completa com margens amplas. Sendo importante reiterar estes fatos para o correto planejamento cirúrgico e seguimento, tentando assim melhorar o prognóstico desta neoplasia que cursa com evolução tão desfavorável.

Palavras-chave: Sarcomas; Neoplasias de Tecidos Moles; Parede abdominal.

TÉCNICA CIRÚRGICA DE HÉRNIAS DE PARDE ABDOMINAL: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DO POSICIONAMENTO DE TELA NO ATO CIRÚRGICO.

ROGER KALISTENE BARRA CABRAL¹; SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA²; ARNALDO COSTA DE MEDEIROS JUNIOR². 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE PROMATER, NATAL - RN - BRASIL.

OBJETIVOS

1. Compreender a aplicabilidade médica nas correções de hérnia de parede abdominal;
2. Elucidar a predileção de posicionamento entre médicos cirurgiões da região nordeste do Brasil;

MÉTODOS

Com fito de elucidar a predileção a respeito do posicionamento de tela no ato cirúrgico de correção de hérnia de parede abdominal, foram realizados levantamentos epidemiológicos através de plataformas digitais com o objetivo central de quantificar a preferência de médicos da região nordeste no ato cirúrgico. Nesse ínterim, foram questionados a respeito dessa preferência, as seguintes opções: *Onlay*; *Inlay*; *Sublay*; *Intraperitoneal*; *Individualizada*. Dessa forma, as opções propostas serviram como base para este estudo, com propósito de debater e compreender o ato cirúrgico desta técnica na região nordeste, bem como seus fatores limitadores que acabam por determinar e condicionar os indicadores de saúde da região nordeste do Brasil.

RESULTADOS

Como acima demonstrado, a técnica descrita como ***Onlay*** está em relativa preferência entre médicos cirurgiões na região nordeste do País. O número total (n) descrito neste levantamento é de 30. Esse dado é restrito visando uma melhor elucidação dos dados levantados, evitando assim, viés de escolha no método proposto para levantamento. O montante de 56,7% para ***onlay*** que estratifica esse como um método preferível no ato médico, haja vista que este percentual tem um percentual (n) de 17 entre 30 cirurgiões que responderam à pesquisa.

CONCLUSÕES

Portanto, tendo como base final este levantamento, conclui-se a elucidação da técnica de correção de hérnia de parede abdominal na posição *onlay* como a preferível entre os colaboradores deste levantamento. Nesse contexto, visando uma melhor resposta ao tratamento, esta técnica está diretamente associada a melhor resposta terapêutica, o que corrobora a preferência da maioria deste estudo em comparação com outras opções. Por fim, elucidar e compreender a preferência de cirurgiões a respeito das respectivas técnicas cirúrgicas esclarece uma melhor abordagem médica, fortalecendo a relação médico-paciente, pautando essa relação no elo entre a evidência científica e no bem estar do paciente.

Palavras-chave: HÉRNIA; PAREDE ABDOMINAL; CIRURGIA .

TÉCNICA DE PNEUMOPERITÔNIO SEGURO E ACESSÍVEL EM TRATAMENTO DE HERNIOPLASTIA INCISIONAL COMPLEXA

BRENO FARIA ARAUJO; MAYCON XAVIER DUARTE; PAULA LARISSA LEBRON DA SILVA; HEITOR BRAZIL FERLINI VIDAL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Objetivo: Desenvolver, em um hospital público de Belo Horizonte, uma técnica de confecção de pneumoperitônio de forma segura, a fim de minimizar os riscos para o paciente. Dessa forma, a utilização de materiais amplamente disponíveis em unidades hospitalares, associada a uma instalação menos complexa, garante uma técnica de alta segurança em sua execução. Além disso, assegura praticidade na introdução diária de gás intraperitoneal bem como baixo potencial infeccioso. **Método:** A técnica de Seldinger, utilizando o “kit de punção de acesso venoso central”, deve ser preferencialmente executada em bloco cirúrgico com técnica asséptica. Deve-se realizar uma incisão no terço distal a uma distância compreendida entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca anterossuperior esquerda, até que se acesse a aponeurose. Na sequência, utiliza-se o dilatador a fim de transpor este tecido de maneira segura e com baixo potencial traumático às estruturas intra-abdominais. Posteriormente, introduz-se o guia metálico e o cateter duplo ou monolúmen, fixado na pele, seguido de fechamento por planos. Nos dias subsequentes, a injeção de gás é realizada através do cateter com uma seringa de sessenta mililitros de forma progressiva de acordo com a tolerância do paciente. **Resultados:** Constatou-se que a técnica supracitada possui elevada segurança e, desde que aplicada com assepsia rigorosa, reduz riscos de uma punção com material potencialmente traumático. Além disso, o posicionamento do dispositivo permite uma manipulação diária simples, gerando mais conforto tanto para equipe cirúrgica quanto para o paciente. Minimiza, ainda, o potencial risco infeccioso de outros acessos alternativos. E por fim, dispõe de materiais facilmente disponíveis e de baixo custo nas unidades de saúde dos sistemas públicos ou privados. **Conclusões:** A terapêutica das hérnias incisionais complexas envolve um procedimento cirúrgico que requer planejamento, sendo estas afecções de difícil tratamento e com elevado potencial de complicações. Dentre as complicações, destaca-se a síndrome compartimental abdominal que pode ser evitada com realização de pneumoperitônio prévio e progressivo. Portanto, a técnica de Seldinger com cateter de acesso venoso central permite a padronização do método de confecção de pneumoperitônio de forma segura e amplamente disponível.

Palavras-chave: hérnia incisional; Pneumoperitônio artificial; técnica cirúrgica.

TECNICA DE SCOLA (ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA SUBCUTÂNEA PRÉ-APONEURÓTICA): REPARO DE HÉRNIA UMBILICAL, VENTRAL E DIÁSTASE DOS RETOS ABDOMINAIS.

EDISON ROBERTO NUÑEZ; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; DELTA MADUREIRA FILHO; PATRICK ALEXANDER DURAN ACOSTA; ESTEBAN VIVAS ERAZO; DAVID ALEJANDRO GUZMAN SANCHEZ. PUC RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução:

Defeitos na parede abdominal incluem diástase dos músculos retos abdominais (DMRA), hérnias da linha média (umbilical e epigástrica) e hérnia incisional.

A DMRA não representa uma hérnia verdadeira e, portanto, não requer necessariamente um reparo. O manejo conservador com perda de peso e exercícios é reconhecido como tratamento de primeira linha. Entretanto, diante de pacientes que não apresentam melhora como a terapêutica conservadora, sintomáticos ou com outras hérnias associadas, o tratamento cirúrgico é a escolha.

E por isso, que o presente vídeo tem como objetivo descrever a técnica de SCOLA (*Subcutaneous Onlay Laparoscopic Approach*) para a correção de hérnias ventrais combinada com a plicatura da diástase dos retos abdominais.

Descrição do Vídeo

Previo infiltração da pele com anestésico local, foi realizado uma dissecação roma na região suprapúbica possuindo 11 mm. Foi elaborado o pneumosubcutâneo com 10 mmHg de pressão e coloca-se mais 3 punções de 5 mm em hipogástrico.

Começamos com a dissecação do tecido subcutâneo até alcançar a aponeurose anterior do músculo reto do abdome. Com auxílio de uma pinça com garra na mão esquerda e gancho (ou tesoura) conectado ao eletrocautério na mão direita, o tecido celular subcutâneo é dissecado tanto superior quanto lateralmente da aponeurose anterior, mais diante encontra-se uma hérnia umbilical e ventral, se realiza dissecação e redução das hérnias com secção do saco herniário, a dissecação progride até alcançar o xifoide medialmente e rebordos costais lateralmente. Uma vez criado o espaço suficiente procede-se a realizar as rafias dos defeitos herniários com vycril 0 e depois a correção propriamente dita da diástese dos retos com sutura V-LOCK 2.0 continua, aproximando na linha média em sentido crânio - caudal as bordas do músculo reto abdominal direito e esquerdo. A sutura deve se estender desde o xifoide até pelo menos 2-3 cm abaixo do umbigo. Depois da plicatura foi introduzida uma tela de polipropileno, previa medição, no espaço e fixada com prolene 3.0, o umbigo é refixado novamente com aponeurose dos retos com ponto simples.

Finalmente se realiza lavado e aspirado do espaço com colocação de dreno pela incisão do portal de 5mm.

O paciente evolui com alta em 24 horas, com dreno, dipirona e luftal. O retorno ocorreu depois de 15 dias, com 15 ml drenados e o dreno foi retirado no mesmo dia.

Discussão

Várias opções para o tratamento concomitante de hérnias abdominais associadas com a DMRA têm sido descritas, neste caso apresenta-mos a técnica de SCOLA, que consiste na colocação de uma tela maior em posição pré-aponeurótica e ausência de incisões de relaxamento. As principais vantagens são diminuir as complicações de ferida operatória e o resultado estético com menor tempo de hospitalização. Com nossa experiência neste caso e segundo a literatura encontrada, acreditamos que a técnica SCOLA é útil, segura e reproduzível em paciente com hérnias da parede abdominal associada à DMRA.

Palavras-chave: DMRA: Diástase dos Músculos Retos Abdominais ;SCOLA: Subcutaneous Onlay Laparoscopic Approach;HERNIA UMBILICAL E VENTRAL.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA INCISIONAL LOMBAR COMPLEXA COM PERDA DE DOMICÍLIO ATRAVÉS DE ABORDAGEM ABERTA PRÉ-PERITONEAL + "TAR REVERSO"

LIVIA BREUSTEDT LEIG¹; JÉSSICA GONÇALVES DE MEDEIROS¹; CAROLINA VICENTE DA SILVA GONÇALVES DE SEQUEIROS¹; LAURA BARROS ALVARENGA¹; LEONARDO DE OLIVEIRA CARVALHO¹; FLAVIO MALCHER M. DE OLIVEIRA²; GUSTAVO SAMPAIO PEREIRA ROCHA¹. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO / UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE NOVA YORK, NOVA YORK - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA.

INTRODUÇÃO

As Hérnias Incisionais Laterais (HIL) são menos frequentes que as hérnias ventrais e sua incidência varia de 8 - 57%. Apresentam maior dificuldade de reparo devido à proximidade com estruturas ósseas (que comprometem o "overlap" da tela); a dificuldade em isolar o peritônio do folheto posterior do músculo reto abdominal e a possível desnervação de musculatura associada. Frente ao desafio técnico, diversas abordagens abertas e laparoscópicas/robóticas têm sido utilizadas, sendo as pré-peritoneais as principais técnicas escolhidas atualmente.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 66 anos, obesidade grau II, submetida à nefrectomia total aberta à esquerda há 3 anos. Após 6 meses, evoluiu com abaulamento progressivo e doloroso em topografia da cicatriz lombar.

Tomografia computadorizada (TC) de abdome realizada no pós-operatório (PO), evidenciou volumosa hérnia lombar complexa à esquerda com perda de domicílio. Submetida à cirurgia eletiva sob bloqueio anestésico + anestesia geral. Posicionada em decúbito lateral direito, realizada incisão sobre cicatriz lombar prévia e dissecação por planos até o espaço pré-peritoneal. Uma vez acessado o espaço pré-peritoneal seguiu-se a dissecação medialmente até a altura da linha semilunar (LSL) onde foi identificado o folheto posterior do músculo reto abdominal esquerdo. Feita incisão 1-2cm medial à LSL alçando-se o espaço retro-muscular (retro-retal) Sub-lay, obtendo-se generoso espaço no qual foi colocada tela de polipropileno de média gramatura microporosa 30 x 30 cm, ancorando-a com pontos de poliglactina 1. Drenos tubulares de aspiração contínua foram colocados nos espaços pré peritoneal e subcutâneo, seguidos do fechamento por planos, curativo compressivo e reforço com cinta abdominal. A paciente desde o término da cirurgia até o quinto dia PO necessitou de O2 suplementar, evoluindo com pneumonia nosocomial. Apresentou ótima resposta à antibioticoterapia empregada, tendo alta hospitalar no 17o dia PO.

DISCUSSÃO

Incisões lombares apresentam alto risco de lesão nervosa, com consequente desnervação da musculatura lateral do abdome causando abaulamento ("bulging"). Tal abaulamento pode estar associado à presença de HIL. Sendo assim, a realização de TC de abdome com manobra de Valsalva se torna fundamental na investigação do caso. Aplicamos na abordagem cirúrgica conhecimento adquirido na separação posterior de componentes (Tranversus Abdominis Release - TAR), em que após acesso ao espaço retro-muscular (retro-retal) fazemos a liberação do músculo transversos através de incisão próxima à LSL.- O termo "Reverse TAR" é assim chamado uma vez que iniciamos a técnica lateralmente, acessando o espaço pré-peritoneal e daí progride-se medialmente em direção ao reto abdominal, no qual fazemos uma incisão no seu folheto posterior acessando ao espaço retro-muscular.

A opção pelo espaço descrito foi consequente à dificuldade encontrada por vezes em acessar o espaço pré-peritoneal posterior ao m. reto-abdominal.

Palavras-chave: TAR REVERSO; HÉRNIA INCISIONAL LATERAL; HÉRNIA LOMBAR COMPLEXA.

Tratamento da Hérnia Ventral Laparoscópica ou Abordagem Aberta?

ESTEBAN WILFREDO VIVAS ERAZO. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE RÍO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - COLOMBIA.

Introdução

Existem muitas técnicas diferentes atualmente para o reparo da hérnia ventral. Com a implantação de técnicas minimamente invasivas, a hernioplastia ventral aberta tem sido questionada devido às grandes incisões abdominais, disseções extensas, grandes retalhos, mobilização muscular e necessidade de uso de drenos que levam ao aumento da morbidade e complicações pós-operatórias da ferida.

O estudo é adaptado a uma revisão sistemática das evidências presentes na literatura científica sobre o tratamento da Hérnia Ventral, destacando as vantagens ou desvantagens da realização da abordagem laparoscópica ou aberta, entre 2000-2021.

Resultados

A hérnia ventral é definida como a protrusão das vísceras através da parede abdominal enfraquecida cirurgica ou traumáticamente; às vezes, geralmente é de etiologia congênita.

Para o ano de 2014, foi realizado um estudo de coorte pela AMC onde foram comparados os resultados de duas abordagens para correção de hérnia ventral: técnica laparoscópica (A) e abordagem aberta tipo RivesStoppa. (B) realizado durante um período de 5, integrou um total de 102 pacientes, divididos em dois grupos aleatórios, o primeiro de 48 pacientes operados de hérnia ventral pela técnica laparoscópica e o segundo de 54 pacientes operados pela técnica aberta; onde avaliaram diferentes itens como tempo cirúrgico, tipo de hérnia, tamanho do defeito, complicações e conversão para laparoscopia e recidiva. Os resultados obtidos foram por tempo cirúrgico médio: 60 vs 80 minutos, laparoscópico ou aberto, respectivamente. O tamanho do defeito herniário foi de 6-10 cm, 10-15 cm e maior que 15 cm para os grupos A e B. A permanência A média de permanência hospitalar foi 24 horas em 60% do grupo A e 5 a 7 dias em 60% dos pacientes do grupo B.

Alguns dos principais fatores envolvidos em relação ao aparecimento de complicações pós-cirúrgicas; são o tipo de técnica cirúrgica utilizada, as próprias condições do paciente (diabetes, obesidade, tabagismo, etc.) o uso de telas e o tempo operatório, entre outros. As complicações da correção cirúrgica da hérnia ventral, as mais encontradas, são a infecção do sítio operatório, que varia de 4 a 5%, e os distúrbios do sítio operatório (seroma, hematoma e granuloma) de 5,5% com a técnica aberta e 1,2% com a laparoscópica.

Conclusão

As hérnias são patologias muito frequentes sendo o seu único tratamento curativo a cirurgia. A correção de hérnia ventral laparoscópica é uma técnica reprodutível que relatou resultados equivalentes ou mesmo superiores à abordagem aberta em relação à dor pós-operatória, permanência hospitalar, recorrência, complicações gerais e da ferida. Os resultados obtidos neste trabalho como na maioria dos revisados mostram uma vantagem significativa da abordagem laparoscópica, porém tem uma desvantagem em relação ao seu custo em relação à abordagem aberta e o difícil acesso dessas técnicas em países com poucos recursos.

Palavras-chave: pared abdominal;hernia vetral ;laparoscopica.

Um relato de hérnia incisional em pórtico umbilical com perda de domicílio após colecistectomia laparoscópica: Fatores de risco, preparo prévio e abordagem cirúrgica.

RAFAEL STELMAN DE JESUS ARAUJO; MARINA MARTINS CAMARA; MARCO ANTONIO BANAL XAVIER. HOSPITAL DE ENSINO ALCIDES CARNEIRO, PETRÓPOLIS - RJ - BRASIL.

A laparoscopia apresenta maior precisão, melhor visão do campo cirúrgico e possibilidade de identificar as menores estruturas abdominais, porém, a incidência de hérnia incisional ainda é alta. Muitos pacientes, apesar da pequena incisão, desenvolvem defeitos incisionais complexos que crescem rapidamente, criando situações às vezes complexas. Além disso, obesidade, esperas excessivas para cirurgia exacerbam essa situação. Nosso relato trata-se de uma paciente 49 anos, hipertensa, obesa, submetida à colecistectomia videolaparoscópica há 12 anos e evoluiu com hérnia incisional em região umbilical de grande volume. Como preparo pré-operatório realizamos aplicação de toxina botulínica como descrito por Ibarra-Hurtado. Diluímos 200U de Botox em 20ml (20U/ml), com ultrassom infiltramos 2ml em cada ponto com um total de 10 ml em cada flanco totalizando 100U em cada lado do abdome. TC de controle após 30 dias das aplicações, mostrou redução de espessura de músculos da parede abdominal, além disso, aceitava bem colocação de pesos abdominais até 35kg e mantinha fisioterapia respiratória regular. Não optamos realizar pneumoperitônio progressivo devido ao grande volume da hérnia e o risco de iatrogenia. Realizou hernioplastia incisional e dermolipectomia dia 28/03/2022, ressecado o saco e reduzido o conteúdo à cavidade. Fixada tela de polipropileno subaponeurótica e intramuscular sobre a fáscia transversalis. Saiu do centro cirúrgico sedada, com aminas e diurese satisfatória (PIA: 15 mmhg), no dia 30/03/2022 evoluiu para anúria e piora hemodinâmica (PIA: 20 mmhg), optou-se conduzi-la novamente ao centro cirúrgico para abordagem de urgência. Feito abertura na incisão prévia, evisceração contida por tela dupla face e incisões de relaxamento porém sem melhora, evoluiu com PCR não responsiva e óbito em sala. Um estudo indica a significância de fatores de risco para hérnia incisional: idade avançada (>70 anos), obesidade, diabetes mellitus, infecção da ferida, obesidade, sexo feminino, nossa paciente apresentava apenas o gênero e a obesidade, porém essa última parece ser dominante. A toxina botulínica parece ser boa opção no preparo para hernioplastia e a técnica realizada foi semelhante a outros grupos. Segundo estudos o tempo de duração do efeito da toxina botulínica é de 6 a 9 meses com pico nas primeiras 2 semanas o que corroborou com o intervalo aplicação-hernioplastia desse caso, porém faltam estudos mais robustos para concretizar essa hipótese. A síndrome compartimental é uma entidade clínica possivelmente fatal não raro em casos de correções de defeitos com grandes conteúdos herniados, e por mais que haja preparo adequado, nem sempre é suficiente. Tudo que está na literatura relacionado ao pré-operatório foi realizado. Poderia se pensar em uma abordagem cirúrgica prévia para obesidade com perda de peso antes da cirurgia, porém dosando prós e contras, tempo de fila na saúde pública e morbidade da hérnia no estilo de vida, a correção seria válida.

Palavras-chave: Hérnia incisional;toxina botulínica;pré operatório.

Abordagem cirúrgica da Síndrome do Ligamento Arqueado Mediano - Relato de Caso

RAFAEL PRADO PESSOA; MARCUS EDUARDO V. M. MARTINS COSTA; LUIZA BRAGA FIGUEIREDO; IZABELLA ELIAS CORTAT; SARAH MARIA LEMOS DE CAMPOS; JOÃO PAULO DE ARAÚJO PELEGRINI; JÚLIA DE OLIVEIRA E SOUSA. CVE - CLÍNICA CIRÚRGICA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO

A síndrome do ligamento arqueado mediano (SLAM) ou de Dunbar, é uma condição rara caracterizada pela compressão extrínseca do tronco celíaco (TC) pelo ligamento arqueado (LAM). Ocorre em 20% da população, porém apenas uma parcela se manifesta clinicamente.¹ Predomina no sexo feminino (3:1), de 18 a 30 anos.⁵

Foi descrita pela primeira vez por Harjola³ em 1963. Dunbar et al. em 1965 relatou uma série de 15 pacientes com angina abdominal, dos quais 13 foram submetidos à descompressão cirúrgica (DC) do TC com melhora algica.⁴

No quadro clínico há dor abdominal crônica, desencadeada ou agravada pela alimentação, causando jejum prolongado e consequente perda ponderal. O diagnóstico é de exclusão, sendo a ultrassonografia abdominal com doppler o primeiro exame a ser realizado.¹, e a angiografia o padrão-ouro.⁵

O tratamento consiste na DC do TC, seccionando o LAM para restaurar o fluxo sanguíneo do TC por videolaparoscopia (VLP), robótica ou à céu aberto, sendo a VLP considerada a de menor morbimortalidade.^{1 2}

DESCRIÇÃO DO CASO

ANVB, 45, homem, com dor abdominal crônica e intermitente, com inúmeras idas ao pronto atendimento para analgesia venosa. Sem achados significativos aos exames físico e complementares. Realizada angiotomografia de abdome com evidência de compressão do TC pelo LAM. Foi indicada cirurgia.

O procedimento foi realizado por VLP. Iniciada cirurgia por dissecação de pequena curvatura gástrica com identificação de artéria gástrica esquerda. Identificado e dissecado anteriormente o TC e seus ramos. Realizada dissecação de pilares diafragmáticos até retroperitônio com visualização da aorta abdominal. Identificadas e seccionadas aderências fibróticas entre aorta e TC, com imediato ingurgitamento arterial, confirmando aprisionamento de fluxo pelas mesmas. No pós-operatório o paciente apresentava-se com resolução completa do quadro clínico prévio.

DISCUSSÃO

A SLAM, apesar de rara, tem seus relatos de casos aumentados nos últimos anos, possivelmente devido ao uso generalizado de exames de imagem.²

Pacientes com apresentação sintomática clássica apresentam o melhor resultado pós operatório.² A técnica descrita neste relato foi a VLP, que apresentou resultados satisfatórios no controle algico do paciente e melhora em sua qualidade de vida.

Referências

- 1-Schwermann et al. Tratamento laparoscópico da síndrome do ligamento arqueado. Relatos Casos Cir. 2019;5(3):e2207
- 2-Coelho JCU et al. Treatment of median arcuate ligament syndrome: outcome of laparoscopic approach. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2020, v. 33, n. 01
- 3-Harjola PT. A rare obstruction of the coeliac artery. Ann Chir Gynaecol Fenniae. 1963;52:547. PMID:14083857.
- 4-Dunbar JD, Molnar W, Beman FF, Marable SA. Compression of celiac trunk and abdominal angina. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1965;95(3):731-44.
- 5-Santos GM; Viarengo LMA; Oliveira MDP. Celiac artery compression: Dunbar syndrome. J. vasc. bras., 2019, v. 18, e20180094.

Palavras-chave: Síndrome de Dunbar; Compressão do tronco celíaco ; Síndrome do Ligamento Arqueado Mediano .

Abordagem cirúrgica simultânea de hérnia de Amyand e colecistectomia em paciente com miocardiopatia isquêmica grave – relato de caso

RODOLFO CHIERICI MOULIN; CAMILLY PETRI PEREIRA; GABRIELY PINHEIRO LEITE VIEIRA; GERLIANO MARÇAL DA LUZ GONÇALVES; ANDRÉ VICTOR GUUVÊA BASTOS; JÚLIA TINOCO DOS SANTOS ALMEIDA. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

A hérnia de Amyand é um tipo raro de hérnia inguinal, caracterizada pela presença do apêndice cecal dentro do saco herniário, podendo o apêndice estar normal, perfurado, inflamado ou necrosado. Já a colecistite litiásica aguda é uma patologia que consiste em inflamação da vesícula biliar devido estase biliar causada por obstrução do fluxo da secreção por cálculos. Tais condições necessitam de abordagens cirúrgicas para suas resoluções, e quando abordadas simultaneamente, levam a um aumento da resposta endócrino metabólica ao trauma, uma vez que, quando feitas por laparotomia, são incisões e manipulações cirúrgicas em sítios diferentes. Esse artigo tem como objetivo relatar a condução de abordagem cirúrgica de hérnia de Amyand simultânea com uma colecistectomia laparotômica por colecistite litiásica aguda, realizado pelo serviço de cirurgia geral da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo. Além de fornecer uma revisão de literatura sobre o diagnóstico e tratamento das condições citadas.

Palavras-chave: HÉRNIA DE AMYAND; COLECISTITE LITIÁSICA AGUDA; APENDICITE.

ADRENALECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCÓPICA PARA INCIDENTALOMA DE 11CM

CARLOS ALBERTO VIANA VIEIRA JÚNIOR; BRUNA PINHEIRO SARAMAGO DE ANDRADE; ELISIANE RODRIGUES GARIOLI; JOÃO GABRIEL DA SILVEIRA LINS; RODRIGO FONSECA DACCACHE DE ALMEIDA BRITTO; THAÍS XAVIER DIREITO; THIAGO BOECHAT DE ABREU; MARCIO PINTO MAXIMO BALIEIRO. HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Adenoma de adrenal é uma neoplasia benigna, podendo secretar esteróides independentemente do ACTH ou do sistema renina-angiotensina. Pode ser responsável por hipercortisolismo e hiperaldosteronismo, não comumente associado a virilização ou feminização. Em maior parte, acabam sendo diagnosticados a partir de achados radiológicos ocasionais, sendo denominados como incidentalomas, uma vez que 85% são considerados não funcionantes. Uma minoria dos pacientes, no entanto, acaba por apresentar sintomas oriundos de desregulação hormonal, sendo a principal alteração relacionada a distúrbios do cortisol.

RELATO DO CASO: P.A.S., feminina, 69 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica em tratamento regular, comparece ao ambulatório da I Clínica Cirúrgica do Hospital Federal de Bonsucesso dia 17/11/2021 com queixa de dor abdominal em flanco esquerdo. Foi realizada tomografia computadorizada, evidenciando volumosa formação expansiva heterogênea, com discreto espessamento parietal, em hipocôndrio esquerdo, medindo 9,9x8,8x9,2 cm, sem realce expressivo ao método. Mantendo contato inferior com o polo superior do rim esquerdo, anterior com a cauda pancreática, posterolateral com o baço e com epicentro na loja da adrenal deste lado. Além de Ressonância magnética com massa expansiva heterogênea, com sinal predominantemente em T2, com capsula espessa e captação periférica pelo contraste venoso, medindo 11x9cm.

Paciente avaliada pela endocrinologia que aventou hipótese diagnóstica de adenoma de adrenal esquerda não funcionante, após dosagem de hormônios. Sendo submetida a videolaparoscopia no dia 23/03/2022, com visualização de lesão cístico-sólida em adrenal esquerda, com aderência firme em cauda pancreática anterior, aderido a polo superior do rim esquerdo, não visualizada linfonodomegalia e ou implantes secundários.

Realizada adrenalectomia esquerda laparoscópica, sem intercorrências. Paciente com evolução satisfatória no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 5º dia após cirurgia. Diante a análise histopatológica foi confirmada o diagnóstico de adenoma de adrenal de 10,5 cm, acompanhando-se o caso ambulatorialmente.

DISCUSSÃO: Diante do diagnóstico de incidentaloma adrenal unilateral sintomático o tratamento cirúrgico, mostra-se como um método seguro e efetivo, sendo recomendado quando a lesão se encontra maior de 4 cm. Em lesões maiores de 10cm é recomendada abordagem por cirurgia convencional de acordo com a bibliografia atual. Contudo, tal limite é discutível, assim, optou-se por cirurgia laparoscópica, por apresentar melhor resposta endocrino-metabólica e com menor tempo de hospitalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Young, W. F., Kebebew, E. Evaluation and management of the adrenal incidentaloma. UpToDate, 2019.
- Lacroix, MDACROIX, MD et al. **Clinical presentation and evaluation of adrenocortical tumors**. UpToDate. 2014, revisado em 2022. p. 26.
- Roman, S. et al. **Surgical anatomy of the adrenal glands**. UPtoDate, 2022.

Palavras-chave: Suprarrenal;Adrenalectomia;Adenoma.

Apendicectomia Videolaparoscópica por Corpo Estranho Metálico Intraluminal: Relato de Caso

GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA; ALESSANDRA MARGOT LUQUE GÓMEZ; LUCAS LAMEIRÃO PINTO DE ABREU ROSAS; IGOR BOECHAT TINOCO MARTINS; DOUGLAS DE ANDRADE CRISTINO; CARLOS MANOEL PEDRA PETTO GOMES; WILLIAM FREDERIC DE ARAUJO WILLMER; PAULO ROBERTO FALCAO LEAL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é uma patologia comum que afeta todas as faixas etárias. As causas normalmente incluem fecalitos, infecções, tumores. Entretanto, a apendicite ocasionada por um corpo estranho é rara. Na maioria dos casos, os objetos ingeridos passam pelo Trato Gastrointestinal (TGI) de forma assintomática. No entanto, em cerca de 0,005% dos casos eles podem se alojar no apêndice vermiforme. Nos casos de objetos pontiagudos, as chances de complicações como perfuração e um processo inflamatório são maiores do que com objetos rombos, que costumam cursar com uma clínica mais indolente. A apresentação clínica pode demorar entre horas e anos para se manifestar. O objetivo deste trabalho é relatar um caso atípico de acometimento de um corpo estranho em apêndice, sem diagnóstico clínico e histopatológico de apendicite.

RELATO DE CASO

M.C.S.P, feminina, 67 anos, em acompanhamento com o serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) devido a artrite psoriásica, apresentou em radiografia de pelve uma imagem radiopaca que parecia corresponder a um parafuso. Solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome sem contraste, que revelou pequeno objeto metálico e pontiagudo na topografia da porção distal do apêndice, sem sinais de perfuração ou processo inflamatório. Paciente foi encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Geral e durante avaliação negou a ingestão de quaisquer objetos metálicos e demonstrou-se assintomática. Realizou exames laboratoriais que não apresentaram alterações. Foi submetida a apendicectomia videolaparoscópica, sem intercorrências e encontrado um parafuso em seu interior. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem complicações e com alta hospitalar no dia seguinte. O laudo histopatológico do apêndice não evidenciou processo inflamatório.

DISCUSSÃO

A apendicite aguda causada por um corpo estranho é extremamente rara e existem poucos casos relatados na literatura. O quadro pode cursar com uma clínica mais indolente ou até mesmo sem sintomas. Dos casos relatados, a maioria demonstra que com objetos pontiagudos, o quadro costuma ser mais inflamatório com maior probabilidade de perfuração. No presente caso, a paciente se encontrava assintomática, apresentando a suspeita apenas após um exame de imagem de rotina. Foi submetida a apendicectomia videolaparoscópica com o intuito de evitar complicações posteriores como perfuração ou inflamação.

Palavras-chave: apendicectomia; corpo

estranho; laparoscopia.

APENDICITE DO LADO ESQUERDO EM PACIENTE COM MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL CONGÊNITA: RELATO DE CASO

EDGAR FREITA NDUNDUMA SAMONGE; SOPHIA GARCIA; THERESA RODRIGUEZ; AFONSO DOS SANTOS BUNGA; WILLIAM FREDERIC DE ARAUJO WILLMER. INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Apendicite aguda (AA) é uma das urgências cirúrgicas mais frequentes. Porém, os sintomas típicos e as alterações laboratoriais compatíveis podem estar ausentes. Nestes casos, a investigação de imagem é útil para estabelecer um diagnóstico correto. Por outro lado, a má rotação intestinal é condição rara congênita causada pela ausência ou rotação incompleta do intestino delgado durante o período embrionário em que o intestino primitivo se dispõe adiante da cavidade abdominal, e ao retornar, o intestino grosso faz normalmente uma rotação anti-horária, enquanto o ceco assenta-se no quadrante inferior direito. Em alguns pacientes, descobre-se a má rotação incidentalmente como parte da avaliação de outro problema. Relatamos e discutimos caso de uma paciente de 21 anos de idade do sexo feminino com história de dor abdominal periumbilical acompanhada de náuseas; no pronto socorro. O equipe realizou tomografia abdominal e foi diagnosticada com apendicite aguda e má rotação intestinal, uma doença muito rara na idade adulta

Palavras-chave: Má rotação intestinal ;apendicite ;laparoscopia.

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL METASTÁTICO SEM LESÃO PRIMÁRIA IDENTIFICADA – RELATO DE CASO

FRANCISCO PEREIRA DE MESQUITA; VICTOR PERRUCHO PIERONI; DÁLIA ELISA DA COSTA LOPES; MARCELA LEVY; PAULA DIAS CUSTÓDIO; VINICIUS HUMBERTO DE SOUZA VICUÑA; PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES; RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: O carcinoma de células de merkel (CCM) ou carcinoma neuroendócrino cutâneo é uma neoplasia rara, agressiva e de mau prognóstico, que usualmente cursa de forma assintomática e rápida evolução. Mais comumente surge em pacientes do sexo masculino, caucasianos e idosos, na forma de lesões cutâneas, em áreas da pele expostas ao sol. Em até 12% dos casos pode ocorrer sob a forma de metástases linfonodais, sem manifestações cutâneas reconhecidas. A taxa de sobrevida em pacientes com diagnóstico precoce é em torno de 81%. O diagnóstico é confirmado por exame histopatológico e características imuno-histoquímicas específicas, como a presença de células neuroendócrinas e epiteliais. A alta expressão da proteína Ki-67 nas células neuroendócrinas pode estar relacionada a pior prognóstico da doença, ao contrário do caso relatado, onde a sua expressão foi de apenas 20%.

Relato de caso: Neste trabalho é relatado um caso especialmente atípico, com importante dissociação clínica da literatura, acompanhado no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal Cardoso Fontes, onde a apresentação da doença foi unicamente sistêmica, na forma de metástases hepáticas e linfonodomegalias abdominais, sem foco primário cutâneo identificado, tendo sido questionada possível regressão da lesão de pele primária. São relatadas as etapas de investigação diagnóstica e o desfecho clínico do caso.

Discussão: É realizada uma revisão da literatura, destacando-se semelhanças e, principalmente, discordâncias com o caso relatado. A importância deste relato está na sua apresentação atípica e baixa suspeição clínica, o que levou ao diagnóstico tardio e já em estágio avançado de doença.

Referências:

1. Cogshall K, Tello TL, North JP, Yu SS. Merkel cell carcinoma: An update and review: Pathogenesis, diagnosis, and staging. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Mar;78(3):433-442. doi: 10.1016/j.jaad.2017.12.001. Epub 2017 Dec 9. PMID: 29229574.
2. Marcoval J, Ferreres JR. Clinical Features of Merkel Cell Carcinoma. *Actas Dermosifiliogr*. 2017 Nov;108(9):887. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2017.04.020. Epub 2017 Jun 29. PMID: 28669412.
3. Dañino-García M, Domínguez-Cruz JJ, Pérez-Ruiz C, Conejo-Mir J, Pereyra-Rodríguez JJ. Clinical and Epidemiological Characteristics of Merkel Cell Carcinoma in a Series of 38 Patients. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019 Jun;110(5):360-365. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2018.09.007. Epub 2018 Oct 28. PMID: 30376954.
4. AJCC Cancer Staging Manual, 8ª ed, Springer, New York 2016. p.240.
5. Vandeven N, Lewis CW, Makarov V, Riaz N, Paulson KG, Hippe D, Bestick A, Doumani R, Marx T, Takagishi S, Chan TA, Choi J, Nghiem P. Merkel Cell Carcinoma Patients Presenting Without a Primary Lesion Have Elevated Markers of Immunity, Higher Tumor Mutation Burden, and Improved Survival. *Clin Cancer Res*. 2018 Feb 15;24(4):963-971. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-17-1678. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29246939; PMCID: PMC5815931.

Palavras-chave: Carcinoma de células de merkel;Carcinoma neuroendócrino utâneo;Metástases hepáticas.

Cavectomia e nefrectomia em monobloco para abordagem de leiomiossarcoma de veia cava inferior: relato de caso

ANDRÉ MACIEL DA SILVA; ADRIANA DE FREITAS FANTINELLI; PRISCILA FONSECA DE SOUSA; PEDRO HENRIQUE SALGADO RODRIGUES; RODRIGO M. JAPIASSÚ GONÇALVES. HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: Com apenas 300 casos relatados na literatura a partir de 1871, o leiomiossarcoma de veia cava inferior segue classificado como neoplasia muito rara. Somente 2% de todos os leiomiossarcomas são vasculares, sendo, dentre estes, os venosos cinco vezes mais comuns.

Caso clínico: Paciente de 49 anos, sexo feminino, mastectomizada em 2016 e 2018 (tumor filoides), relata dor em flanco direito, que irradiava para dorso e mesogastro iniciada em junho de 2021. TC de abdome e pelve em 10/01/2022 com formação expansiva, heterogênea localizada no retroperitônio à direita, na topografia da veia cava inferior e indissociável do lobo caudado do fígado, da veia renal esquerda e da artéria renal direita, de 5,8 x 4,5 cm. **Planejamento:** Foi realizada venografia prévia para identificação de colateralização vascular que possibilitasse a ressecção completa da massa em monobloco com o rim direito e suprarenal direita, sem que houvesse prejuízo às estruturas vizinhas. Após visualização da perviedade de veias lombares que supriam o rim esquerdo além da veia esquerda (que seria sacrificada), foi indicada a cirurgia.

Técnica cirúrgica: realizada laparotomia explorada com identificação da massa adjacente ao rim direito, compatível com a veia cava inferior. Realizado controle vascular proximal e distal da veia cava inferior, foram ligados os vasos renais e suprarenais direitos e a veia renal esquerda. A peça foi removida em monobloco, com margens macroscópicas livres, não tendo sido realizada inserção de prótese vascular. Durante o pós operatório, a paciente evoluiu sem intercorrências, não tendo prejuízo de sua função renal em nenhum momento, recebendo alta hospitalar sem quaisquer complicação. **Discussão:** O leiomiossarcoma da veia cava inferior costuma ter mau prognóstico. O tamanho do tumor é um dos principais fatores prognósticos, sendo que a sobrevida pode variar de 30 a 53% em cinco anos nos paciente submetidos à ressecção com margens livres. Não há evidências de benefício do tratamento com quimioterapia ou radioterapia, sendo a cavectomia, com adequado estudo vascular prévio, para correto planejamento, a melhor opção até o momento.

Referências Bibliográficas:

Fonseca MSM, Cardoso L, Lima GRA, Liberato AP, Silveira MC, Ramos LEL, et al. Leiomiossarcoma de veia cava inferior: um relato de caso. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2018;20(2):110-2. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i2a11

Lino Luis Sanches Lorangeira, TCBC-PR1 ; Naja Nabut2 ; Alda L. Guembarovski3. Leiomiossarcoma de veia cava inferior. Rev. Col. Bras. Cir.Vol. 33 - Nº 2, Mar. / Abr. 2006

Palavras-chave: Veia cava inferior;Leiomiossarcoma;Cavectomia.

CEC dermatológico em pós transplantado renal, um relato de caso

LUIS IVANENKO SALGADO ASSIS¹; RENI CECILIA LOPES MOREIRA¹; RÔMULO SANTOS PEÇANHA REZENDE¹; LUIS RIBEIRO DA SILVA NETO¹; LEONARDO MOURÃO LACERDA¹; BADY CURY ELIAS FILHO¹; HUGO PIMENTA FERREIRA¹; ANA CLARA CAMARGO ROCHA².
1. HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIBH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Trabalho realizado com o objetivo de destacar a importância do acompanhamento periódico rigoroso de pacientes submetidos à transplante renal. Esses pacientes devido à vários fatores como resposta imunológica reduzida, efeito carcinogênico direto de agentes imunossupressores e proliferação de vírus oncogênicos, além das características específicas de cada paciente, tem um risco maior de desenvolverem o Câncer de pele não melanoma, principalmente o de células não escamosas.

Relato de caso: V.N.O, 58 anos, foi encaminhada para o serviço de oncologia do hospital Luxemburgo em 2016 com quando fez ressecção de tumor no couro cabeludo. Desde então vem sendo acompanhado no serviço, onde realizou amputação do antebraço direito, ressecção de lesão com zetaplastia, exérese de múltiplas lesões de pele, ampliação de ressecção de lesão pré-esternal de CBC. Deu entrada no serviço no dia 09/02/2022, com queixa de dor em região axilar direita, dolorosa mas que melhora com paracetamol. Ao exame: recidiva em região peitoral, axila direita. Paciente retorna com resultados de metástase axilar e pulmonar; CEC submandibular. Discuto caso com equipe e início tratamento de linfadenectomia axilar direita + exérese de lesão de pele + encaminhamento para oncologia clínica e radioterapia + acompanhamento rigoroso do paciente e de novas lesões com diversas abordagens de lesões neoplásicas de pele ao longo do acompanhamento ambulatorial.

Discussão: O Carcinoma de células escamosas (CEC) ou espinocelular, é o segundo tipo de câncer de pele mais comum no mundo, depois do carcinoma basocelular, e é o câncer mais frequente no Brasil, representando 30% de todos os tumores malignos no país. Esse tumor costuma se desenvolver em zonas expostas ao sol, é um tipo de câncer que constitui uma afecção maligna, como as anaplasias, crescimento acelerado, invasão dos tecidos locais e a capacidade de metástase, e que mais cresce em pacientes receptores de transplantes renais devido ao uso de imunossupressores.

O aparecimento de CEC nesses pacientes é na maioria das vezes, múltiplos, mais agressivo e com maior risco de metástases (em torno de 7%)

Palavras-chave: Carcinoma células escamosas; Transplante renal ; Câncer pele.

COLECTOMIA DIREITA ABERTA VS LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE TUMORES DE CÓLON DIREITO NO AMBIENTE DO HOSPITAL GERAL

LUISA NUNES TEIXEIRA DA SILVA; GABRIEL CÂMARA MACHADO; VINICIUS HUMBERTO DE SOUZA VICUÑA; DÁLIA ELISA DA COSTA LOPES; PAULA DIAS CUSTÓDIO; VINICIUS ROSCHY DA SILVA COSTA; PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Objetivo: Avaliar vantagens e desvantagens da cirurgia laparoscópica em comparação com a cirurgia aberta na abordagem cirúrgica de tumores de cólon direito.

Método: Foram avaliados retrospectivamente 24 pacientes submetidos a colectomia direita eletiva para tratamento de câncer de cólon no serviço de cirurgia geral do Hospital Federal Cardoso Fontes no período entre 01/2021 a 07/2022. Levando em consideração o tempo de internação hospitalar, tempo de sintomas até diagnóstico, estadiamento pré-operatório, qualidade da ressecção cirúrgica (avaliada através do número de linfonodos ressecados), técnica cirúrgica empregada, complicações pós cirúrgicas, controle pós operatório.

Resultado : Foi observado um índice maior de cirurgias abertas comparado a cirurgias vídeo-laparoscópicas. O tempo de internação hospitalar e complicações pós- operatórias foi consideravelmente menor nas cirurgias vídeo- laparoscópicas em comparação a abordagem convencional. No entanto, a qualidade da ressecção oncológica foi melhor nas cirurgias convencionais.

Conclusões : Mediante a análise de dados obtida podemos observar que ainda há certa discrepância nos resultados a curto e longo prazo quando comparada a abordagem convencional a abordagem vídeo- laparoscópica , sendo esta última superior em termos de tempo reduzido de internação e menor índice de complicações pós-operatórias. Resultados são influenciados pela experiência do cirurgião, material disponível, equipe habilitada e infraestrutura adequada para cuidados pré e pós operatórios. De acordo com material analisado ainda há predominância na abordagem convencional em detrimento da abordagem por vídeo devido a diagnóstico tardio, alto de índice de tumores localmente avançados e tempo cirúrgico aumentado.

Palavras-chave: COLECTOMIA DIREITA ;ONCOLOGIA;CIRURGIA ONCOLÓGICA .

Correção da Síndrome do Ligamento Arqueado Mediano por cirurgia robótica: um relato de Caso

LAURA BARROS ALVARENGA; LEONARDO DE OLIVEIRA CARVALHO; LIVIA BREUSTEDT LEIG; LORENA PINHOLI DE MORAIS; MIGUEL DE MIRANDA GONCALVES; BEATRIZ CUNHA MARENDAS RODRIGUES; MARCOS BETTINI PITOMBO; ANDRE GEORGE SAUL RONAY. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: O ligamento arqueado médio consiste em um arco de fibras diafragmáticas que une os pilares diafragmáticos e forma o hiato aórtico. Em uma pequena parcela da população esse ligamento se encontra abaixo de sua localização habitual levando a compressão do tronco celíaco proximal. A maioria dos paciente com essa compressão são assintomáticos, porém uma parcela se torna sintomática dando origem a Síndrome do ligamento arqueado ou Síndrome de Dunbar. Os sintomas variam de dor abdominal, vômitos, diarreia e perda de peso.

A síndrome do ligamento arqueado, também conhecido como Síndrome de Dunbar, consiste na compressão extrínseca do tronco celíaco proximal pelo ligamento arqueado médio - um arco de fibras diafragmáticas que une os pilares diafragmáticos formando o hiato aórtico - podendo gerar sintomas como dor abdominal, vômitos, diarreia e perda de peso. Após a exclusão de outras causas mais prevalentes, a Síndrome de Dunbar, torna-se um diagnóstico diferencial a ser considerado e a descompressão cirúrgica pode ser benéfica.

Relato de caso: Paciente masculino de 73 anos, ex-tabagista, apresentando como comorbidades a hiperplasia prostática benigna e história de fibrilação atrial assintomática. Em uso de amiodarona, sinvastatina e omeprazol. Em consulta com clínica médica em novembro de 2021, relata início de quadro de dor epigástrica de forte intensidade principalmente após alimentação e exercício físico com melhora após repouso. Refere emagrecimento de 10 kg no último ano. Após realização de endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada sem alterações, e exclusas outras causas, foi solicitada angiotomografia que evidenciou afilamento na porção proximal do tronco celíaco podendo representar Síndrome do ligamento arqueado. A ultrassonografia com doppler mostrou estenose estimada em 70 % do tronco celíaco.

O paciente foi encaminhado para o serviço de cirurgia geral do HUPE, sendo optado por tratamento cirúrgico minimamente invasivo por via robótica. A cirurgia foi realizada no dia 13/05/2022. O paciente foi posicionado em posição de Trendelenburg reverso e foram realizados seis acessos, sendo quatro braços do robô, um acesso auxiliar e outro para o afastador de fígado. O tronco celíaco foi dissecado e o ligamento arqueado mediano foi seccionado, sem intercorrências.

Em consulta pós operatória refere melhora dos sintomas de dor epigástrica após alimentação.

Discussão: A síndrome do ligamento arqueado é uma patologia rara causada pela compressão do tronco celíaco, causando sintomas como dor epigástrica, perda ponderal, vômitos e diarreia. Devido à clínica inespecífica, é realizada a exclusão de outras causas de maior prevalência. Após excluídas outras causas, a hipótese diagnóstica é levantada e os exames de imagem podem ser solicitados. A angiotomografia ou angiorressonância irá evidenciar a estenose do tronco celíaco.

Palavras-chave: síndrome do ligamento arqueado mediano; síndrome de Dunbar; cirurgia robótica.

Fístula Enterovesical: Uma Complicação da Doença de Crohn

ANA BEATRIZ NOGUEIRA MAGRI; EDUARDO JOSÉ DOMINGUES; GUILHERME PRIANTI DE ANDRADE; ISABELLA PERIN MARTINS DA SILVA. FACULDADE DE MEDICINA DE SANTO AMARO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A Doença de Crohn (DC) foi descrita pela primeira vez em 1932, pelo médico Burrill Crohn, denominando "ileíte regional". Ela atinge mais de 5 milhões de pessoas no mundo e no Brasil, sendo a incidência média de 7 a cada 100 mil habitantes. É caracterizada como uma doença inflamatória intestinal (DII) que pode acometer da boca ao ânus e cursa com inflamação transmural assimétrica, com predileção à região íleo-colônica. As manifestações dependem da região acometida e os sintomas recorrentes são dor abdominal, diarreia, perda ponderal, podendo cursar com manifestações extraintestinais. O diagnóstico é clínico e achados de exames radiológicos e histológicos. As complicações da DC incluem estenose, fístulas, abscessos intra abdominais ou obstrução. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, portador de DC há 25 anos, com acompanhamento médico irregular e uso da medicação apenas quando sintomático. Nos últimos meses apresentou infecção urinária (ITU) de repetição e dores em baixo ventre sem melhora, associado a disúria e emagrecimento. Negava comorbidades e vícios. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, emagrecido, corado, eupneico e afebril. Exame cardiopulmonar normal e abdome plano, doloroso à palpação e sem visceromegalias. Foi solicitado colonoscopia e tomografia computadorizada de abdome (CT). Na colonoscopia observou-se lesões compatíveis com a DC, e a CT de abdome apresentava sinais da doença em íleo, o qual estava aderido a bexiga com presença de ar dentro dela, sendo estes, sinais da presença de fístula. Tratou-se a ITU e foi indicada laparotomia exploratória. O intraoperatório evidenciou uma extensão de 20 cm de alça ileal bloqueada na bexiga e cólon sigmóide formando uma grande massa inflamatória. Após desfazer o bloqueio, identificou-se uma área de 15 cm espessada e estenótica, posto que no local de maior estenose havia invasão para bexiga promovendo fístula e aderências no cólon sigmóide com dois pontos de perfuração em torno de 0,5 cm dos quais foram suturados. Após a rafia da bexiga, optou-se por fechar o coto ileal próximo à válvula ileocecal e realizar anastomose do íleo com cólon ascendente, que não apresentava sinais da doença. **Discussão:** Constata-se que a DC tem maior prevalência em pacientes com histórico familiar de DII e tabagistas. Há predileção para íleo e cólon, tornando o paciente suscetível a complicações, sendo a estenose a mais comum. O caso elucidou um quadro clínico, inicialmente, pouco sugestivo de complicações da DC, visto que o paciente deu entrada com história de ITU de repetição e dor em baixo ventre, não apresentando comorbidades e vícios. Ademais, o paciente evoluiu com fístula, progressão não habitual da DC, sendo esta apenas 30% das complicações da doença e as fístulas enterovesicais, correspondem apenas 2% delas. Sugere-se que a evolução do caso pode estar atrelada à má adesão ao tratamento, visto que, o paciente referiu uso irregular da medicação.

Palavras-chave: Fístula enterovesical; Doença de Crohn; Complicações.

Fundoplicatura videolaparoscópica para abordagem de hernia de hiato gigante após manejo endoscópico de volvo de estômago: relato de caso

PEDRO HENRIQUE SALGADO RODRIGUES; ADRIANA DE FREITAS FANTINELLI; ANDRÉ MACIEL DA SILVA; PRISCILA FONSECA DE SOUSA; RODRIGO M. JAPIASSÚ GONÇALVES. HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, BRASIL - RJ - BRASIL.

Introdução: Segundo a classificação de Allison, a hernia hiatal pode ser dividida em quatro graus quanto ao seu prolapso, sendo: I ou deslizamento, II ou rolamento ou paraesofageana e tipo III ou mista. Mas um quarto tipo é elucidado na literatura como tipo IV, conhecida como "gigante" ou "estômago intratorácico". **Caso clínico:** Paciente de 49 anos, do sexo feminino, relata plenitude pós prandial e perda ponderal. Com abordagem recente para manejo endoscópico de volvo de estômago, foi identificada volumosa hernia de hiato, além de Esofagite grau D de Los Angeles. **Planejamento:** após realização de esofagomanometria e pHmetria (sem alterações), foi oferecido para a paciente um questionário sobre os episódios dispépticos que apresentava, a fim de quantificar o prejuízo na qualidade de vida e servir de parâmetro no pós operatório para remissão (ou controle) dos sintomas. **Técnica cirúrgica:** Durante videolaparoscopia, foi possível identificar que a hernia de hiato era, de fato, gigante, compreendida por estômago, omento e cólon transversos localizados na cavidade torácica. Após criteriosa dissecação do saco herniário e individualização das estruturas, foi possível reduzir o conteúdo abdominal para sua posição. Foi realizada, então, válvula de 360° com o fundo do estômago, seguida de estreitamento do hiato diafragmático com pontos interrompidos, sem tensão à passagem da sonda orogástrica. **Pós operatório:** sem intercorrências, com melhora importante dos sintomas. **Discussão:** A hernia de hiato é uma patologia comum na população, tendo recebido variadas propostas de válvulas ao longo da história da cirurgia. O conceito "Floppy Nissen" surgiu recentemente na era da cirurgia laparoscópica, com sua "válvula" curta e frouxa com três pontos de sutura. A incidência de disfagia permanente é baixa e os numerosos artigos na literatura têm demonstrado a preferência atual para a realização deste tipo de operação no tratamento dos pacientes com DRGE.

Referências Bibliográficas:

Delta Madureira Filho, Fábio Athayde Veloso Madureira, Fernando Athayde Veloso Madureira, Eponina Lemme: Resultados das cirurgias "floppy nissen rossetti" e "floppy nissen longa" realizadas por videolaparoscopia em pacientes com esôfago de barrett: estudo preliminar. Artigos Originais • Rev. Col. Bras. Cir. 30 (6) • Dez 2003 • <https://doi.org/10.1590/S0100-69912003000600011>

Palavras-chave: Hernia de Hiato Gigante; Fundoplicatura; Volvo gástrico.

Hemorragia Adrenal Espontânea: Relato de Caso

DÉBORAH DEMING LEÃO BRANDÃO¹; IGOR DOMINICK MICHALICK¹; RODRIGO DABES DE SOUZA RODRIGUES¹; EMANUELLE LOUYSI DPAULA¹; MARIO INACIO CARNEIRO NETO¹; MARCELA FONTES RIBEIRO²; THALYS JAIR MELO ALVES¹; ARTHUR FELIPE DA SILVA¹. 1. HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM, BETIM - MG - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, BETIM - MG - BRASIL.

A hemorragia adrenal espontânea é uma hemorragia da glândula adrenal sem causa definida como trauma ou terapia anticoagulante, geralmente se apresenta como dor abdominal (18). É uma condição rara (1,2,7). Estima-se uma incidência de 0,3 a 1,1% (13), sendo a maioria dos casos bilateral (2). Na gestação a incidência desse fenômeno e a sua relação com pré-eclâmpsia não é bem estabelecida (4). Há risco de consequências potencialmente fatais devido à hemorragia retroperitoneal e insuficiência adrenal aguda, sendo importante o diagnóstico precoce. (19) A TC é similar aos casos de hemorragia traumática: uma lesão oval ou redonda hiperdensa na TC não contrastada (5). O manejo conservador é preconizado, exceto em casos em que há hemorragia maciça retroperitoneal com sinais de choque hemorrágico. (18) Pacientes com instabilidade hemodinâmica beneficiam-se da abordagem cirúrgica (14)

Paciente, sexo feminino, 32 anos, pós abortamento, realizada curetagem em 02/08/2020, comparece ao Hospital Público Regional de Betim no dia 07/08/2020 com queixa de dor em região lombar à direita com irradiação para a escápula. Diagnóstico de ITU em tratamento com amoxicilina e clavulanato. Negava febre, náuseas, vômitos, disúria, polaciúria, sangramentos ou alterações de hábito intestinal. Realizou, em 08/08, US transvaginal que evidenciava útero em AVF 67,6cc; Endométrio 9,5 mm; OD: 7,1cc. OE: 5,1cc. Fundo de saco livre. Sem alterações; e US Abdominal com imagens ecogênicas renais bilaterais, compatíveis com cálculos. RD: 3,8mm // RE: 4,2mm. Demais aspectos sem alterações. Revisão laboratorial do dia 09/08: hemoglobina de 12, global de leucócitos 10160, plaquetas 303000, proteína C reativa 9,5, TGO 7, TGP: 52 / fosfatase alcalina 169, LDH 737, amilase: 29, ácido láctico 37,6 e bilirrubina total 0,25. Solicitada TC de abdome que evidenciava Espessamento da adrenal direita com substituição do parênquima por imagens císticas com discreto realce parietal, acompanhado de alterações inflamatórias adjacentes e pequena quantidade de líquido livre regional. Indicam hemorragia adrenal espontânea.

Palavras-chave: Hemorragia adrenal; Abdome agudo; Tratamento conservador.

HOSPITAL TERCIÁRIO COM EMERGÊNCIA REFERENCIADA, O QUE CONSEGUIMOS?

YGOR FELIPE SOAREZ SOARES; RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA; JULIANA LAUTENSCHLAGER FEDRIZZI; DÁLIA ELISA DA COSTA LOPES; MATHEUS PAULA DE OLIVEIRA PEREIRA; PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Objetivo: Interrogar e sinalizar as vantagens do referenciamento cirúrgico, na emergência de um Hospital Terciário, frente a manutenção da emergência sob livre demanda.

Método: Estudo criterioso da linha de cuidados e módulos terapêuticos oferecidos pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal Cardoso Fontes e a sua evolução após seis meses de emergência referenciada.

Resultado: Observamos aumento proporcional em 50%, e quantitativo em 30%, dos procedimentos eletivos frente aos de urgência/emergência, associado a taxas de ocupação mantendo-se, na maior parte do período estudado, entre 70 e 90%, associada à maior rotatividade de leitos e menor incidência das suspensões de cirurgias eletivas.

Conclusões: O hospital cujo foco principal é a alta complexidade, consegue oferecer uma maior gama de tratamentos terapêuticos nos Serviços de Cirurgia Geral, ao modular a porta de entrada ambulatorial como a principal na instituição. Procedimentos de maior escassez podem ser planejados e instituídos a partir do melhor uso de leitos, usufruindo da capacidade técnica e humana já existentes.

Palavras-chave: Hospital Terciário;Serviço de Cirurgia;Emergência Referenciada.

Impacto de medidas adotadas em hospital geral de Minas Gerais no controle da contaminação intra hospitalar de pacientes oncológicos

RODRIGO DABES DE SOUZA RODRIGUES; IGOR DOMINICK MICHALICK; ALEXANDRE VELOSO P. DE FIGUEIREDO; RODRIGO MUZZI DE OLIVEIRA SAFE; DÉBORAH DEMING LEÃO BRANDÃO; THALYS JAIR MELO ALVES; ARTHUR FELIPE DA SILVA; EMANUELLE LOUYSI DPAULA. HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM, BETIM - MG - BRASIL.

Introdução: Os acometimentos oncológicos são regidos por lei específica por se tratar de condição especial, em que o tempo determina diretamente o resultado cirúrgico e prognóstico. A pandemia do SARS-COV-2 resultou em uma série de medidas por parte dos serviços de saúde visando conter a expansão rápida da doença e o contágio intra hospitalar. No Hospital Público Regional de Betim-MG, a partir de parceria público privada, foi definido um andar específico do prédio principal, com equipe exclusiva, para receber os pacientes que serão submetidos a cirurgias oncológicas, de forma que eles não estão em contato direto com os pacientes submetidos a cirurgias de urgência e emergência e das outras clínicas.

Objetivo: Avaliar impacto das medidas adotadas pelo serviço de cancerologia cirúrgica do HPRB, no que se refere a contaminação intra hospitalar e no pós operatório recente de pacientes submetidos a cirurgias oncológicas no período da pandemia de COVID.

Metodologia: Realizada revisão bibliográfica sobre a conduta dos serviços de cancerologia cirúrgica durante a pandemia. Realizada revisão dos prontuários e contato telefônico com os pacientes submetidos a cirurgia no serviço no período de Junho/2020 a Abril/2021, que responderam questionário padronizado para investigação de diagnóstico ou sintomas respiratórios durante internação ou 7 dias após alta hospitalar.

Resultados: Foram realizadas 117 cirurgias oncológicas, em 6 meses, realizadas por cirurgiões oncológicos, de todos os portes. Não se incluem os procedimentos da urologia oncológica, ginecologia oncológica e mastologia, apesar das mesmas terem servido como grupo controle. A urologia oncológica, ginecologia oncológica não atingiram N relevante, isoladamente, para a pesquisa, mas somados serviram como parâmetros. A mastologia não integrou pois o perfil de internação com baixa permanência, não obedecia o perfil traçado para a pesquisa. Deste total, 70 pacientes responderam questionário e nenhum dos pacientes desse grupo apresentou sintomas respiratórios e/ou diagnóstico laboratorial de COVID 19 no período entre a internação hospitalar para abordagem cirúrgica e 7 dias após alta hospitalar.

Conclusão: O paciente oncológico tem particularidades que determinam a necessidade de tratamento ágil e de excelência, visando o tratamento cirúrgico curativo, auxiliar ou paliativo e, em última análise, a sobrevida associada a qualidade de vida. Paralelo a isso, a pandemia do SARS-COV-2 submeteu os sistemas de saúde a novos desafios para o tratamento cirúrgico. Dessa forma, medidas como áreas “covid free”, equipes exclusivas, redução da circulação de pacientes e equipes pelo ambiente hospitalar, resultaram de forma positiva no cuidado dos pacientes, tendo em vista que nenhum dos pacientes apresentou contaminação claramente ligada ao tratamento cirúrgico intra hospitalar.

Palavras-chave: COVID19;Oncologia Cirúrgica;SARS-COV-2.

MELANOMA – IMPORTANCIA DE CAMPANHAS DE ESCLARECIMENTO À POPULAÇÃO SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOCE E CARACTERÍSTICAS DE LESÕES MELANOCÍTICAS: RELATO DE CASO

DANIELA GUIMARAES FRANCO; RENI CECILIA LOPES MOREIRA; AMANDA DE CASTRO MORATO; MAYALU ALANE AMARAL MAIA; RAFAELA LUIZA COUTO DOS SANTOS; RODRIGO MASCARENHAS BRANDÃO; HUGO SAMUEL BARBOSA; DANIELA MORENO FAGUNDES. INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Trabalho realizado com objetivo de destacar a importância de campanhas de prevenção/diagnóstico precoce de Melanoma/outras neoplasias cutâneas e estabelecimento de protocolos de encaminhamento a serviços habilitados.**Relato de caso:** J.F.A, 58 anos, encaminhado ao nosso serviço após abordagem cirúrgica de urgência em outra instituição: drenagem de abscesso (sic) em região inguinal direita (06/2022). Solicitada análise anatomopatológica da lesão (AP): neoplasia maligna indiferenciada infiltrando linfonodo, com possibilidade de melanoma metastático. Após diagnóstico paciente relatou à equipe assistente estar com lesão no dedo do pé (unha encravada). Ao exame físico (EF) tumoração em 2º pododáctilo direito(PDD), ulcerada,sangrante,sem infecção associada. Encaminhado ao Hospital Luxemburgo em 07/22. Ao nosso EF: linfadenomegalia palpável direita e lesão descrita no 2º PDD descrita acima. Sem outras lesões suspeitas. Tomografias de estadiamento sem evidências de metástases.Indicada amputação de 2 pododáctilo e esvaziamento inguinal radical. **Discussão:** O melanoma é um tumor agressivo com prognóstico diretamente associado ao estadiamento e requer minuciosa avaliação.Quando localizadas nos pés/região plantar são comumente diagnosticadas tardiamente pois os pacientes associam com traumatismos locais ou causados por pedicure e tendem a não valoriza-los. Nosso paciente procurou serviço médico devido ao abscesso e sequer mencionou lesão no PDD inicialmente. A incidência do melanoma aumentou nos últimos 50 anos e está associada a fatores genéticos, fenotípicos e ambientais em especial. Moramos em um país tropical e muitos pacientes têm exposição ocupacional ao sol, traumas de trabalho e a falta de informação prejudica o diagnóstico precoce/tratamento adequado. As Campanhas de Esclarecimento e Diagnostico devem extrapolar o Dezembro Amarelo e serem intensificadas durante todo o ano, divulgando continuamente à população o algoritmo ABCD (assimetria, irregularidades de borda, variação de cor, alteração no diâmetro), presença de prurido, inflamação, alteração da superfície (erosões/ ulcerações) e reforçar a necessidade de avaliação médica das lesões de pele que não cicatrizam espontaneamente ou continuam a crescer. Isso possibilita maior probabilidade do diagnostico e, conseqüentemente, redução de morbimortalidade.**Conclusão:** A disseminação simplificada da avaliação de lesões potencialmente malignas deve se estender da atenção primária até abordagem pelo cirurgião oncológico criando-se uma sistemática de atendimento com verificação de pontos essenciais ao diagnóstico/rastreio: lesões com mudança de tamanho, forma, cor, sinais flogísticos, presença de crosta ou sangramento. Desta forma, há maior possibilidade de redução dos desfechos desfavoráveis. Nosso relato ilustra bem o desconhecimento do paciente sobre lesões e necessidade de procurar auxílio médico para avaliação adequada pois seu diagnostico partiu da doença metastática e não do sítio primário.

Palavras-chave: MELANOMA; CAMPANHAS DE CONSCIENTIZACAO ;DIAGNOSTICO PRECOCE .

PROTOCOLO PARA HÉRNIAS VENTRAIS COMPLEXAS DO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

PÂMELA AUGUSTO DE ALMEIDA VAZ; JULIANA ROCHA MASCARELLO; AMIN MILAD WAKED; LUÍSA MACHADO ROCHA; KASSIO COVRE; LARISSA DE SÁ ABDU; BRUNNO BASTOS KNOPLOCH; BRUNA DE BARROS MIGUEZ. HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Por definição, as hérnias ventrais complexas(HVC) são aquelas resultantes de grandes defeitos da parede abdominal, frequentemente associadas à perda de domicílio de vísceras e recidivas. É uma condição de difícil tratamento e que requer uma manejo adequado para o sucesso da cirurgia. Sendo assim, pelo quantitativo de pacientes portadores desta afecção que são atendidos no Hospital Naval Marcílio Dias(HNMD) e pela complexidade do cuidado foi instituído um protocolo no departamento de Cirurgia Geral deste hospital. O objetivo foi de sistematizar o manejo peri-operatório, aperfeiçoar os resultados pós operatórios e aplicar a técnica cirúrgica mais adequada com base em evidências e atualizações da área. As etapas protocolares envolvem o preenchimento de pré requisitos avaliados no ambulatório como IMC e exames pré operatórios. Neste momento, avaliamos a necessidade de realização de pneumoperitônio progressivo pré operatório(PPP) e/ou aplicação de toxina botulínica(TxBA). Desta mesma forma, priorizamos outros cuidados a serem feitos no per-operatório e no pós. O acompanhamento do paciente é mantido semestralmente nos primeiros dois anos e após anualmente em conjunto com a realização de tomografia de abdome e pelve. Com a prática deste protocolo na unidade foi verificado a redução da incidência de recidiva e elevação da qualidade de vida dos portadores de HVC.

Palavras-chave: hérnia incisional;pneumoperitônio progressivo;toxina botulínica.

REINTRODUÇÃO DA DIETA NO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES CIRÚRGICOS: RECOMENDAÇÕES, DIFICULDADES, DESFECHOS E DADOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

THAIS COSTA OLIVA; GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI; PEDRO EDER PORTARI FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Objetivo: Estudo observacional destinado a avaliar os dados de realimentação no pós-operatório de pacientes do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG, identificar os possíveis fatores de atraso na reintrodução da dieta e comparar as observações obtidas nos dados do HUGG com os presentes na literatura. **Motivação:** A adaptação ao estresse é um fenômeno fisiológico, porém quando esses estímulos são prolongados e de grande intensidade, tornam a resposta exacerbada, provocando alterações metabólicas importantes. Nesse cenário, a nutrição perioperatória inadequada possui efeito potencializador da resposta do organismo, e a correta abordagem nutricional desses pacientes é um aspecto fundamental no cuidado. Assim, é preciso compreender as questões envolvidas na dificuldade de implementação do retorno precoce da dieta no pós-operatório, recomendado por protocolos de cuidados multimodais. **Métodos:** Os dados encontram-se em relatórios dos procedimentos cirúrgicos, compreendidos entre os anos de 2017 e 2020, realizados pela clínica cirúrgica B do HUGG, que segue as condutas modernas de abordagem multimodal de cuidados perioperatórios. Foram selecionadas as seguintes variáveis: porte da cirurgia, dia do início da dieta no pós-operatório, complicações cirúrgicas infecciosas e não infecciosas, primeiro registro de flatos/fezes e ocorrência de náuseas e/ou vômitos no pós-operatório. Os resultados foram alcançados através do cruzamento dos dados, elaboração de gráficos e tabelas. **Resultados:** A realimentação precoce no pós-operatório foi factível, estando associada a uma incidência de náuseas e vômitos menor do que a encontrada em literatura sobre abordagens perioperatórias convencionais. Foram analisados dados de 1074 pacientes e 86,5% receberam alimentação no mesmo dia do procedimento cirúrgico. A ocorrência global de náuseas e vômitos foi de 8,6%. Cerca de 45% dos pacientes ainda não haviam eliminado flatos no momento da reintrodução da dieta pós-operatória e 95% dos pacientes eliminaram fezes somente após o dia da realimentação, o que não trouxe prejuízo para o início da dieta. Além disso, não houve incremento na ocorrência de íleo paralytico, complicações pós-operatórias e aumento do tempo de hospitalização. **Conclusões:** As abordagens modernas de protocolos multimodais são ferramentas importantes para a aceleração da recuperação pós-cirúrgica do paciente e da melhor eficiência operacional dos sistemas de saúde. Os possíveis fatores de atraso na reintrodução precoce da dieta podem estar associados à ocorrência de náuseas e vômitos pós-operatórios, status físico do paciente, bem como a fatores intrínsecos ao volume cirúrgico, desconhecimento sobre abordagens modernas multimodais e rotina baseada em empirismo.

Palavras-chave: Cuidados pós-operatórios; Recuperação acelerada após cirurgia; Jejum.

RELATO DE CASO: MUCOCELE DE APÊNDICE

BRUNA MENDES ARGOLO¹; FERNANDO CHINAIDRE EYER¹; BRUNO DE SOUZA BARROS DA COSTA²; AMANDA MAGHELLY MENEZES MOREIRA²; PAULO VALLE DO COUTO SOARES²; BRUNO SOUTO ESSES². 1. HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A mucoccele de apêndice é uma doença cuja base fisiopatológica envolve a obstrução do lúmen apendicular e está associada ao acúmulo anormal de uma substância mucóide. A incidência dessa doença é rara, compreendendo menos de 0,5% de todos os tumores do trato gastrointestinal e cerca de 1% dos tumores colorretais. Tal doença pode ser classificada em maligna ou benigna, a depender de diagnóstico anatomopatológico.

RELATO DE CASO: Paciente, feminina, 35 anos procurou emergência hospitalar com relato de dor há 1 mês em fossa ilíaca esquerda, sem outras queixas relacionadas e com exame físico normal. Foram realizados exames laboratoriais que estavam sem alterações e tomografia de abdome com laudo de possível mucoccele de apêndice. Pode-se observar apêndice cecal dilatado e lobulado, com conteúdo hipodenso, medindo cerca de 5,6 x 3,2 x 3,2 cm e situado em topografia supra uterina, sem densificação adjacente. Paciente realizou apendicectomia convencional e aguarda laudo anatomopatológico. Ao inventário, apêndice cecal com dilatação e hiperemia em terço distal com aspecto de “salsicha” (mucoccele), terço proximal de calibre habitual com base sem alterações, ausência de perfuração ou necrose.

DISCUSSÃO: O aspecto clínico da mucoccele de apêndice presente no caso é inespecífico, corroborando com a literatura, tendo visto que, muitas vezes, é confundido com apendicite aguda, cisto ovariano ou até mesmo sendo um diagnóstico realizado por acaso. O quadro clínico se apresenta de forma assintomática ou com presença de dor abdominal em quadrante inferior direito de leve a forte intensidade. A realização de exames complementares é de suma importância para obter um diagnóstico precoce por meio de ultrassonografia abdominal e, principalmente, pela tomografia computadorizada de abdome. Os achados tomográficos consistem em conteúdo cístico tubular junto ao ceco com paredes regulares e lisas, lobulado e dilatação do apêndice. A falta de diagnóstico eficaz precoce pode levar a complicações graves como pseudomixoma peritoneal, no qual há disseminação de células neoplasias e conteúdo mucinoso para cavidade peritoneal por ruptura de apêndice vermiforme. O tratamento cirúrgico indicado é a apendicectomia simples nos casos de mucoccele não complicada e íntegra. Já nos casos em que há aderências ou invasão local do íleo ou ceco e o anatomopatológico tenha demonstrado malignidade, está indicada a realização de uma hemicolectomia direita com ressecção do íleo terminal ou ressecção parcial do ceco. No caso descrito, optou-se pela realização de apendicectomia convencional pela ausência de sinais que indicassem malignidade ou ruptura de apêndice. O relato apresentado relaciona fortemente a dificuldade diagnóstica da mucoccele apendicular, haja vista que há pobreza de manifestações clínicas e os exames de imagem ajudam a elucidar, porém não trazem confirmação definitiva do diagnóstico, que muitas vezes só é obtida após tratamento cirúrgico e por meio do anatomopatológico.

Palavras-chave: Mucoccele de Apêndice; Apêndice cecal dilatado e lobulado; Apendicectomia Convencional.

Relato de caso: uso de pneumoperitônio progressivo pré-operatório em caso de hérnia incisional complexa

LUÍSA MACHADO ROCHA; JULIANA ROCHA MASCARELLO; AMIN MILAD WAKED; PÂMELA AUGUSTO DE ALMEIDA VAZ; BRUNA DE BARROS MIGUEZ; LARISSA DE SÁ ABDU; BRUNNO BASTOS KNOPOCH; KASSIO COVRE. HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: Esse trabalho traz o relato de paciente portadora de uma grande hérnia incisional pós ligadura tubária e a adoção da técnica de pneumoperitônio no preparo pré-operatório para correta readequação das alças intestinais na cavidade abdominal, uma vez que o aumento da pressão intra-abdominal após a readaptação das alças pode cursar com complicações; **Relato de caso:** Paciente, 59 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e obesidade, em uso regular de losartana e hidroclorotiazida. Comparece ao ambulatório da cirurgia geral do Hospital Naval Marcílio Dias para reparo de hérnia incisional abdominal. Relata cirurgia prévia de ligadura tubária há 22 anos. Nega alergias, tabagismo e etilismo. TC ABD (02/04/2020): Volumosa Herniação com conteúdo de omento e alças intestinais localizada em parede de região hipogástrica, com colo medindo cerca de 6,3x7,4cm (LxT); nota-se em região mesogástrica outra Herniação também com conteúdo de omento e alças intestinais, com colo medindo cerca de 4,8x4,8cm (LxT). Agendada para 09/08/2021 a primeira cirurgia proposta: confecção de pneumoperitônio. Realizado pneumoperitônio e mantida paciente em internação hospitalar para realização da insuflação diária para cirurgia de correção da hérnia, agendada para 26/08/2021. A insuflação foi realizada de acordo com a tolerância da paciente, sendo entre 200 e 1200ml por dia com ar ambiente. Realizada também no período fisioterapia motora e respiratória diária. Iniciado uso de cinta e de meia elástica, enoxaparina profilática, além de estímulo à deambulação. Realizado procedimento cirúrgico de correção de hérnia em 26/08/2021. Paciente evolui com bom pós-operatório, seguindo com acompanhamento ambulatorial após 15 dias, 1 mês e 6 meses, sendo prevista nova reavaliação após 1 ano. **Discussão:** O caso relatado traz a discussão do manejo pré-operatório do caso de hérnia complexa, tendo sido realizado na ocasião o preparo com a técnica de insuflação de pneumoperitônio, com objetivo de melhor acomodação das alças intestinais na cavidade abdominal. Esse preparo se dá com a finalidade de evitar complicações, entre outras, como síndrome compartimental, dificuldades para fechamento de cavidade e restrição de expansibilidade pulmonar.

Palavras-chave: hérnia incisional; pneumoperitônio progressivo; hérnia complexa.

Sarcoma de partes moles: características clínico-epidemiológicas em um serviço de referência

CAROLINA SOUZA GASPARETTI; RAFAELA FONSECA FALCÃO; PEDRO FERNANDES LOUBACK; BERNARDO FONTEL POMPEU; LUIS FERNANDO PAES LEME. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

OBJETIVO: Os sarcomas são tumores malignos que surgem da célula mesenquimal, correspondendo a 1% de todas as doenças malignas em adultos. Podem se apresentar em diversos sítios, sendo os tumores de extremidades os mais comuns. O nosso objetivo é avaliar as características clínico-epidemiológica dos pacientes submetidos a tratamento em centro de referência.

MÉTODO: Foi realizada uma análise retrospectiva utilizando-se da revisão de prontuários em um centro de referência oncológica, no período de janeiro de 2019 a março de 2022. Foram selecionados todos os pacientes com diagnóstico de sarcoma partes moles e retroperitônio, submetidas a tratamento cirúrgico com objetivo de cura. Os dados foram coletados em planilha de Excel e posteriormente submetidos a análise descritiva.

RESULTADOS: Do total de 26 pacientes com sarcomas, nove (34%) eram localizados no tronco, três (11%) em membros superiores, sete em membros inferiores (26%) e sete (26%) em retroperitônio. Quanto ao subtipo histológico, 26% eram lipossarcoma, 19% dermatofibrossarcomas e 19 % sarcoma pleomórfico. A média de tamanho variou de 9,5 cm, sendo metade sarcomas de alto grau. Cerca de 19% dos casos foram submetidos a quimioterapia adjuvante e 34% à radioterapia adjuvante. A idade variou de 56 ± 16 anos, sendo o sexo feminino, o mais comum (61%). Até o momento, 15 % sendo recidiva sistêmica a mais comum. A sobrevida global em 3 anos é de 88%. Quanto a cirurgia apenas 1 caso de sarcoma de membros inferiores foi submetido a desarticulação coxo-femoral.

CONCLUSÃO: Os sarcomas de partes moles são entidades raras, mais comum nos membros inferiores, sendo o tipo histológico mais comum o lipossarcoma.

Palavras-chave: SARCOMA DE PARTES MOLES ;CANCEROLOGIA CIRÚRGICA ;LIPOSSARCOMA .

TÉCNICA CIRÚRGICA DO PROFESSOR ALCINO LÁZARO: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O SEU USO NO NORDESTE DO BRASIL

ROGER KALISTENE BARRA CABRAL¹; SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA²; ARNALDO COSTA DE MEDEIROS JUNIOR². 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE PROMATER, NATAL - RN - BRASIL.

OBJETIVOS

1. Elucidar a compreensão dos médicos da região nordeste sobre a técnica proposta pelo professor Alcino Lázaro;
2. Compreender a aplicabilidade da técnica proposta pelo professor Alcino Lázaro no decorrer da residência médica em cirurgia geral

MÉTODOS

Com a finalidade de compreender e interpretar o uso da técnica para correção de hérnia incisional proposta pelo professor Alcino Lázaro, este estudo visa levantar dados a respeito do uso deste método dentro dos centros cirúrgicos da região nordeste, por destaque, os estados do Rio Grande do Norte e do Ceará. Nesse contexto, o presente levantamento formulou, por meio de levantamento por plataforma digital, uma pesquisa com cirurgiões e residentes de cirurgia sobre a aplicabilidade da técnica, que em 2021 completou 50 anos de existência. Em face disso, dados estatísticos foram elucidados, com fito de compreender a sua aplicabilidade prática, bem como a sua funcionalidade no ato médico cirúrgico.

RESULTADOS

Em primeira análise, com um (n) total de 30 médicos, compreendemos que a maioria deles não conheciam a técnica de transposição do saco herniário. Do total, 53,3% desconheciam inicialmente a técnica, o que correlaciona um total de 16 de 30 no universo estudado. A respeito disso, é válido ressaltar que este presente levantamento ainda continua em estudo, com a finalidade de melhor quantificar esse conhecimento a respeito desta técnica, tendo como público alvo principalmente médicos residente em cirurgia geral e cirurgiões em exercício

Em segunda análise, e tão importante quanto a primeira, corroboramos ainda dados a respeito do conhecimento desta técnica. Para 73,3% dos médicos, a técnica não foi proposta durante a residência médica, o que pode, em partes, explicar os dados levantados inicialmente. O número (n) absoluto deste estudo em questão chegou a 22 de 30 médicos entrevistados, elucidando a proposição a respeito do conhecimento durante a residência de cirurgia geral

CONCLUSÕES

Por fim, tendo como aparato final tais dados, levantamos até o presente momento, dados a respeito do conhecimento da técnica proposta pelo professor Alcino Lázaro. Em face disso, ambos os levantamentos são causa e consequência. Por pouco ou quase nenhum contato durante a residência médica, alguns cirurgiões e até residentes ainda não aplicam a técnica de correção de hernia incisional por questões de ausência de conhecimento técnico para esse fim. Nesse sentido, torna-se fundamental o aprimoramento dessa consciência científica, fundamental nos atos cirúrgicos de correção de hérnia, que melhora, de maneira veemente a qualidade de vida e bem estar dos pacientes.

Palavras-chave: HÉRNIA INCISIONAL; SACO HERNIÁRIO; CIRURGIA GERAL.

TUBERCULOSE PERITONEAL EM ADULTO JOVEM

CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO; MATHEUS WANDERLEY DA CUNHA FERNANDES COSTA; MARCUS VINICIUS DE OLIVEIRA; LUIZA MAMEDES DA CRUZ.
UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO - A tuberculose está entre as 5 principais causas de morte por doença infecciosa e a primeira entre as doenças infecciosas em pacientes portadores do vírus do HIV. A tuberculose peritoneal afeta o mesentério e o omento, ocorre em 11a12% dos pacientes na forma extrapulmonar variando de 0,1 a 0,7% de todos os casos de tuberculose. A faixa etária mais acometida é entre 35 e 45 anos e a mortalidade pode chegar a 15% sendo os principais fatores a perfuração de alças intestinais, desnutrição, anemia e complicações pós-operatórias.

A dificuldade no diagnóstico é pelos sintomas inespecíficos, por ser doença insidiosa, ausência de achados laboratoriais que norteiam a busca pela Mycobactéria e pelos exames de imagem que se sobrepõem aos encontrados em outras patologias. A biopsia das lesões peritoneais e coleta do líquido ascítico passou a ser usada como um método importante para o diagnóstico.

RELATO - Paciente masculino, 21 anos, em junho de 2021 foi submetido à correção de hérnia inguinoescrotal e umbilical. Três semanas após o paciente retornou com dor abdominal, náusea e perda do apetite. Ao exame físico estava lucido, orientado, afebril, ausculta cardíaca e pulmonar normais, abdome pouco distendido com uma grande hérnia umbilical, dolorosa à palpação e um orifício de 4cm.

Os exames laboratoriais e RX de tórax que não evidenciaram nenhuma alteração. Ele foi reoperado e pela incisão houve saída de cerca de 1500ml de líquido citrino. Ampliamos a incisão e identificamos alças intestinais edemaciadas, hiperemiadas, com múltiplas lesões granulomatosas, também presentes no peritônio e apêndice. Foram feitas biopsias das lesões peritoneais, apendicectomia e coleta de líquido. O aspecto das alterações na cavidade abdominal nos levaram a pensar na possibilidade de ser tuberculose peritoneal.

No pós-operatório foram feitos o PPD, sorologia para HIV, sífilis, citomegalovírus, hepatite B e C, baciloscopia e gene expert para tuberculose. As sorologias, baciloscopia e o PPD foram negativos. No líquido ascítico havia raríssimas células mesoteliais reativas, histiócitos, hemácias e efusão linfocítica. O resultado histopatológico mostrou peritonite crônica granulomatosa com células gigantes, vasos ectasiados e granulomas com necrose central. Apendicite granulomatosa, com células gigantes, hiperplasia reacional do tecido linfóide e a luz do órgão preenchida por material fibro-leucocitário. Os achados sugerem tuberculose.

O paciente foi encaminhado para acompanhamento e tratamento no serviço de Pneumologia, iniciando imediatamente o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Ao mesmo tempo começou a ser feito o rastreamento da doença em familiares, vizinhos e pessoas de convívio constante do paciente para avaliar a existência de indivíduos também contaminados.

Palavras-chave: tuberculose peritoneal; ascite; tuberculose extrapulmonar.

A MÁQUINA DE PERFUSÃO NORMOTÉRMICA COMO MÉTODO DE INOVAÇÃO NO TRANSPLANTE DE FÍGADO

MARIA CLARA DE OLIVEIRA DELFIM MACHADO; ROBERTA GONÇALVES VEIGA BRITO.
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA, RIO DE JANEIRO - RJ -
BRASIL.

Objetivo: O estudo tem como objetivo analisar o papel da máquina de perfusão normotérmica (MPN) como um método de inovação na preservação dos transplantes de fígado através da discussão de ensaios clínicos e revisões literárias.

Método: O estudo é uma revisão bibliográfica sobre a MPN como método de inovação na preservação do transplante hepático. Os artigos científicos utilizados estão disponíveis nas bases de dados PubMed, Lilacs, Scielo e Springer. Os descritores que foram utilizados foram “liver transplant”, “transplante de fígado” e “normothermic”. Os critérios de inclusão foram artigos em inglês e português, publicados entre 2016 e 2022.

Resultados: Compreende-se que tem ocorrido o aumento de doadores de fígado que estão fazendo parte de critérios estendidos e de enxertos marginais. Dessa forma, a perfusão normotérmica permite uma variedade de intervenções terapêuticas que melhoram a qualidade do órgão, o que permite um transplante bem sucedido e a longo prazo sem complicações. Diante disso, a MPN tem como objetivo mimetizar um ambiente como o corpo humano, ou seja, fornecer oxigênio e nutrientes para o fígado na temperatura de 37°C. Assim, essa técnica diferente da convencional que utiliza o armazenamento a frio, faz anulação da hiperfibrinólise após reperfusão e inflamação, reposição de glicogênio e regeneração de ATP, diminuindo então o risco de lesão por isquemia-reperfusão grave, que resulta em uma menor disfunção precoce de aloenxerto e menos complicações biliares. Esse mecanismo abre caminho para o procedimento ser de resgate o que leva a uma transformação da cirurgia de transplante emergencial em cirurgia “semi eletiva”. No estudo randomizado de Nasralla, D et al, foram utilizados dados de 220 transplantes de fígados realizados e comparados a técnica de armazenamento convencional a frio com a preservação em MPN, evidenciando que fígados utilizando o dispositivo da normotérmica tiveram 50% menos de lesão do enxerto, 50% menos de descarte de fígado, resultando em 20% mais fígados transplantados e um tempo de preservação 54% maior.

Conclusão: A MPN é uma inovação pouco debatida mas que beneficia a preservação de órgãos. Espera-se então que com essa tecnologia, mais fígados saudáveis e marginais possam ser transplantados com melhores resultados e que menos vidas sejam perdidas na lista de espera. Já que, é comprovado que essa técnica tem capacidade de expandir o número de doadores e diminuir a taxa de descarte de órgãos. No entanto, necessitamos de mais estudos clínicos principalmente no que se desrespeita os aloenxertos saudáveis, visto que temos mais estudos sobre aloenxertos marginais. Além disso, esperam-se estudos com o resultado a longo prazo do transplante de fígado após MPN.

Palavras-chave: liver transplant;transplante de fígado;normothermic.

ANÁLISE COMPARATIVA DE DADOS DEMOGRÁFICOS E TEMPO DE ISQUEMIA FRIA DE RINS TRANSPLANTADOS E SUAS RELAÇÕES COM A PERDA DO ENXERTO

MÁRCIO DIAS GUILHERME FILHO; MATHIAS BURIN GROHE; VICTOR HUGO BELINATI LOUREIRO NETO. HOSPITAL DO ROCIO, CAMPO LARGO - PR - BRASIL.

Objetivo: Comparar dados demográficos e tempo de isquemia fria de rins transplantados de pacientes, receptores e doadores falecidos, submetidos a transplante renal no Hospital do Rocio de Campo Largo do estado do Paraná e suas relações com o desfecho do enxerto.

Método: Análise comparativa de dados demográficos de pacientes submetidos a transplante renal e tempo de isquemia fria do órgão, avaliando suas relações e influência na taxa de perda dos enxertos provenientes de doadores falecidos. Os procedimentos cirúrgicos para implante dos órgãos foram realizados no Hospital do Rocio de Campo Largo do estado do Paraná que receberam órgãos de doadores falecidos. Os dados analisados foram extraídos da tabela elaborada pelo banco de dados de transplantes renais, disposta pela equipe de urologia do Hospital do Rocio relativa ao número de transplantes renais de doadores vivos no período de 17/02/2016 a 25/11/2020 e relativa ao número de transplantes renais de doadores cadáveres no período de 09/04/2016 a 07/03/2021.

Resultados: As principais causas da perda de enxerto estão relacionadas a situações vasculares. Dos 361 pacientes receptores de transplante de doadores falecidos, 62 deles foram a óbito após o transplante. Analisando transplante de doadores falecidos, houve um predomínio de homens nessa amostra (56,3%). Foram analisados 250 enxertos viáveis e 105 enxertos perdidos. Não houve diferença de idade e sexo entre os pacientes que perderam ou não o enxerto. A idade do doador também não influenciou o desfecho negativo ($p=0,41$). Não houve diferença do tempo de isquemia entre os enxertos perdidos e os enxertos viáveis [média (DP) dos perdidos=19,9 (4,9) vs. média dos viáveis=19,6 (5,2), $p=0,61$].

Conclusão: Com isso, o transplante de rins se define como uma alternativa viável e que promove meios para beneficiar o paciente e o sistema de saúde reduzindo gastos econômicos governamentais e aumentando a qualidade de vida dos receptores. Evidentemente, é necessário prosseguir com estudos para aperfeiçoar e adquirir novos métodos terapêuticos no âmbito da doença renal terminal oferecendo recursos para que os pacientes recebam o tratamento de modo mais acessível e com excelência.

Palavras-chave: Transplante;rins;doadores.

PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL NO HOSPITAL DO ROCIO DE CAMPO LARGO – PARANÁ

MÁRCIO DIAS GUILHERME FILHO; MATHIAS BURIN GROHE; VICTOR HUGO BELINATI LOUREIRO NETO. HOSPITAL DO ROCIO, CAMPO LARGO - PR - BRASIL.

Objetivo: Perfil demográfico e epidemiológico de pacientes submetidos a transplante renal no Hospital do Rocio de Campo Largo do estado do Paraná que receberam órgãos de doadores vivos e de doadores falecidos.

Método: Perfil demográfico e epidemiológico que avalia as informações obtidas, durante um determinado período, de pacientes submetidos a transplante renal no Hospital do Rocio de Campo Largo do estado do Paraná que receberam órgãos de doadores vivos e de doadores falecidos. Os dados analisados foram extraídos da tabela elaborada pelo banco de dados de transplantes renais, disposta pela equipe de urologia do Hospital do Rocio relativa ao número de transplantes renais de doadores vivos no período de 17/02/2016 a 25/11/2020 e relativa ao número de transplantes renais de doadores cadáveres no período de 09/04/2016 a 07/03/2021.

Resultados: Total de transplante de doadores vivos: 106 pacientes / Média de idade dos receptores de doadores vivos: 43 anos (DP 12,35) / Cálculo da média, em meses, do intervalo entre a diálise e a inscrição: 27,96 meses (DP 50,16) / Cálculo da média do tempo de isquemia em horas: 1 hora e 19 minutos (DP 0,47) / Uso de duplo J no procedimento: 30 / Anastomose vascular na artéria ilíaca externa: 20 / Anastomose vascular na artéria ilíaca interna: 85 / Número de artérias encontradas no enxerto (Artéria renal única: 90,47%; Duas artérias renais (8,57%; Três artérias renais: 0,95%). Total de transplante de doadores cadáver: 361 pacientes / Média de idade dos receptores de doadores falecidos: 45,4 anos (DP 12,97) / Média de idade dos doadores falecidos: 43,4 anos (DP 14,09) / Porcentagem dos doadores cadáver por faixa etária: 11 a 17 anos: 3,32%; 18 a 34 anos: 27,14%; 35 a 49 anos: 26,59%; 50 a 64 anos: 40,44%; 65 a 79 anos: 2,49% / Cálculo da média, em meses, do intervalo entre a diálise e a inscrição: 36,73 meses (DP 45,51) / Cálculo da média do tempo de isquemia fria em horas: 19 horas e 58 minutos (DP 11,82) / Município com maior número de receptores: Manaus / Grupo sanguíneo mais encontrado nos pacientes receptores: Tipo O.

Conclusão: Com isso, o transplante de rins se define como uma alternativa viável e que promove meios para beneficiar o paciente e o sistema de saúde reduzindo gastos econômicos governamentais e aumentando a qualidade de vida dos receptores. Evidentemente, é necessário prosseguir com estudos para aperfeiçoar e adquirir novos métodos terapêuticos no âmbito da doença renal terminal oferecendo recursos para que os pacientes recebam o tratamento de modo mais acessível e com excelência.

Palavras-chave: Transplante;rins;doadores.

Biliotórax: Uma complicação decorrente de trauma penetrante toracoabdominal

NATHÁLIA GABRIELA SOARES MORATO; PATRICIA CABRAL COSTA; LEONARDO SCHIESS SALES ANTUNES; ROMULO ANDRADE SOUKI; RODRIGO VELOSO ROSSI; THAMIS VARGAS VIEIRA; RODRIGO OTÁVIO DUARTE DE ARAÚJO ABREU; NICHOLAS CASTRO RIBEIRO. HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Discutir complicação incomum nos ferimentos por arma de fogo e conduta adequada. **Relato de caso:** Homem, 41 anos, com ferimento toracoabdominal direito por arma de fogo, estável hemodinamicamente e radiografia de tórax com velamento à direita. Realizada toracostomia direita com drenagem pleural fechada. Em tomografias de tórax e abdome: hemopneumotórax moderado, fratura do 7º arco costal à direita, hemopneumoperitônio, lesão hepática grau IV em segmentos 2, 3, 4 e 8, lesão gástrica grau II e estilhaços em hipocôndrios direito e esquerdo. Realizada laparotomia exploradora com controle de danos. Rafia das lesões hepáticas e da lesão gástrica, empacotamento hepático e laparostomia. Após 2 dias, reabordagem cirúrgica com posicionamento de omento na lesão hepática e segundo plano da rafia gástrica. Lesão diafragmática direita de 4cm. Feita higienização e redrenagem do tórax direito e rafia do diafragma. Colocados dois drenos intra-abdominais, supra e infra-hepático, e retirado projétil em parede anterior do hipocôndrio esquerdo. Após 3 dias, paciente ainda intubado, com piora ventilatória, febre e leucocitose, amina em dose baixa e presença de bile no dreno torácico. Feita toracotomia direita: moderada quantidade de bile e deiscência parcial da sutura diafragmática. Nova higienização ampla do tórax, ressutura do diafragma em dois planos e posicionamento de dois drenos torácicos, anterior e posterior. No dia seguinte, melhora ventilatória e hemodinâmica, mantendo secreção biliar pelos drenos torácicos. Após 4 dias, nova laparotomia exploradora: pequena quantidade de bile, reposicionamento dos drenos abdominais e passagem de outro dreno supra-hepático. Rafia diafragmática com pequeno ponto de deiscência em terço médio. Feito reforço da sutura e posicionamento de patch de peritônio parietal, fixado com cola biológica. Paciente evoluiu para extubação, melhora clínica, laboratorial e hemodinâmica. Tem alta hospitalar após 40 dias de internação. Retorno ambulatorial com novas tomografias, com melhora pulmonar e das lesões hepáticas, sem derrame pleural ou coleções abdominais. **Discussão:** O biliotórax é complicação incomum no trauma penetrante toracoabdominal com lesão diafragmática associada. A bile causa inflamação grave da pleura. Pode levar ao empiema, encarceramento pulmonar e síndrome aguda do desconforto respiratório. Os sintomas mais comuns são febre, dispneia, dor pleurítica e em hipocôndrio direito e presença de bile no dreno torácico. O diagnóstico ocorre via tomografia ou ultrassom e mostra derrame pleural, coleção biliar e aumento de bilirrubina no líquido pleural. O tratamento consiste em drenagem torácica e abdominal, antibioticoterapia e suporte clínico. Se necessário laparotomia ou toracotomia para reparo de lesões viscerais e sutura do diafragma. O diagnóstico e intervenção precoces são imperativos para melhor prognóstico. O patch peritoneal para reforço diafragmático pode ser uma opção cirúrgica não convencional promissora.

Palavras-chave: Trauma toracoabdominal; Ferimento por arma de fogo; Biliotórax.

Cirurgia de controle do dano: experiência em quatro anos no Serviço de Trauma HMLJ.

YASMIM EMANOELLE DE PAULA MACHADO; BRUNO VAZ DE MELO; MARCIO BARROSO CAVALIERE; LUANA GOUVEIA RIO ROCHA DO CARMO; GUSTAVO PEREIRA DOURADO; LAIS SOUZA GERMANO; SABRINA OLIVEIRA DOS SANTOS. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Objetivo:

Avaliar o resultado, taxa de sobrevida e de mortalidade, tipos de lesões e técnicas cirúrgicas de controle de danos utilizadas em pacientes traumatizados graves.

Método:

Análise baseado em banco de dados do serviço, onde foram incluídos os casos tratados nos últimos 4 anos submetidos à cirurgia de controle de danos. Variáveis avaliadas: mortalidade precoce (< 48hs) e tardia, localização das lesões, técnicas empregadas e complicações.

Resultados:

Relatados 36 pacientes com lesões complexas: 72% apresentaram lesões toracoabdominais, 9% cervicais, 15% extremidades. Dentre as técnicas utilizadas, se destacam o shunt provisório, rafia venosa primária, ligadura venosa, embolização arterial, tamponamento por compressa intra e extra peritoneal, colectomia ou enterectomia com fechamento temporário de coto intestinal, balão hemostático, peritoniotomia, cistostomia, drenagem hepática, entre outros. Ao todo, 59% dos pacientes evoluíram com óbito, 31% nas primeiras 48hs (precoce), 28% apresentaram óbito tardio (mediana: 16 dias) por complicações clínicas, havendo sobrevida em 41%.

Conclusão:

A aplicação da cirurgia de controle de danos deve ser considerada na tentativa de combater a tríade letal do trauma em pacientes graves, com indicação adequada. As taxas de morbimortalidade com “damage control” apresentam redução progressiva compatíveis com os resultados apresentados e deve ser realizada com segurança, como demonstrado nesta série inicial.

Palavras-chave: Trauma ;Controle de danos;trauma abdominal.

LESÃO DE GLÂNDULA ADRENAL DIREITA NO TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: RELATO DE CASO

THAÍZA MELLO MALHEIROS; CIBELLE MARION BERTOLLI; ANA CAROLINA MOREIRA CERUTTI; FERNANDA BOARIN PACE; FELIPE MARCONDES DE OLIVEIRA; CARINA VITORIA PARADA DIAS; BRUNO BIGNARDI; INGRID VERÇOSA ALBUQUERQUE CRUZ OLIVEIRA. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÈS NARDINI, MAUÁ - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO Trauma da glândula adrenal (TGA) é uma lesão rara e subnotificada, relacionada a traumas de alto impacto. Possui manifestações clínicas discretas e inespecíficas e apresenta complicações ameaçadoras à vida. **RELATO DO CASO** B.B.C., 37 anos, masculino, vítima de queda de vôo de paramotor (aprox. 7 m). Queixava-se apenas de dor em membros. Sem antecedentes relevantes. Ao exame físico, apresentava hipertimpanismo em hemotórax direito, sem sangramento exteriorizado, abdome indolor, sem irritação peritoneal, sem equimoses, pressão arterial 129x90mmHg, frequência cardíaca 89 bpm, Glasgow 14, confuso e com sinais de fratura em tornozelo direito, perna esquerda e braço direito, com tala. Realizada drenagem torácica à direita e solicitados exames, cujos resultados relevantes ao caso são: hemograma normal, TC de tórax com fraturas de arcos costais e hemopneumotórax à direita, TC de abdome com aumento volumétrico de aspecto nodular e má definição dos contornos da adrenal direita, associado a densificação dos planos adiposos adjacentes e hematoma intraperitoneal em contiguidade, estendendo-se ao espaço hepatorenal deste lado, sugerindo trauma da glândula adrenal direita. Durante internação, paciente não apresentou sinais de sangramento, permaneceu sem dor abdominal, com exame físico abdominal normal e estabilidade hemodinâmica. Mantido tratamento conservador e devido boa evolução, recebeu alta da cirurgia geral no 7º dia. **DISCUSSÃO** TGA é mais frequente no trauma contuso e o impacto lateral parece ser a principal etiologia. A maioria dos TGA é associado a outras lesões, especialmente torácicas e hepáticas. A sintomatologia geralmente é incipiente, podendo haver dor em abdome anterior, dor lombar, náuseas, vômitos, hipotensão, hipertensão, massa palpável no flanco, alteração de consciência e febre. O diagnóstico é feito por exames de imagem, sendo padrão-ouro a TC de abdome com contraste EV. As complicações incluem ruptura da veia adrenal com hemorragia, infarto adrenal, trombose da veia adrenal, crise hipertensiva, insuficiência adrenal e síndrome pós-traumática feocromocitoma-like. O tratamento conservador é feito com suporte clínico, controle da dor e evitar manobras que aumentem pressão intra-abdominal. Em caso de hemorragia ativa, recomenda-se embolização transarterial, se insucesso ou indisponibilidade desta, orienta-se laparotomia para sutura hemostática ou adrenalectomia. No caso relatado não houve dado clínico de suspeição para TGA e o diagnóstico não teria ocorrido sem a TC. Uma vez que não havia sinal de sangramento ativo, foi corretamente optado pelo tratamento conservador, com desfecho favorável. **CONCLUSÃO** TGA é ainda pouco conhecido. Com a tendência à maior disponibilidade de exames de imagem, o diagnóstico de TGA tende a aumentar, por isso, é importante que as equipes conheçam esta condição, saibam reconhecê-la e manejá-la, visando reduzir subdiagnóstico, complicações e mortalidade.

Palavras-chave: ADRENAL; TRAUMA; SUPRARRENAL.

Lesão de Morel-Lavallée (LML) em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ).

GUSTAVO PEREIRA DOURADO; SABRINA OLIVEIRA DOS SANTOS; JULIANA MARINHO BASTOS; LAIS SOUZA GERMANO; BRUNO VAZ DE MELO; MARCIO CAVALIERE; DAYARA CARLA SOBRINHO DE LIMA. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Tema: Lesão de Morel-Lavallée (LML) em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ).

Autores: Bruno Vaz de Melo, Rodrigo Vaz Andrade, Márcio Cavalieri, Gustavo Dourado, Sabrina Oliveira dos Santos, Juliana MarinhoBastos, Lais Souza Germano, Dayana C. S. de Lima.

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

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo a revisão de dois casos de LML atendidos no Serviço de Cirurgia geral e submetidos ao protocolo de trauma em Lesão de Morel-Lavallée no HMLJ-RJ.

Casuística e Métodos: Foram analisados, retrospectivamente, os prontuários de dois casos com as seguintes variáveis: Intervalo de tempo entre dezembro de 2021 e maio de 2022, lesão de partes moles compatíveis com LML; material utilizado; disposição de uso; utilização de fármacos, técnica operatória; complicações; e pós cirúrgico.

Resultados: Foram catalogados dois casos com lesões em região inguinal, testicular, bolsa escrotal e membro inferior, com mais de um local de lesão em 100% dos casos. Os mecanismos de trauma foram: Trauma decorrente de acidente de trânsito e lesão corto-contusa. Taxa de amputação: 0% Taxa de mortalidade: 0% Alta hospitalar: 100%.

Conclusão: A cirurgia do controle do dano com lesão de Morel-Lavallée possui importância em paciente traumatizado para evitarem-se complicações graves no pós trauma, pois poderá resultar em infecção grave ou necrose cutânea extensiva. Essa pequena casuística retrata a importância desse arsenal terapêutico, sendo assim, o diagnóstico através do exame de imagem e a análise da cirurgia de escolha de fundamental importância para o manejo da lesão.

Palavras-chave: Morel-Lavallée ;Trauma;Lesao detectado mole.

Lesão duodenal e pancreática por trauma abdominal contuso: um relato de caso

IVON MENDONÇA QUEIROZ JUNIOR; ALEXANDRA MEDEIROS BRITO DE OLIVEIRA; GLAUCILENE RODRIGUES DA SILVA; ARLINDO MAICO MARTINS DA SILVA; JOAO PEDRO DE ARAUJO SIMOES CORREA. HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: O trauma abdominal é o insulto resultante de uma ação súbita e violenta por inúmeros agentes. No trauma contuso de abdome, as vísceras são submetidas a movimentos de aceleração, desaceleração, compressão e cisalhamento nas diversas direções. O baço é o órgão lesado em cerca de 40 a 55% das laparotomias por trauma contuso e o fígado em 35 a 45%. Menos frequentemente as vísceras ocas, as lesões pancreáticas e renais.

Relato do caso: W.J., 55 anos, sexo masculino, admitido na emergência do Hospital Municipal Miguel Couto - Rio de Janeiro/RJ, vítima de trauma abdominal contuso causado por atropelamento por auto, sendo ejetado contra anteparo. A avaliação inicial, paciente agitado, apresentando hematêmese volumosa, relato de socorrista que durante o transporte até unidade hospitalar o mesmo havia perdido quantidade significativa de sangue do trato gastrointestinal. Ao exame físico, regular estado geral, hipocorado, taquicárdico e estável hemodinamicamente; via aérea pérvia, murmúrio vesicular universalmente audíveis em ambos hemitórax; abdome doloroso, apresentando escoriação em hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite, somando 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow. Realizado tomografia de tórax, abdome e pelve, constatado pequenos focos de pneumoretroperitônio e hematoma volumoso em região retroperitoneal. Optado por conduta cirúrgica, em laparotomia exploratória, constatado hemoretroperitônio volumoso, não pulsátil; associado a lesões de órgãos intra-abdominais classificadas segundo a Associação Americana para Cirurgia do Trauma (AAST), como presença de lesão em parede duodenal anterior (grau II), lesão pancreática (grau IV), sem outras lesões associadas. Realizada rafia em parede duodenal em 2 planos, optado por controle do sangramento com ligadura de artéria pancreatoduodenal em leito da lesão pancreática; retirada de coágulos retroperitoneais; drenagem da cavidade abdominal e passagem de sonda nasoenteral (SNE) distal a lesão. No pós operatório imediato, paciente obteve melhora satisfatória, sendo iniciado nutrição por SNE no 2º dia pós operatório, dreno passou apresentar aspecto seroso, sendo então colhido amilase e lipase que se demonstraram normais. No 8º dia pós operatório, liberado dieta via oral conforme aceitação e após alguns dias, retirado dreno de cavidade abdominal. Paciente evoluiu com resposta satisfatória no pós operatório, sem sinais infecciosos e bom parâmetros clínicos e laboratoriais, optado por alta hospitalar no 11º dia pós operatório.

Discussão: Apesar de a lesão duodenal rara, o diagnóstico pode ser feito precocemente na maior parte dos casos, é necessário avaliar o mecanismo de trauma compatível, estudo pela TC, ou mesmo pela radiografia simples do abdome em ortostatismo e decúbito dorsal. O tratamento da lesão duodenal é controverso. A escolha da conduta depende da gravidade da lesão, do seu diagnóstico precoce ou tardio e da associação com alterações pancreáticas e das vias biliares.

Palavras-chave: Trauma abdominal contuso; Lesão duodenal; Laparotomia exploradora.

MANEJO MINIMAMENTE INVASIVO DE FÍSTULA BILIAR TRAUMÁTICA - RELATO DE CASO

FERNANDO B PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO; NATHALIA BARROS DE OLIVEIRA SANTOS; BERNARDO NOGUEIRA LIMA DE FIGUEIREDO; MARIANA SIMEONI MONTEIRO DE GUIMARÃES. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE JACAREPAGUÁ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Paciente de 25 anos, vítima de colisão moto vS auto, utilizando capacete, sendo projetada para fora da motocicleta e atingindo anteparo (poste de eletricidade), sendo transferida em caráter emergência a unidade pública. Segundo relatos, apresentava choque hipovolêmico refratário com FAST sendo realizado na sala vermelha, positivo para alteração em janela de espaço de Morrison, tendo sido então submetida a laparotomia exploradora que evidenciou grande hematoma em topografia hepática de segmentos V e VI, sem sangramentos ativos. Foi decidido então pela lavagem completa da cavidade e drenagem de espaço de Morrison e recesso diafragmático direito. A paciente evoluiu nos dias subsequentes com drenagem de secreção de aspecto biliar gradativamente maior, chegando a 1200mL no terceiro dia de pós operatório quando fora transferida para o nosso serviço. Nesse momento, apresentava-se hemodinamicamente estável, afebril, normocárdica e anictérica, sem dor abdominal. Laboratório sem alterações dignas de nota. Tomografia computadorizada de abdomen com estudo trifásico demonstrava alterações vasculares de perfusão referentes ao trauma em topografia supracitada sem sinais de coleperitônio ou abscessos. Ressonância magnética e colangiorressonância confirmaram fístula biliar orientada para drenos, sem sinais de coleções. Durante todo o período de investigação, a paciente não apresentou sinais de alarme, com débito do dreno variando entre 300 a 500mL/ dia de secreção francamente biliosa. Após discussão fora decidido então pela realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica que diagnosticou fistula biliar de ramo subsegmentar do segmento V, realizando então papilotomia endoscópica com passagem de prótese plástica. Após esse procedimento, o débito da fístula diminuiu gradativamente de maneira expressiva, com o dreno sendo retirado após o oitavo dia de procedimento. Exames complementares segmentares demonstraram resolução da patologia. A prótese biliar foi retirada após quatro semanas do procedimento. O manejo de fístulas biliares traumáticas é desafiador e exige atuação multidisciplinar com equipe treinada e com autonomia para abordagens em diversas estratégias. O desfecho favorável dessa paciente remete a atuação otimizada e atualizada de todos os profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Trauma;Fístula biliar;CPRE.

Relato de caso: Blush arterial intraparenquimatoso pulmonar no trauma torácico fechado.

RODRIGO OTÁVIO DUARTE DE ARAÚJO ABREU; LEONARDO SCHIESS SALES ANTUNES; SIZENANDO VIEIRA STARLING; LEONARDO CRUZ PEIXOTO; NATHÁLIA GABRIELA SOARES MORATO; THAMIS VARGAS VIEIRA; NICHOLAS CASTRO RIBEIRO; VICTOR FERREIRA GONÇALVES. HOSPITAL JOÃO XXIII, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O trauma torácico fechado, assim como as lacerações pulmonares, já tem seu manejo descrito há vários anos. Mesmo assim, em sua maioria, os casos cirúrgicos são desafiadores para o cirurgião do trauma. O caso a ser relatado possui uma apresentação bem singular com sinal radiológico não descrito na literatura, fato que se mostrou com um obstáculo na condução do caso. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 24 anos, trazido pelo SAMU, queda livre de 15 metros (viaduto). Admitido em máscara facial de O₂, confuso e letárgico. Estigma de traumatismo torácico, abdominal e pélvico, ausculta abolida a esquerda, oximetria não mensurável, choque classe IV, Fast beira leito com lâmina de líquido em espaço esplenorrenal. Realizada toracostomia com drenagem pleural fechada, débito hemático imediato de 600 ml com escape aéreo, e ressuscitação volêmica com concentrado de hemácia e plasma. O paciente apresentou melhora do padrão hemodinâmico e ventilatório, sendo levado a Tomografia computadorizada. Identificado dentre várias lesões ósseas, áreas de contusão pulmonar com blush arterial intraparenquimatoso. Definido inicialmente por conduta conservadora. Paciente manteve-se monitorizado e recebendo ressuscitação volêmica em sala de politrauma. Após 3 horas de vigilância, paciente cursou com piora súbita do padrão hemodinâmico e ventilatório, drenagem de mais de 500 ml em dreno torácico em 10 minutos. Levado em protocolo de onda vermelha para o bloco cirúrgico. Realizado toracotomia antero-lateral esquerda, tamponado o tórax com compressas, paciente apresentou PCR, realizado clampeamento da aorta e massagem cardíaca com retorno ao ritmo sinusal após 7 minutos. Identificada área de laceração pulmonar no segmento basal posterior que foi ressecada em cunha com grampeador linear cortante. O paciente foi encaminhado ao CTI em estado gravíssimo no pós operatório imediato. Iniciado protocolo de transfusão maciça. Paciente cursou com boa evolução hemodinâmica e ventilatória no pós operatório. Porém apresentou sequela neurológica devido ao tempo de PCR e antecedentes de uso de drogas relatado por acompanhantes. **Discussão:** O manejo do trauma torácico fechado já está bem estabelecido pelas diretrizes do ATLS, tanto para propedêutica de imagem, quanto para as indicações de toracotomia de emergência. Porém o paciente do caso relatado era um politraumatizado, sem indicação cirúrgica clara de acordo com o débito do dreno e imagem ímpar, um blush arterial intraparenquimatoso no pulmão. Caso foi amplamente discutido pela equipe e foi optado por tratamento não operatório no primeiro momento. A literatura não elucida quanto ao momento da abordagem cirúrgica nestes casos, mas sabendo do desfecho, uma abordagem cirúrgica precoce pode ser mais eficaz para casos semelhantes.

Palavras-chave: trauma;torax;toracotomia.

TRANSECÇÃO PANCREÁTICA POR TRAUMA FECHADO: UM RELATO DE CASO

CAIQUE FERNANDES ALVES; MAYARA GALISSE NEGRAO; ERICK COELHO VALADARES; ROQUE BELTRÃO BATISTA; FERNANDA DIAS TERAMOTO; ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA; MARIANA WILLES SANTANA SOARES; GABRIELA BEATRIZ SIA. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: A morbimortalidade relacionada as lesões pancreáticas graves é notável, ademais, lesões de ducto pancreático principal tratadas de forma inadequada, inevitavelmente resultam em complicações graves como pseudocistos, fístulas, sepse e distúrbios hemorrágicos secundários. O sangramento descontrolado de grandes veias peripancreáticas esplâncnicas ou lesões graves de órgãos sólidos adjacentes geralmente é a causa de mortes precoces no trauma pancreático, enquanto a mortalidade tardia é devido às consequências de sepse intra-abdominal e falência de múltiplos órgãos.

Relato de Caso: Paciente masculino, 39 anos, vítima de queda de 4 metros de altura com contusão abdominal em estrutura metálica. Paciente admitido sob protocolo do ATLS apresentando choque hemorrágico grau IV, FAST positivo na janela hepatorenal com início do protocolo de Transfusão maciça e estabilização do quadro. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou lesão esplênica intraparenquimatosa com blush arterial (grau III) e secção completa do pâncreas em transição corpo caudal, sem outras lesões. Indicada laparotomia exploradora com realização de esplenectomia, pancreatectomia corpo caudal com sutura hemostática da porção remanescente seguida de Damage control. Realizado second look após 72 horas sem sinais de sangramento ativo ou novas lesões com drenagem da loja pancreática. Paciente evoluiu com fístula pancreática, resolvida após 37 dias de internação recebendo alta com dieta via oral plena, sem drenagem da cavidade e encaminhado ao centro de assistência municipal.

Discussão: Lesões identificadas no corpo ou cauda do pâncreas com grandes lacerações ou transecções, do ducto pancreático são melhores tratadas com pancreatectomia corpo-caudal associada a esplenectomia. Neste caso, o paciente apresentava outro fator que reforçava ainda mais a decisão pela esplenectomia, uma lesão esplênica grau III, com probabilidade notável de complicação no contexto de trauma grave que o mesmo se apresentava.

Como forma de prevenir fistulas pancreáticas, a reconstrução em Y de Roux é uma estratégia utilizada, porém dado o contexto de trauma grave, este procedimento prolongaria o tempo cirúrgico, expondo o paciente a condições deletérias podendo contribuir para um desfecho negativo. Outro fator a ser considerado é que mesmo em pacientes fisiologicamente estáveis, uma anastomose entre um remanescente pancreático traumatizado e uma alça intestinal em Y de Roux não é segura e provavelmente fistulizará.

Conclusão: O manejo das lesões pancreáticas é complexo e muitas vezes requer uma abordagem multidisciplinar. Cirurgiões de trauma e pancreáticos experientes, endoscopistas, médicos de unidades de terapia intensiva e radiologistas devem colaborar intensamente para oferecer aos pacientes os melhores resultados.

O trauma pancreático tem grande potencial de complicações deve ser tratado de maneira precisa e ágil para garantir melhor prognóstico ao paciente.

Palavras-chave: TRAUMA

PANCREATICO;PANCREAS;TRAUMA

CONTUSO.

Tratamento não operatório de trauma hepático contuso complexo (hematoma subcapsular gigante): relato de caso e revisão de literatura

LAIS SOUZA GERMANO¹; GABRIEL MOREIRA DE MORAES²; CLARA ARAÚJO SCALABRIN¹; SABRINA OLIVEIRA DOS SANTOS¹; GUSTAVO PEREIRA DOURADO¹; JULIANA MARINHO BASTOS¹; BRUNO VAZ DE MELO¹. 1. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: O trauma hepático contuso é uma patologia recorrente, com possíveis acometimentos anatômicos diversos, o que representa um desafio no manejo terapêutico.

Relato de caso: A.L.C., feminina, 40 anos, vítima de trauma contuso abdominal por prancha de surfe chega ao Hospital Municipal Lourenço Jorge por meios próprios, com relato de dor abdominal intensa, náuseas e vômitos, estável hemodinamicamente. Ao exame físico, paciente apresentava-se hipocorada 2+/4+, com abdome algo distendido, doloroso à palpação predominantemente em hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite. Realizada analgesia e conduzida ao tomógrafo, onde foi constatado grande hematoma subcapsular hepático medindo 15.13x5.39cm, com cerca de 700 cm³. Realizadas tomografias de abdome com contraste e laboratório para acompanhamento da contusão hepática. No desfecho, a paciente apresentava melhora da dor, porém ainda sem efetiva redução da lesão, recebendo alta hospitalar após 14 dias de internação com orientações médicas específicas, seguimento ambulatorial regular e manutenção dos exames de imagem para confirmar a regressão do hematoma. Não houve intercorrência desde a alta hospitalar, seguindo neste formato de acompanhamento até o momento.

Discussão: O fígado é o órgão abdominal mais frequentemente lesado em traumas abdominais contusos. Se houver estabilidade clínica, podem ser realizados exames complementares laboratoriais e de imagem, sendo a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome com contraste costuma ser o método mais escolhido para confirmação definitiva de lesão, além da definição de seu grau. O manejo não operatório é o tratamento de escolha para pacientes hemodinamicamente estáveis com lesão hepática, independentemente do grau, e consiste em observação e cuidados de suporte com o uso adjuvante de arteriografia e embolização hepática. Este, por sua vez, requer a seleção adequada de pacientes e a disponibilidade de recursos e equipe multidisciplinar. As taxas de mortalidade por lesão hepática variam de acordo com o grau da lesão e melhoraram ao longo do tempo com a introdução de estratégias de manejo não operatório e o uso de tamponamento peri-hepático. Como a mortalidade é incomum com lesões de grau I e II, a maior redução na mortalidade operatória ocorreu para lesões hepáticas de grau superior. Muitos desses traumas de alto grau podem ser tratadas com sucesso de forma não cirúrgica, com baixas taxas de mortalidade gerais variando de 0 a 8%. Estas mais altas são observadas para aqueles pacientes com lesões de alto grau que requerem tratamento cirúrgico imediatamente ou como resultado de falha no tratamento não cirúrgico (30 a 68%).

Referência:

A.B. Christmas, D.G. Jacobs. Management of hepatic trauma in adults. Uptodate.com
DB Diercks, SO Clarke. Initial evaluation and management of blunt abdominal trauma in adults. Uptodate.com

Palavras-chave: trauma; fígado; hematoma subcapsular hepático.

Trauma abdominal aberto por ferimento de arma de fogo em transição toracoabdominal: um relato de caso

IVON MENDONÇA QUEIROZ JUNIOR; RAQUEL ABREU FERREIRA; ALEXANDRA MEDEIROS BRITO DE OLIVEIRA; GLAUCILENE RODRIGUES DA SILVA; ARLINDO MAICO MARTINS DA SILVA. HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

O traumatismo abdominal é responsável por um número expressivo de mortes evitáveis. Dentre os traumas penetrantes, os ferimentos por arma de fogo (FAF) causam mais danos intra-abdominais devido à extensão da sua trajetória e a maior energia cinética dissipada. Sendo assim, o número de lesões, locais do corpo atingidos e o exame dos orifícios de entrada e/ou saída dos projéteis auxiliam na individualização das decisões.

RELATO DO CASO

F.D.A.L., 26 anos, sexo masculino, admitido na emergência do Hospital Municipal Miguel Couto - Rio de Janeiro/RJ, vítima de FAF em transição toracoabdominal à esquerda. A avaliação inicial, constatado ferimento com orifício de entrada em região epigástrica e saída em região paravertebral à esquerda. Ao exame físico, regular estado geral, hipocorado, sudoreico, taquipneico e estável hemodinamicamente; via aérea pérvia, murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo; abdome doloroso sem sinais de peritonite, somando 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow. Em laparotomia exploratória, constatado hemoperitônio volumoso; associado a lesões de órgãos intra-abdominais classificadas segundo a Associação Americana para Cirurgia do Trauma (AAST), como presença de lesão esplênica em polo superior e hilo (grau V), lesão hepática em segmento I (grau II); lesão em parede anterior do corpo gástrico e diafragmática em comunicação com pericárdio; hemotórax à esquerda. Foi realizada, drenagem pleural fechada à esquerda; esplenectomia total; optado por toracotomia e abertura do saco pericárdico com visualização de lesão no miocárdio em ápice cardíaco; realizada então, rafia do miocárdio e da parede anterior gástrica em dois planos; drenagem da cavidade abdominal. No 8º dia pós operatório, evoluiu com sangramento digestivo alto, realizada EDA, sem evidências de sangramento ativo, porém com grande quantidade de coágulos. No 12º dia pós operatório apresentou piora clínica, hematêmese e enterorragia, associado à instabilidade hemodinâmica. Realizado reabordagem cirúrgica, no intra-operatório, realizado incisão na parede gástrica anterior, grande quantidade de coágulos e pequeno foco de sangramento próximo a rafiagástrica prévia; realizado controle do sangramento com rafia de lesão. Paciente evoluiu com resposta satisfatória no pós operatório, sem novos episódios de hemorragia digestiva, optado por alta hospitalar no 21º dia pós operatório.

DISCUSSÃO.

O caso evidencia a importância de conduta adequada em tempo hábil visando minimizar os danos e prevenindo desfechos desfavoráveis. Além disso, demonstra a importância de cuidados intensivos no pós operatório de FAF, como em casos de complicações como choque hipovolêmico e atuação rápida visando estabilizar o paciente.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de informação sobre mortalidade – SIM. Brasília; 2007.
2. In: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS - THE COMMITTEE ON TRAUMA. ATLS - Advanced Trauma Life Support. Chicago, IL 60611 -3211, 2018.

Palavras-chave: Trauma abdominal; Ferimento de arma de fogo; Transição toracoabdominal.

TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO COM LESAO HEPATICA E PANCREATICA:RELATO DE CASO

LUCAS VIEIRA GUIMARAES BARRETO¹; DANILO GIL BICHARA¹; JULIA LANNA RESENDE¹; DYONISIO SAAD JOSE BICHARA¹; ANA CLARA FONSÊCA SOUZA DE JESUS²; ALTIVA LOPES DE MELO¹; MARIA ALEJANDRA SANDOVAL BARBERY¹; MARIA LUIZA ANDRADE SIQUEIRA¹. 1. HOSPITAL SANTA RITA- CONTAGEM MG, CONTAGEM - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA RITA- CONTAGEM MG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Conforme o comitê de trauma do colégio americano de cirurgiões trauma é a lesão caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico, decorrente da exposição aguda à várias formas de energia. Nas estatísticas de mortalidade do Brasil, o trauma é a principal causa de óbito entre 1 a 40 anos de idade. Por esse motivo, este trabalho tem por objetivo relatar o caso de um paciente com trauma abdominal contuso com lesão hepática e pancreática.

Paciente JVCC, masculino, 26 anos, deu entrada no Hospital Santa Rita no dia 15/06, às 19:10h relatando ter sofrido acidente de trabalho ao ser prensado por duas placas de metal. Paciente queixando de dor em região toracoabdominal esquerda, sem sinais de peritonite, estável hemodinamicamente, sem déficits motor e sem lesão aparente à radiografia de tórax. TC de abdome apresentou grande quantidade de líquido livre na pelve e líquido perihepático e imagem duvidosa em região pancreática. Paciente evoluiu com instabilidade e piora da dor abdominal, foi realizado laparotomia exploradora de urgência e constatou-se extensa lesão hepática nos segmentos II, III e IV com sangramento ativo e lesão completa corpo caudal pancreática grau III. Realizado pancreatectomia corpo caudal com preservação esplênica, pancreatorrafia distal, hepatorrafia, drenagem da cavidade com três drenos tubulares, um posicionado no leito pancreático e os outros dois no leito hepático anterior e posterior. Paciente foi encaminhado ao CTI entubado, instável hemodinamicamente em uso de amina em baixas doses.

O tratamento do trauma pancreático varia conforme a gravidade e o local da lesão. Para lesões classificadas como grau I/II é realizado manejo clínico já para lesões grau III-IV pode ser indicado tratamento cirúrgico com possível ressecção pancreática. Uma alta morbidade e mortalidade estão associadas ao trauma pancreático, com taxas relatadas de 30 a 50% e de 10 a 32%, respectivamente, tornando imperativo o diagnóstico precoce e o tratamento acurados. As principais complicações nesse tipo de trauma são: abscesso intra- abdominal, fístula pancreática, pancreatite e infecção de sítio cirúrgico. O manejo avalia a estabilidade hemodinâmica, lesões associadas e o grau de lesão hepática seguindo a classificação da Associação Americana de Cirurgia do Trauma (AAST), divididas em grau I a grau V e o tratamento pode ser ou não cirúrgico conforme a gravidade.

É evidente que a avaliação primária sistematizada e sua reavaliação seriada foram de extrema importância para garantir a sobrevivência do paciente relatado. Esse caso demonstra a importância de seguir rigorosamente o ABCDE, nas primeiras horas do trauma, levando à uma redução significativa na taxa de mortalidade.

Referências:

TARCHOULI, Mohamed et al. Liver trauma: What current management?. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, v. 17, n. 1, p. 39-44, 2018.
TAGHAVI, Sharven; ASKARI, Reza. Liver trauma. 2018.

Palavras-chave: Atendimento ao politraumatizado; Trauma hepático; Trauma pancreático.

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO – TRANSECÇÃO DE SIGMOIDE E DISSECÇÃO DE AORTA STANFORD TIPO B

ANA FLAVIA DE SOUZA HENRIQUE; JAQUELINE MENDES DA LUZ MAGALHÃES; MARIA EUGENIA DA COSTA REGHIN; SELMA CRISTINA OLIVEIRA SASTRE DOS SANTOS; VINICIUS ANTONIO PERON; GUILHERME ORLANDINI ABILAS; RAFAEL NEIVA DE AZEVEDO; MARIA EMILIA LORENÇATTO. IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

Introdução

As lesões por trauma constituem relevante causa de morbi/mortalidade no Brasil, atingindo, em geral, a população jovem e economicamente ativa. Cerca de 75% dos casos de trauma abdominal contuso são relacionados à colisão de veículos automotivos e a prevalência de lesões intra-abdominais entre estes pacientes é de aproximadamente 13%, sendo fígado e baço os órgãos mais comumente lesionados. As lesões de vísceras ocas são mais raras, porém mais extensas e graves, normalmente ocorrem devido as forças de cisalhamento pela desaceleração, podendo causar lacerações nos locais de fixação visceral, ocasionadas devido ao uso do cinto de segurança.

Caso Clínico

Homem, 34 anos, previamente hígido, admitido em centro de trauma, vítima de colisão auto *versus* anteparo. Queixa de dor abdominal moderada, afirma uso do cinto de segurança durante a colisão, em choque grau II, responsivo a volume, sem necessidade de droga vasoativa. Avaliação inicial conforme protocolo ATLS apresentou: A: Via aérea pérvia, uso de colar cervical e prancha rígida. B: Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, SatO₂=96% em ar ambiente, expansibilidade torácica simétrica preservada. C: FC:115, PA: 110x70mmHg, pulsos distais presentes. D: Glasgow 15, Pupilas isocóricas e fotorreagentes. E: Sinal do cinto de segurança em topografia de crista ilíaca antero-superior esquerda, abdome flácido, doloroso à palpação difusa, sem sinais de peritonite, pelve estável. Tomografia de abdome demonstrou pequena quantidade de líquido livre na cavidade e diminutas bolhas de pneumoperitônio, presença de dissecção em aorta abdominal e ilíaca esquerda. Realizada laparotomia exploradora de urgência. Inventário de cavidade: secção completa de cólon sigmóide e laceração de mesocólon subjacente, presença de pequena quantidade de conteúdo fecalóide em cavidade, laceração de alça de delgado (<50% do diâmetro da alça). Optado por rafia de delgado, rafia e sepultamento de coto distal de sigmoide e confecção de colostomia com sigmoide proximal. Paciente encaminhado a UTI para pós operatório, evoluindo hemodinamicamente estável e com bom funcionamento de colostomia. Equipe de cirurgia vascular optou por tratamento conservador de dissecção de aorta com heparina em bomba e controle hemodinâmico. Alta da UTI após 8 dias e hospitalar após mais 3 com encaminhamento ambulatorial para programação de reconstrução de trânsito intestinal.

Conclusão

O conhecimento da cinética do trauma é imprescindível na suspeição de lesões intra-abdominais, visto que a vítima pode apresentar quadro clínico inicial estável, mesmo com lesão grave, necessitando intervenção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Parreira, José Gustavo et al. Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2017, v. 44, n. 4
2. Michaelis, Wilson et al. Dissecção aórtica de tipo B de Stanford: relato de caso e revisão de literatura. Jornal Vascular Brasileiro. 2017, v. 16, n. 3

Palavras-chave: Trauma Abdominal; Transsecção de Sigmóide; Dissecção de Aorta.

Trauma cardíaco e do pericárdio - série de casos

NATHÁLIA PEREIRA DOS SANTOS MELLO; YASMIM EMANOELLE DE PAULA MACHADO; BRUNO VAZ DE MELO; MARCIO BARROSO CAVALIERE; LUCAS FONTES DE ALMEIDA AMADO; FERNANDA CAROLINA FRAIOLI PROENÇA; CLARA TEIXEIRA CAVARSAN DE CASTRO. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Objetivo

Avaliar os pacientes tratados no serviço de trauma com lesão cardíaca e/ ou pericárdica, numa série de 30 pacientes acompanhados no período de 11 anos.

Método

Análise retrospectiva, baseada no banco de dados do serviço, dos pacientes vítimas de trauma cardíaco e pericárdio (incluídos pericárdio quando isolado) que foram atendidos com vida no hospital. Consideradas também na série possíveis lesões despercebidas cardíacas. Avaliados: cinemática do trauma, diagnóstico, via de acesso, câmara lesada, tratamento realizado, complicações e mortalidade.

Resultados

Nessa série 30 pacientes com lesões cardíacas ou pericárdicas foram considerados. 5 pacientes tiveram lesões isoladas do pericárdio. O principal mecanismo de trauma foi a lesão por arma branca (80%). 3 pacientes foram submetidos à toracotomia de reanimação e apresentavam lesão cardíaca. A toracotomia anterolateral esquerda foi a via mais utilizada, seguida da bitoracotomia. A toracoscopia e esternotomia foram utilizadas em apenas 1 caso respectivamente. A câmara cardíaca mais lesada foi o ventrículo direito. Diversos métodos diagnósticos foram utilizados - FAST, tomografia computadorizada, sendo o diagnóstico clínico o mais frequente. 5 pacientes apresentaram complicações clínicas associadas. A mortalidade ocorreu em oito pacientes (31%). Todos os sobreviventes fizeram controle radiológico com ecocardiograma. A cardiografia foi a técnica mais usada nos pacientes com lesão cardíaca e drenagem nas de pericárdio.

Conclusões

As lesões cardíacas ainda apresentam grande desafio no seu manejo, desde o diagnóstico até a própria abordagem cirúrgica. Nesta pequena série observou-se algumas lesões isoladas de pericárdio e uma mortalidade global alta. Os serviços de trauma devem estar preparados para abordagem de trauma cardíaco e rápida identificação dos casos a fim de se evitar complicações tardias por ausência de diagnóstico.

Palavras-chave: Trauma cardíaco; Trauma de pericárdio; toracotomia; .

Trauma Torácico Severo (TTS) associado à completa luxação glenoumeral com exposição de úmero em paciente politraumatizado: Relato de Caso

GABRIEL ANTUNES FRANCO DA SILVA¹; ROBSON VIEIRA DA SILVA²; FERNANDA PINTO TORQUATO²; LETICIA NUNES CAMPISTA SILVEIRA²; MARIA LUÍSA MANHÃES MOTTA RIBEIRO GOMES²; NATALIA GOMES ANDRADE³. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ), MACAÉ - RJ - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL FERREIRA MACHADO, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

O Trauma Torácico Severo (TTS) em um paciente politraumatizado indica uma maior morbimortalidade, possuindo complicações como hemorragia, choque, sepse, falência múltipla de órgãos e insuficiência respiratória. A gravidade desse trauma depende de fatores anatômicos como número de costelas fraturadas, presença de fraturas bilaterais, tórax instável e contusão pulmonar, sendo determinante para o manejo do paciente. Este trabalho trata-se de um relato de caso de um Trauma Torácico Severo causado por acidente motociclístico seguido de atropelamento que apresentava sinais instabilidade hemodinâmica e choque, além de redução de murmúrio vesicular bilateralmente, dor torácica e dor em MSD, sendo observada exteriorização da cabeça do úmero direito no momento de admissão, sem indícios externos de tórax instável. Paciente foi estabilizada com reposição volêmica e protocolo de transfusão com hemocomponentes e encaminhada para realização de Tomografia Computadorizada (TC). No caso em questão, a paciente encontrava-se hemodinamicamente instável e hipoxêmica, o que exigiu sedoanalgesia para intubação orotraqueal e suporte com ventilação mecânica antes da ida ao Centro Cirúrgico da unidade. Posteriormente, foi submetida a esplenectomia, devido a contusões-lacerações grau IV no baço, e drenagem torácica em selo d'água bilateralmente, por conta da presença de hemopneumotórax à esquerda e pneumotórax à direita. Além de limpeza mecânico-cirúrgica com redução cruenta de luxação exposta de úmero direito. Após procedimento cirúrgico pela equipe de Cirurgia Geral e Ortopedia, a paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu no pós-operatório sedada, com tubo orotraqueal (TOT) sob Ventilação Mecânica (VM) durante 14 dias e hemodinamicamente estável. Nos 24 dias subsequentes na UTI, a paciente esteve com otimização de analgésicos para controle da dor, antibioticoterapia para controle de infecções e fisioterapia respiratória e motora com a finalidade de retomar sua capacidade respiratória e possibilitar a alta da UTI. Após esses 38 dias, a paciente foi encaminhada para a enfermaria, onde ficou em observação por 5 dias e, em seguida, recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

Palavras-chave: Trauma Torácico Severo;Tórax Instável;Luxação Exposta.

USO DO BALÃO DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE EM INTRA-OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO FERIMENTO TORACOABDOMINAL PENETRANTE POR ARMA BRANCA: RELATO DE CASO

GABRIELA GOMES FANTINI; THAIS GOMES SALA; ANDRE CANESSO PIERRO; SANDRO NAMIKAWA; FABIO HERIQUE CHAIM. HOSPITAL MUNICIPAL DR MÁRIO GATTI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO

O trauma abdominal pode ser classificado em dois tipos distintos: penetrante ou contuso. O trauma penetrante pode ser ocasionado por arma branca ou por projétil de arma de fogo. Os ferimentos por arma branca atingem mais comumente, em ordem decrescente, fígado (40%), intestino delgado (30%), o diafragma (20%) e o cólon (15%). As altas taxas estatísticas de lesões hepáticas justificam-se devido ao seu tamanho e posição anatômica. O sangramento devido a um trauma penetrante pode ser de difícil controle. Em lesões centrais do parênquima hepático, a abordagem direta da lesão, por hepatotomia, está associada a uma grande perda sanguínea, muitas vezes fatal, fazendo com que usemos estratégias mais efetivas. Para tais lesões o uso do Balão de Sengstaken-Blakemore (BSB) mostra-se uma boa opção terapêutica.

RELATO

DE

CASO

Paciente masculino, 35 anos, deu entrada na emergência devido a ferimento penetrante na região toracoabdominal. Admitido com vias aéreas pervias; pouco contactante; tórax simétrico com expansibilidade preservada, murmúrio vesicular ausente à direita, frequência cardíaca de 130 batimentos por minuto, pulsos finos, sudoreico, PA 74x47 mmHg; escala de coma de glasgow 10; sudoreico. Ferimento penetrante em hemitórax à direita + lesão em abdome superior à direita com evisceração de epiplon. Devido à instabilidade clínica, paciente foi submetido a toracostomia à direita + toracotomia + laparotomia exploradora em que foi evidenciado lesão em cúpula diafragmática, lesão em delgado grau II, lesão de reto alto grau I, e sangramento proveniente de lesão hepática grau IV, em que foi optado por realizar hemostasia alocando o balão. Realizado controle de danos, paciente mantido em peritoniotomia, reabordado 72 horas em que balão foi desinsuflado e foi evidenciado fístula biliar. Alocado dreno portovac sub-hepático para direcionamento de fistula biliar. Paciente evoluiu em 15º pós-operatório (PO) com abscesso hepático em que foi realizado punção guiada por US + alocado cateter de Shilley e realizado lavagem diária até melhora clínica do paciente, recebendo alta hospitalar no 50º PO. Em seguimento ambulatorial paciente sem queixas, recebendo alta da especialidade.

DISCUSSÃO

O trauma hepático penetrante pode representar uma condição letal, com altas taxas de mortalidade. Dentre as táticas cirúrgicas, o tamponamento com balão para lesões hepáticas complexas mostrou-se menos traumática que a hepatotomia e apresenta vantagens em relação ao empacotamento hepático: pode ser insuflado seletivamente para obter hemostasia, sem problemas de sequelas isquêmicas; apresenta menor reação de corpo tendo portanto, menor chance de infecção local. Complicações hepatobiliares ocorrem em aproximadamente 50% dos pacientes que sobrevivem, estando dentre as principais abscesso hepático, fístula biliar, abscesso cavitário e pancreatite, em que o manejo também configura um desafio para os cirurgiões.

Palavras-chave: Traumatismos Abdominais;Fígado;Balão Intra-hepático.

Abdome Agudo Obstrutivo por Íleo Biliar: Relato de caso

ANDERSON DE ALMEIDA AMARAL¹; GABRIEL BRAGA PEREIRA²; DANIEL BRITTO SANTOS²; JOÃO PAULO LEMOS DA SILVEIRA SANTOS²; RODRIGO RODRIGUES DIAS BRITO²; GABRIEL DO AMARAL CAVALCANTE¹; RODRIGO SIGUENZA SAQUICELA¹; WILSON TOMAZ DA SILVA JÚNIOR³. 1. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - FEPECS, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL MONSEHOR FLÁVIO D'AMATO - HOSPITAL MUNICIPAL, SETE LAGOAS - MG - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APARECIDO DOS SANTOS - UNICEPLAC, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O Íleo Biliar é definido como obstrução intestinal mecânica causada pela impactação de cálculos biliares na luz intestinal, sendo o íleo terminal o local mais comum. O diagnóstico é dificultado pelos sintomas inespecíficos. A abordagem inicial se dá pela estabilização do paciente, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e investigação de abdome agudo. É possível investigar por métodos de imagem, porém o diagnóstico em geral é intraoperatório.

RELATO DE CASO: Paciente masculino 75 anos, admitido com dor em cólica, distensão abdominal há 6 dias, associado a náuseas e vômitos biliosos. Ao exame físico mostrava-se em regular estado geral, desidratado, corado, taquicárdico e taquipneico. Exame abdominal: globoso, obeso, dor difusa à palpação profunda, distensão, timpanismo, sem sinais de defesa, Murphy e Blumberg negativos. Toque retal: fezes em síbalos presentes em pouca quantidade. Laboratório: leucocitose de 22.400 com desvio à esquerda, PCR de 3,2. TC de abdome com contraste com padrão obstrutivo mecânico, estrutura intraluminal em íleo distal ovalada, periferia calcificada de 2,8x2,57cm, sugerindo “íleo biliar” e colecistopatia crônica, provável fistulização da vesícula para o duodeno. Submetido a laparotomia exploradora, que evidenciou obstrução de intestino delgado em íleo terminal junto à válvula ileocecal por cálculo biliar de cerca de 5cm de diâmetro, vesícula biliar espessada, aderida ao duodeno com bloqueio. Realizada ordenha do cálculo até 30cm da válvula ileocecal, prosseguido a enterotomia, retirada do cálculo, enterorrafia em 2 planos. Diante da idade e contexto clínico do doente, optado por adiar a colecistectomia e exploração da fístula colecistoduodenal no primeiro tempo. Recebeu alta no 7º dia pós operatório com programação de abordagem eletiva de fístula bilioentérica.

DISCUSSÃO: Íleo biliar é causa rara de obstrução intestinal, com maior incidência na população idosa. Estima-se mortalidade entre 7-30% associada às complicações da doença. A alta taxa de mortalidade está relacionada a fatores não modificáveis como múltiplas comorbidades, alto risco cardiovascular, pneumopatias e quadro clínico arrastado. É consenso que o tratamento padrão ouro para essa condição seja a abordagem cirúrgica, no entanto ainda é discutida a extensão da cirurgia. Fica a critério do cirurgião decidir se a correção será feita no mesmo ato ou se o paciente será submetido a cirurgia eletiva e seguimento ambulatorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CHANG, Liisa et al. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. **Emergency radiology**, v. 25, n. 2, p. 189-196, 2018.

FEDELE, S. et al. Gallstone ileus in a ninety-two years old colecistectomized patient after endoscopic biliary sphincterotomy: a case report. **Il Giornale di chirurgia**, v. 38, n. 6, p. 299, 2017.

PLONEDA-VALENCIA, C. F. et al. Gallstone ileus: An overview of the literature. **Revista de Gastroenterología de México (English Edition)**, v. 82, n. 3, p. 248-254, 2017.

Palavras-chave: Íleo Biliar;Fístula colecistoentérica;Obstrução intestinal.

Abordagem cirúrgica em paciente de 18 anos com hérnia de Bochdalek – relato de caso

RODOLFO CHIERICI MOULIN; ROBERTA LIMA STAUFFER; MARCIO CARDOSO NOGUEIRA; CAMILLY PETRI PEREIRA; GABRIELY PINHEIRO LEITE VIEIRA; NATHALIA RIBEIRO COELHO. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

A hérnia de Bochdalek (HB) é um tipo de hérnia diafragmática congênita que é mais comum na população pediátrica e torna-se rara em pacientes adultos. Quando presente, apenas 25% dos casos são assintomáticos, podendo manifestar sintomas em casos que já evoluíram para complicações, como encarceramento e perfuração do conteúdo herniário e compressão pulmonar. No caso descrito a seguir, a paciente foi diagnosticada com hérnia de Bochdalek após apresentar dor em quadrante superior esquerdo do abdome, associada a parada de eliminação de fezes e flatos, dispneia progressiva e vertigem aos pequenos esforços. O diagnóstico foi feito com base em uma tomografia de tórax e abdome solicitada para investigação de um possível abdome agudo obstrutivo, no entanto, foi evidenciado o saco herniário compatível com quadro de HB. A partir de então, foi programada abordagem cirúrgica de urgência para resolução do quadro. No intraoperatório foi encontrada perfuração de alça contida no saco herniário e coleção de pus na cavidade torácica, o que levou a necessidade de realizar colectomia a Hartmann e colocação de drenos no tórax e abdome para drenagem de possíveis coleções. Esse artigo tem como objetivo relatar a condução de abordagem cirúrgica de hérnia de Bochdalek em paciente não pediátrica realizada pelo serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo.

Palavras-chave: HERNIA DIAFRAGMÁTICA;HERNIA DE BOCHDALEK;HERNIA DIAFRAGMATICA CONGÊNITA.

Corpo estranho impactado em apêndice

RODRIGO DABES DE SOUZA RODRIGUES¹; DÉBORAH DEMING LEÃO BRANDÃO¹; LEONARDO LANNI DE OLIVEIRA²; ANTONIO CARLOS LEON DOS SANTOS¹; IGOR DOMINICK MICHALICK³; MARCELO VIEIRA GISSONI DE CARVALHO¹; IGOR SAINT'CLAIR DE CASTRO DOCO¹; RODRIGO FARIA CARDOSO¹. 1. HOSPITAL SÃO JOSÉ, CONTAGEM - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL SÃO JOSE, CONTAGEM - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL SAO JOSÉ, CONTAGEM - MG - BRASIL.

Introdução: A ingesta accidental de objetos é um evento comum. A conduta expectante é efetiva na maioria dos casos, com a passagem do corpo estranho pelo trato gastrointestinal sem repercussões. Trazemos um relato de caso de ingesta de prego com impactação em lúmen de apêndice cecal, sem sinais de perfuração, ou sintomatologia, porém sem eliminação espontânea de material após observação clínica e acompanhamento.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 35 anos, previamente hígido, admitido para acompanhamento ambulatorial após ingesta accidental de prego. Propedêutica de imagem demonstrou presença de material radiopaco em topografia de apêndice cecal, sem sinais de perfuração; colonoscopia sem alterações ou visualização de corpo estranho; revisão laboratorial sem achados relevantes. Após observação seriada, optou-se pela realização de apendicectomia videolaparoscópica após 35 dias do evento, devido ao risco de perfuração, dada a natureza pontiaguda e endurecida do material. Análise macroscópica confirmou presença do corpo estranho na luz apendicular, sinais inflamatórios locais, sem sinais de perfuração ou necrose do órgão. Paciente recebeu alta hospitalar sem intercorrências no primeiro dia do pós-operatório.

Discussão: A presença de corpo estranho no trato gastrointestinal costuma não acarretar consequências a longo prazo. Quando objetos pequenos e arredondados, a eliminação pode se dar sem intervenção, justificando a conduta expectante. Entretanto, quando envolve objetos longos, pontiagudos e endurecidos, o risco de perfuração aumenta. Os locais mais comuns para impactação são os pontos de estreitamento fisiológico do tubo digestivo, como piloro e válvula ileocecal. O apêndice cecal, por se tratar de órgão de fundo cego, localizado em região de confluência de fibras musculares do cólon, figura como local de impactação inacessível a métodos menos agressivos de retirada, como colonoscopia, além de ser suscetível a perfuração e obstrução do lúmen, com consequente processo inflamatório e possibilidade de inflamação, com tempo de aparecimento da sintomatologia variável.

Durante o período de observação do paciente, com retornos ao pronto atendimento para avaliação, o objeto permaneceu em localização inacessível e imóvel, reduzindo a chance de expulsão espontânea. Porém, manteve-se assintomático, sem alterações laboratoriais e sem sinais de complicação nos exames de imagem.

Conclusão: Por se tratar de ingestão de corpo estranho em paciente adulto, previamente hígido, o caso relatado, por si só, é peculiar. Associado a impactação de objeto pontiagudo e metálico na luz do apêndice cecal, sem, no entanto, provocar perfuração, complicação ou mesmo sintomatologia no período de observação, trata-se de difícil decisão cirúrgica. A opção pela apendicectomia videolaparoscópica baseou-se no risco de perfuração do órgão e na possibilidade de obstrução da luz do mesmo, podendo acarretar quadro de abdome agudo inflamatório e aumento de morbimortalidade.

Palavras-chave: Apêndice cecal;Corpo estranho;Apendicectomia.

Divertículo de Meckel perfurado por corpo estranho – Relato de Caso

RAFAEL DE SOUZA AGUIAR¹; MARINA OLIVEIRA DE MATOS SILVA¹; VICTOR MENDONÇA SALLES¹; HELOISA OLIVEIRA DE MATOS SILVA²; JOSÉ MONTEIRO SOBRAL NETO³; GLAUBER CORREIA DE OLIVEIRA¹; CLAUDIA NISHIDA HASIMOTO¹. 1. UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

Resumo: O divertículo de Meckel é uma condição rara, que costuma ser assintomático, diagnosticado acidentalmente por meio de exames de imagem ou no intraoperatório. Este relato de caso aborda esta patologia dentro de um espectro diferente de apresentação, já que a perfuração do divertículo por um corpo estranho não é comum.

Relato de caso: I. L., 67 anos, masculino, diabético, apresentando quadro de dor abdominal há um dia, de forte intensidade, difusa, pior em baixo ventre, de difícil caracterização, sem fatores desencadeantes, associado a febre (38,7°C), náuseas e vômitos. Ao exame físico: Regular estado geral, taquicárdico (116 bpm), abdome doloroso em baixo ventre, pior em FID com sinais de peritonite localizada. Exames laboratoriais iniciais demonstraram discreta leucocitose (10 400), elevação de PCR (45,7). Realizada tomografia de abdome que evidenciou sinais de perfuração intestinal por corpo estranho, e coleção em topografia de quadrante inferior direito. Optado por laparotomia exploradora que evidenciou divertículo de Meckel localizado a cerca de 5 cm da válvula ileocecal, com corpo estranho (espinha de peixe) transfixando totalmente sua parede. Realizada enterectomia do seguimento afetado, sem intercorrências. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório.

Discussão: A ingestão de corpo estranho é bastante comum na rotina dos serviços de urgência, com até 80-90% dos casos assintomáticos.¹ A grande maioria dos casos que evoluem com perfuração são como o apresentado neste relato: idosos, com objeto longo e pontiagudo, cuja deglutição não foi percebida pelo paciente e com perfuração em trajeto do íleo. O diagnóstico normalmente é feito por tomografia.² Apesar dos aspectos do quadro serem semelhantes a outros descritos, neste caso o diagnóstico intraoperatório é um tanto incomum, tendo em vista a perfuração de um divertículo de Meckel. O divertículo de Meckel tem incidência estimada entre 0,6-4% da população, deriva de uma obliteração incompleta do conduto onfalomesentérico. Normalmente é assintomático, especialmente em pacientes adultos, por vezes encontrado em exames de imagem ou no intraoperatório. Quando sintomático, o espectro clínico é diverso.³ Entretanto, é raro seu diagnóstico devido a perfuração por corpo estranho. A relevância da apresentação deste caso deve-se à necessidade de seu conhecimento como diagnóstico diferencial.

Referências:

1. WANG, Z. et al. Misdiagnosis of peripheral abscess caused by duodenal foreign body: a case report and literature review. **BMC Gastroenterology**, v. 20, n. 1, 23 jul. 2020
2. NICOLodi GC, TRIPPIA CR, CABOCLO MFFS, CASTRO FG, MILLER WP, LIMA RR, TAZIMA L, GERALDO J. Perfuração intestinal por ingestão de corpo estranho alimentar. **Radiol Bras.**2016 Set/Out;49(5):295–299.
3. KURU, S.; KISMET, K. Meckel's diverticulum: clinical features, diagnosis and management. **Revista Española de Enfermedades Digestivas**, v. 110, 2018.

Palavras-chave: Divertículo de Meckel;Corpo Estranho ;Abdome agudo perfurativo .

HERNIAÇÃO GÁSTRICA TOTAL AGUDA PARA HEMITÓRAX DIREITO - RELATO DE CASO

FERNANDO B PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO; NATHALIA BARROS DE OLIVEIRA SANTOS; BERNARDO NOGUEIRA LIMA DE FIGUEIREDO; MARIANA SIMEONI MONTEIRO DE GUIMARÃES. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE JACAREPAGUÁ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Paciente de 52 anos, previamente hígido, dá entrada no setor de emergência com quadro de dispnéia súbita iniciada a 12 horas, com piora progressiva, associada a ortopnéia, dor abdominal e sialorréia intensa. Ao exame físico, é evidenciado murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito e abdomen flácido, sem sinais de irritação peritoneal, associada a uma frequência cardíaca de 128 batimentos por minutos e pressão arterial normal. Os exames laboratoriais complementares evidenciaram valor de lactato venoso levemente tocado e leucometria e valores hematemétricos normais. A tomografia computadorizada de tórax e abdomen diagnosticou herniação completa de toda a anatomia gástrica por defeito diafragmático à direita levando a compressão extrínseca de todo o pulmão ipsilateral sem outros órgãos deslocados. O paciente foi submetido a laparotomia exploradora de emergência onde fora evidenciado herniação completa do estômago por mecanismo de volvo mesentérico axial por defeito de aproximadamente cinco centímetros em crura diafragmática direita com órgão viável do ponto de vista de vascularização em toda a sua anatomia. Foi realizado então a redução completa do estômago, associado a rafia do defeito crural sem a utilização de material protético, fixação do fundo gástrico em crura diafragmática esquerda, realização de gastrostomia em quadrante superior esquerdo e aspiração de cavidade pelural direita intraoperatória sem a necessidade de toracostomia em selo d'água. O paciente evoluiu de maneira favorável, com cessação de sintomas imediatamente, tendo sido reintroduzida a dieta em 36 horas e recebendo alta hospitalar com 72 horas. A gastrostomia, realizada com intuito de fixação gástrica foi retirada sem intercorrências após dois meses. Os exames complementares recentes denotam estômago normoposicionado, sem novas herniações. A sintomatologia atípica aliada a um diagnóstico correto e a intervenção cirúrgica otimizada e efetiva foram essenciais para o desfecho favorável nessa condição patológica rara.

Palavras-chave: Volvo;Hérnia diafragmática;Urgência.

Hérnia de Garegeot: Relato de caso

MARIA CLARA LEAL CHAVES; BRUNO HENRIQUE OLIVEIRA SILVA LOPES; ANISIO BORGES ASSUMPCAO; MARCELLO GOMES BRAGA; ANA CLARA BARROS PINHEIRO; FERNANDA GAGLIARDI VENEROSO CRAWFORD; JÚLIA SANTOS DE ALENCAR; MATHEUS AUGUSTO DA COSTA. HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM, CONTAGEM - MG - BRASIL.

A hérnia de Garegeot é um subtipo raro de hérnia femoral. Foi descrita pela primeira vez pelo cirurgião francês Rene Jaques Croissant de Garegeot, no ano de 1731. É definida pela presença do apêndice vermiforme herniado através do canal femoral com encarceramento, podendo ou não apresentar apendicite. Ocorre em torno de 0,9% dos casos de hérnia femoral, e associada à apendicite é ainda mais rara, com incidência de 0,08% a 0,13%. Apresenta-se com maior prevalência em mulheres idosas. Essa ocorrência pode ser atribuída a variações anatômicas da posição do apêndice vermiforme. Os principais sintomas da hérnia de Garegeot são semelhantes aos da hérnia inguinal ou da hérnia femoral encarcerada. É uma patologia de diagnóstico difícil, sendo de diagnóstico intra operatório na maioria dos casos. Como diagnóstico diferencial podemos relacionar, além da hérnia inguinal, varizes, lipomas, linfomas e abscessos retroperitoneais. Este trabalho tem como objetivo apresentar o relato de caso de uma paciente do sexo feminino, 72 anos, admitida com quadro de dor em hipogastro com uma semana de evolução e piora progressiva nas últimas 48 horas, associado a náuseas sem vômitos, febre não termometrada e abaulamento da região inguinal à direita. Relato de hernioplastia inguinal direita com colocação de tela de Marlex há mais de 10 anos. Ao exame físico, havia presença de hérnia encarcerada na região inguinal direita, sem redução manual às manobras. Foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste venoso, demonstrando hérnia em topografia de região inguinal, sem possibilidade de distinção entre hérnia inguinal e femoral e sem visualização do apêndice vermiforme. Optada por abordagem cirúrgica convencional por inguinotomia. Achados cirúrgicos: Presença de tela de polipropileno sobre canal inguinal de abordagem prévia. Foi realizada abertura da aponeurose do músculo oblíquo externo, que não evidenciou herniações em canal inguinal. Posteriormente foi realizada abertura da fáscia transversalis com identificação de hérnia femoral encarcerada. Em sequência, dissecação do anel herniário com identificação do apêndice vermiforme encarcerado, com sinais de hiperemia, sem sinais de sofrimento. Realizada apendicectomia com ligadura dupla do coto apendicular e sutura em bolsa de tabaco do saco herniário. Realizada correção de hérnia femoral, colocado "mesh plug" em canal femoral, fixado em ligamento de cooper, lacunar e inguinal, seguido pelo reparo de McVay. Colocada tela de polipropileno na parede posterior do canal inguinal, fixada em tubérculo púbico, ligamento inguinal e fáscia transversalis e posteriormente sutura por planos. A paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica no primeiro dia pós-operatório, porém relatou dor intensa em local de cirurgia. Realizada TC de abdome e pelve para maior avaliação, sem evidências de sinais patológicos. Apresentou melhora algica e recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós operatório.

Palavras-chave: Hérnia de Garegeot;Hérnia Femoral;Apêndice vermiforme.

Hérnia umbilical com apendicite: relato de caso

IZABEL DOS SANTOS TRÓIA¹; AKEMI ZANELLA KURONUMA¹; LEONARDO DA SILVA GIORGETTA¹; GABRIEL LEMOS ANTUNES²; MICHELE MEDEIROS DEMUTTI¹. 1. HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES, DUQUE DE CAXIAS - RJ - BRASIL.

Introdução: A hérnia umbilical é uma patologia frequente na clínica cirúrgica, sendo causada por um defeito na fáscia da parede abdominal do umbigo, que permite que o tecido adiposo pré-peritoneal, o omento ou o intestino delgado ou grosso se projetem através desse defeito. Raramente é descrita a herniação do apêndice através de uma hérnia umbilical, com apenas dez casos relatados de natureza semelhante disponíveis na literatura médica, embora o apêndice sendo conteúdo da hérnia femoral (hérnia de Garengot) e da hérnia inguinal (hérnia de Amyand) sejam mais comuns. Este trabalho objetiva-se a relatar um caso de hérnia umbilical com apêndice cecal em seu interior, em franco processo inflamatório/ infeccioso, ainda sem epônimos na literatura, e por sua raridade, sendo pouco discutido quanto ao diagnóstico e correção do defeito da parede.

Relato do caso: G.L.S, masculino, 69 anos, sem comorbidades. Relata ter sido submetido à herniorrafia umbilical em outra unidade há 2 anos, apresentando recidiva, sem saber quantificar o tempo exato. Procura a emergência com queixa de astenia, anorexia, constipação, febre e saída de secreção purulenta pela hérnia umbilical de início há 5 dias. Ao exame físico apresenta abdome depressível, indolor à palpação superficial e profunda, com hérnia umbilical irreductível, edemaciada, com presença de pus, além de região periumbilical apresentando halo, de cerca de 10 cm de diâmetro, com eritema e calor. Paciente foi submetido à hernioplastia umbilical, sendo visualizada úlcera com necrose de seguimento do saco herniário aderido ao apêndice cecal, que apresentava-se edemaciado, hiperemiado e friável, sendo então diagnosticada apendicite e realizada apendicectomia. Optou-se por fechamento simples da aponeurose, sem uso de tela, e posicionado dreno em subcutâneo. Evoluiu no pós operatório de maneira satisfatória, aceitando dieta oral e deambulando, com dreno serohemático, sem sinais infecciosos. Recebeu alta após 2 dias e é acompanhado no ambulatório, sem recidiva da hérnia até a última consulta.

Discussão: O diagnóstico de apendicite na hérnia umbilical pode não ser dado pelo exame de imagem, numa primeira avaliação, porém é facilmente visualizado no intra operatório, como no caso descrito. Isso porque, pela clínica semelhante de dor e edema da hérnia, e pelos outros sintomas sistêmicos e locais, pode haver confundimento com diagnóstico diferencial de hérnia encarcerada ou estrangulada, com acometimento de outros segmentos de intestino. Os princípios de tratamento de uma hérnia encarcerada se aplicam, assim como os princípios de tratamento da apendicite aguda. Porém, um dos desafios no reparo da hérnia é o risco de infecção de ferida e coleções infectadas, devido ao processo inflamatório causado pela apendicite. Dessa forma, o reparo da hérnia com sutura ou tela biológica é preferível em casos de infecção em comparação com o reparo com tela sintética.

Palavras-chave: hérnia umbilical;apêndice;apendicite.

Íleo Biliar Minimamente Invasivo: A propósito de um caso

MATHEUS CARVALHO MENEZES; PAULO FURTADO DE MELO; JOANA DE SOUZA LOPES; VALDILENE SIMOES CARDOSO; ANA LETICIA DAMASCENO RAMOS VIEIRA; ANDRESSA CRISTINA DIREITO HENRIQUES; GABRIELA DE MORAES FARID; LUCAS DOS SANTOS ALMEIDA. HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução:

O íleo biliar é uma obstrução intestinal mecânica causada pela impactação de cálculos biliares no trato gastrointestinal. Trata-se de uma complicação da coledocite, na qual forma-se uma fístula coledocoduodenal, com passagem de cálculo biliar que irá se impactar, em geral, na porção mais distal do íleo, gerando um quadro de obstrução intestinal ao nível do delgado.

Relato do Caso:

J.G.S, feminino, 51 anos, hipertensa, diabética, cardiopata. Busca a emergência do H. F. do Andaraí com queixa de dor abdominal, náuseas, vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos há 15 dias.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, hipocorada, desidratada, com dor abdominal difusa, pior em flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Tomografia computadorizada (TC) sugerindo obstrução mecânica das alças de delgado, com foco obstrutivo calcificado em mesogástrio. Exames laboratoriais sugeriam insuficiência renal crônica agudizada e sinais de translocação bacteriana.

Realizada videolaparoscopia exploradora, identificada presença de cálculo biliar a aproximadamente 60 cm da válvula ileocecal, com distensão de alças a montante. Além disso, foi identificado fístula coledocoduodenal. Realizada enterotomia e extração do cálculo biliar através de incisão umbilical, minimamente invasiva. Optado por não intervenção da fístula coledocoduodenal devido à descompensação clínica da paciente.

Discussão:

Deve-se suspeitar de íleo biliar diante de um quadro de obstrução intestinal com imagem sugestiva de cálculo de grandes proporções, presença de aerobilia e distensão de alças intestinais.

A TC de abdome com contraste é o método de escolha, sendo mais específica na definição da etiologia do abdome agudo, como também é mais sensível que as radiografias na determinação da topografia e da causa do quadros obstrutivo, com sensibilidade superior a 90%.

O tratamento cirúrgico envolve a enterotomia e remoção do cálculo. A cirurgia minimamente invasiva é uma possibilidade em pacientes estáveis. Correção da fístula bilioentérica e coledocotomia são realizadas devido a coledocite e colangite recidivantes. Quando existe processo inflamatório intenso na topografia da vesícula biliar, é mais prudente não se abordar a região, devido ao risco de lesões iatrogênicas graves. Em pacientes instáveis a fístula pode ser corrigida em um segundo tempo.

Referências Bibliográficas:

GUIMARAES, Samuel et al . Ileo biliar - uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 159-163, Apr. 2010.

MONTEIRO, Maria; et al. Diagnóstico por imagem no abdome agudo não traumático. Revista HUPE, [S.L.], v. 8, n. 1, abr. 2014. ISSN 1983-2567.

SANTOS, Aquino; et al. Gallstone ileus: case report. Revista Médica de Minas Gerais, [S.L.], v. 26, 2016.

SOARES, Lauro. ÍLEO BILIAR POR FÍSTULA COLÉDOCODUODENAL: relato de caso e revisão de literatura. 2016. 23 f.

Palavras-chave: íleo biliar;obstrução intestinal;videolaparoscopia.

Isquemia Mesentérica Aguda: a propósito de um caso

PEDRO PAULO MOREIRA MARQUES¹; JOANA DE SOUZA LOPES¹; NATSUE TANI TUPPER¹; ISABELA DE PINHO COELHO¹; PEDRO HENRIQUE SALGADO RODRIGUES¹; ANDRESSA CRISTINA DIREITO HENRIQUES²; CAMILA PEDROSO GADELHA²; ANDRÉ FILIPE DA FONSECA FREIND². 1. HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução

A isquemia mesentérica aguda representa uma emergência cirúrgica frequentemente fatal, em grande parte pela demora e dificuldade do diagnóstico.

Relato de Caso

Paciente feminino, 49 anos, tabagista de longa data, com relato de dor abdominal, náuseas e vômitos intermitentes há 1 mês, busca a emergência com dor abdominal intensa, distensão e sinais de irritação peritoneal, além de leucocitose importante com desvio à esquerda.

A tomografia computadorizada (TC) mostrou distensão de intestino delgado com paredes espessadas e formação de nível hidroaéreo, líquido livre na cavidade e distensão gástrica.

A laparotomia exploradora revelou extenso segmento de íleo necrótico, acometendo válvula ileocecal. Foi realizada enterectomia, ileotiflectomia, e anastomose primária colojejunal, com delgado remanescente de cerca de 170 cm. No sétimo dia de pós-operatório, apresentou fístula anastomótica, sendo necessário reabordagem e confecção de ileostomia terminal.

Paciente apresentava, no pós-operatório imediato, alto débito líquido pela ostomia, necessitando de hidratação, reposição eletrolítica, nutrição parenteral, enteral e suplementação. Foi utilizada loperamida em altas doses associada à codeína. Paciente recebe alta hospitalar após 45 dias, com aceitação de dieta oral exclusiva e manutenção do peso.

Discussão

A isquemia mesentérica pode ser causada por obstrução arterial ou venosa. Nas primeiras horas, não há sinais de irritação peritoneal, distensão ou febre. Os sinais radiológicos, frequentemente, só são sugestivos em fases avançadas, quando revelam edema de parede, separação anormal das alças, pneumatose intestinal ou presença de gás no sistema porta. Frequentemente há antecedentes de isquemia crônica de caráter transitório, secundária à doença aterosclerótica.

A maioria dos pacientes tem, pelo menos, alguma parte do intestino francamente necrótico por ocasião do diagnóstico. Aconselha-se evitar a ressecção de um intestino com viabilidade questionável no momento da primeira operação. Uma segunda cirurgia de revisão “second look” pode ser realizada, idealmente 18-48 horas após o primeiro procedimento.

Ressecções amplas e descontinuidade do cólon no trânsito intestinal favorecem o estabelecimento da síndrome do intestino curto, caracterizada por diarreia, perda ponderal, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e disabsortivos. Progressos dos métodos propedêuticos, aliados aos avanços na manutenção do estado nutricional impactam positivamente o prognóstico e qualidade de vida do paciente.

Referências Bibliográficas

VIRGINI-MAGALHÃES, Carlos Eduardo; MAYALL, Monica Rochedo. Isquemia mesentérica. Revista HUPE v. 8, n. 1, abr. 2014. ISSN 1983-2567.

RIBEIRO, Marcelo Eduardo; YOSHIDA, WINSTON Bonetti. Lesões intestinais decorrentes de isquemia e reperfusão: Fisiopatologia e modelos experimentais. Jornal Vascular Brasileiro, v. 4, n. 2, p. 183-194, 2005.

DIBAISE John K, LAMONT Thomas J; MOTIL, Kathleen J. Pathophysiology of short bowel syndrome. Uptodate 2022.

Palavras-chave: Isquemia Mesentérica; Síndrome do Intestino Curto ; Abdome Agudo .

Pequena série de casos de Mediastinite atendidos no Hospital Municipal Lourenço Jorge de nos últimos 3 anos

SABRINA OLIVEIRA DOS SANTOS; CLARA TEIXEIRA CAVARSAN DE CASTRO; GUSTAVO PEREIRA DOURADO; LAIS SOUZA GERMANO; JULIANA MARINHO BASTOS; LUANA GOUVEIA RIO ROCHA DO CARMO; BRUNO VAZ DE MELO. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Tema: Pequena série de casos de Mediastinite atendidos no Hospital Municipal Lourenço Jorge de nos últimos 3 anos.

Autores: Sabrina Oliveira dos Santos, Gustavo Pereira Dourado, Clara Teixeira Cavarsan de Castro, Lais Souza Germano, Juliana Marinho Bastos, Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo, Bruno Vaz de Melo, Rodrigo Andrade Vaz de Melo. Serviço: Cirurgia Geral e do Trauma Dr Matheus Rangel do No Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Objetivo: analisar retrospectivamente 3 casos de pacientes com mediastinite submetidos a tratamento pela equipe de cirurgia do Hospital municipal Lourenço Jorge.

Casuística e Métodos: Estudo retrospectivo realizado através da revisão de prontuários de pacientes com diagnóstico de mediastinite aguda, no Hospital Lourenço Jorge analisando as seguintes variáveis: etiologia infecciosa, região do mediastino acometida, tempo de cti, tempo de recuperação, tipos de atb, mortalidade.

Resultados: todos os casos estavam relacionados a infecções orais primarias, todas as pacientes eram do sexo feminino, com hospitalizações prolongadas, com média 59 dias, e nesta série de casos 1 paciente teve alta hospitalar, 1 veio a óbito, e 1 encontra-se internada até o momento da elaboração do presente trabalho.

Conclusão: Apesar da baixa incidência, a mediastinite aguda é uma complicação grave de algumas doenças ou procedimentos. Que pode levar a um prolongado período de internação, alta morbimorbidade e custos.

Palavras-chave: MEDIASTINITE; Infecção oral; Infecção do mediastino.

Relato de Caso: Diagnóstico diferencial de abdome agudo em menina de 13 anos

EMILI VICTORIA FERREIRA OLIVEIRA; CLAUDIA SOFIA PEREIRA GONÇALVES; BRUNO VAZ DE MELO; MARCIO BARROSO CAVALIERE; FERNANDA ORLANDO CORREIA. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

O hímen imperfurado é a causa congênita uterovaginal mais comum de obstrução ao fluxo menstrual e seu diagnóstico é feito pela inspeção da genitália externa e confirmado pela ultrassonografia, onde se observa hematocolpos. Esta condição rara, gera obstrução ao fluxo menstrual e se apresenta geralmente com sintomas de dor em hipogástrio de pequena intensidade e cíclica, em meninas pré-pubescentes sem a menarca, mas que pode se tornar intensa com o tempo e levar à suspeita de um abdome agudo. Relato de caso: Criança de 13 anos, sexo feminino, em amenorréia primária, deu entrada no pronto-socorro do Hospital Municipal Lourenço Jorge, com queixa de dor abdominal difusa há 2 dias e distensão abdominal, negando náuseas, vômito, febre e alterações do hábito intestinal. O abdome era globoso, tenso, doloroso à palpação profunda em todos os quadrantes, com massa palpável até região de cicatriz umbilical, com sinais francos de irritação peritoneal. Pela classificação de Tanner apresentava-se em estágio M3P3 para caracteres sexuais secundários; no exame ginecológico apresentava um abaulamento himenal importante com coloração arroxeada. Exame laboratorial e exame de urina eram normais. A tomografia de abdome total mostrou hemoperitônio, um útero e vagina de dimensões aumentadas, imagem de sangue no interior do útero e vagina formando uma massa com 7,9 x 6,8 x 7,8 cm de dimensões e com volume de 223 cm³. Bexiga normal, de repleção adequada. Foi tratada com pequena himenotomia para drenagem do hemocolpos, havendo saída de aproximadamente 1 litro de sangue escurecido e posteriormente himenectomia para prevenir recorrência. A paciente evoluiu com melhora da dor, recebendo alta hospitalar 24 horas após a cirurgia e evoluindo bem sem intercorrências desde então. Encaminhada para serviço de ginecologia para acompanhamento.

O hímen imperfurado é a causa mais comum das anormalidades congênitas de obstrução ao fluxo genital. Tem como diagnósticos diferenciais as patologias obstrutivas vaginais secundárias a defeitos na embriogênese dos ductos de Müller. A incidência varia de 0,05% a 0,1%^{1,2,3}, porém pode ocorrer casos esporádicos de relatos de casos ocorrendo numa mesma família, em geral ligados a herança autossômica recessiva.

A ultrassonografia permite fazer o diagnóstico de hematocolpo, hidrometrocolpo, hematossalpinge, ruptura uterina, possibilita a pesquisa de malformações Müllerianas e renais, e pode avaliar a muito eventual necessidade ou contra-indicação de realização de uma laparotomia exploradora.

Palavras-chave: Abdome agudo ;Hímen imperfurado ;Hematocolpos.

Uma causa rara de abdome agudo: Neoplasia Cística Mucínica Apendicular

MATEUS FIGUEIREDO DE REZENDE REIS; THAÍS MOREIRA LARA; RACHID GUIMARAES NAGEM; CLARA MARQUES DE CASTRO; SARA FERREIRA DESTRO; RODOLFO RIBEIRO GONZAGA; PALOMA APARECIDA FREITAS DUARTE; MATHEUS REZENDE LIMA. HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: As lesões mucinosas do apêndice são importante diagnóstico diferencial de apendicite aguda, o tratamento é cirúrgico e visa ressecção completa sem contaminação cavitária por mucina. A suspeição por imagiologia é importante para melhor definição da estratégia cirúrgica.

Relato do caso: MSM, feminino, 80 anos, compareceu ao pronto atendimento, com forte dor abdominal em quadrante inferior direito, constipação intestinal, calafrios e hiporexia há 7 dias. Informava episódio semelhante há 5 anos. Estável hemodinamicamente, afebril e com abdome doloroso à palpação, principalmente em FID, onde era possível palpar plastrão. Sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais com leucocitose, neutrofilia e aumento de escórias renais. Realizou tomografia computadorizada (TC) contrastada de abdome, que mostrou formação ovalada com calcificações periféricas e focos aéreos em seu interior, localizada em FID, em contato com face posterior do ceco, medindo cerca de 8,6 x 7,6 x 5,2 cm, associada a densificação de planos adiposos periféricos. Iniciada reposição volêmica, analgesia e antibioticoterapia parenteral, evoluindo com melhora parcial da dor e da função renal. Devido persistência da dor após 72h de manejo clínico e suspeita radiológica de neoplasia mucínica de apêndice, foi optado por abordagem cirúrgica. Realizada laparotomia mediana infraumbilical e visualizada lesão de cerca 10 cm de diâmetro, de consistência cística em topografia de apêndice cecal. Coto apendicular macroscopicamente normal. Realizada dissecação da lesão e apendicectomia convencional. Não houve ruptura da lesão ou extravasamento de conteúdo na cavidade peritoneal. Peça cirúrgica aberta após o procedimento, com saída de conteúdo de aspecto gelatinoso. Paciente apresentou ótima evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar no 2DPO. O anatomopatológico revelou apêndice cecal com luz dilatada contendo muco, e glândulas tubulares revestidas por epitélio colunar mucossecrator com atipias discretas/moderadas, conclusão: neoplasia cística mucínica apendicular de baixo grau. Devido ao estadiamento da lesão, da sua ressecção completa e do não extravasamento do seu conteúdo, não foi necessário tratamento adicional.

Discussão: A maioria das neoplasias mucinosas de apêndice são diagnosticadas no ato cirúrgico ou após resultado do anatomopatológico. No entanto, a TC contrastada abdominal pode evidenciar sinais sugestivos de lesão neoplásica (calcificações murais, por exemplo), permitindo planejamento cirúrgico adequado, visto que a ruptura inadvertida da lesão pode levar à disseminação intraperitoneal de mucina com desenvolvimento de pseudomixoma peritoneal. A abordagem aberta foi classicamente preconizada por, em teoria, permitir maior domínio do tumor e, por conseguinte, menores taxas de perfuração e extravasamento para a cavidade durante a abordagem cirúrgica, porém a literatura mais recente já aceita o uso da abordagem videolaparoscópica no tratamento dessa patologia.

Palavras-chave: neoplasia cística mucínica apendicular;apendicectomia;abdome agudo.

Volvo de Ceco Pós-colonosopia: Relato de Caso

BERNARDO ORTIZ; CAMILLA FARIAS DE SOUZA CRUZ; IGOR DE SOUZA FERNANDES; GUILHERME LEMOS COTTA PEREIRA. INSTITUTO CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Volvo de Ceco Pós-colonosopia: Relato de Caso

Ortiz, B.¹; Cruz, C. F. S.²; Fernandes, I.S³; Cotta-Pereira, G. L.⁴
Instituto Superior de Ciências da Saúde Carlos Chagas

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Marcos Moraes, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

INTRODUÇÃO: Volvo define-se como torção de um segmento do tubo digestivo, que, muitas vezes, leva à obstrução intestinal, portanto, a um quadro de abdome agudo obstrutivo [2]. O volvo de ceco (VC) pode ter apresentações clínicas diversas, desde dor abdominal intermitente, auto-limitada, à dor abdominal aguda associada com estrangulamento intestinal e sepse em casos mais graves. A cirurgia via laparoscopia ou laparotomia deve ser realizada quando exames de imagem não conseguem estabelecer um diagnóstico [2]. A ocorrência de VC é incomum.

RELATO DE CASO: Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino de 71 anos apresentou quadro de náuseas e vômitos associado a dor abdominal em cólica e distensão após da realização de colonoscopia, optado por realizar TC de abdome e pelve onde observou-se alças do cólon ascendente e ceco distendidas por gás localizadas no quadrante superior esquerdo, destacando-se formação espiral das estruturas do mesentério, determinando áreas de afilamento e nível hidroaéreo sugerindo suboclusão intestinal, não havendo possibilidade do diagnóstico diferencial entre volvo de ceco e hérnia interna, foi realizada laparotomia exploradora onde foi evidenciado volvo de ceco com focos de necrose em cólon direito e pontos de perfuração.

CONCLUSÃO: Relatamos um caso raro de volvo cecal em laço (tipo II) após colonoscopia. Os sinais mais comuns associados com o volvo cecal aos exames de imagem são: “Grão de café” (ceco dilatado preenchido com ar e fluido) e “sinal do bico” (afilamento discreto na altura do ramo eferente da obstrução) [3]. No caso em questão, por se tratar de abdome agudo e TC compatível com obstrução intestinal, a laparotomia exploradora foi indicada com realização de colectomia direita e anastomose primária devido as condições em que o cólon foi encontrado no intraoperatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Health Biol Sci. 2019; 7(4):410-422. Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC). Official Journal of the European Union 16.02.2003. L327/34 [consultado 20 Ene 2018]. Disponible en: https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/2_December2003%20cancer%20screening.pdf
2. Maciel LC, Salán FO, Guisard GC. Obstrução intestinal por volvo de ceco: relato de caso. Rev Col Bras Cir. 2009; 36(1):99-100.
3. Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. Postgrad Med J. 2005; 81(962):772-6.
4. Ruiz-Tovar J, Calero Garcia P, Morales Castiñeiras V, Martinez Molina E. Vólvulo de ciego: presentación de 18 casos y revisión de la literatura. Cir Esp. 2009; 85 (2):110-3

Palavras-chave: VOLVO CECO; COLONOSCOPIA ; OBSTRUÇÃO .

CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS - RELATO DE CASO

ELIAS ALBERNAZ HENRIQUES¹; JOAO VICTOR SIMAN SOUZA¹; GABRIEL ANTUNES FRANCO DA SILVA²; GUSTAVO BARBOSA DE SOUZA ARAÚJO³; MARIA LUÍSA MANHÃES MOTTA RIBEIRO GOMES²; ROBSON VIEIRA DA SILVA²; FERNANDA PINTO TORQUATO²; LAURA SIQUEIRA BARRETO². 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO REDENTOR, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL DOUTOR BEDA, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

Introdução: O carcinoma de células renais (CCR) atinge mais de 400.000 pessoas no mundo anualmente, com incidência maior em idosos após a sexta década de vida. Dentre as variantes do RCC, o carcinoma de células renais claras (ccRCC) é o diagnóstico em cerca de 70% dos indivíduos, e o seu tratamento pode ser feito com estratégias cirúrgicas ou ablativas, se descoberto precocemente. Apesar disso, até um terço dos pacientes desenvolvem metástase.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 47 anos, sem comorbidades, foi admitido no setor de emergência referindo retenção urinária aguda associada à hematúria há 24 horas. Ao exame, se apresentava com massa abdominal palpável em quadrante superior esquerdo, aderida a planos profundos. Foi submetido ao cateterismo vesical de demora (CVD), com saída de grande quantidade de urina hemática e encaminhado ao ambulatório de urologia, onde passou por avaliação e foi prescrito dutasterida com cloridrato de tansulosina e retirado o CVD. Dos exames complementares solicitados ainda no caráter emergencial, destacavam-se a proteína C reativa: 168 mg/dL e a tomografia computadorizada de abdome e pelve, que evidenciou formação expansiva com áreas de necrose e liquefação no rim esquerdo, com componentes nodulares uroteliais pélvico e ureteral proximal ipsilateral, sem linfadenomegalia associada. Diante da suspeita diagnóstica de neoplasia renal, foi indicada nefrectomia radical esquerda videolaparoscópica com linfadenectomia. Em seguimento, o exame histopatológico evidenciou carcinoma de células claras, grau nuclear 4, medindo 13 cm com estadiamento patológico pT2b pNx, com extensa área de necrose, hemorragia e invasão neoplásica do ureter por contiguidade. Diante o exposto, iniciou-se terapia adjuvante com imunoterapia, utilizando pembrolizumabe. O paciente evoluiu bem, com alta hospitalar após 4 dias e seguimento oncológico regular por tempo indeterminado. **Discussão:** O CCR possui diversos subtipos e variadas manifestações clínicas e respostas ao tratamento. Utiliza-se para diagnóstico exames laboratoriais e radiológicos, como tomografia computadorizada com contraste. O estadiamento do paciente em questão é pT2b pNx, isto é, tumor maior que 10,1 cm, limitado ao rim, com linfonodos regionais que não podem ser avaliados. A classificação histológica é feita pela proposta de Fuhrman e, no caso, apresenta-se como grau nuclear 4, em que há núcleo celular grande (20µ) e nucléolo proeminente com irregularidades multilobuladas, podendo ter diferenciação sarcomatóide e/ou rabdóide. Com isso, optou-se pela abordagem cirúrgica para a doença localizada, estando indicada a nefrectomia radical esquerda via videolaparoscopia com linfadenectomia. Quanto ao prognóstico, este depende de fatores como extensão da doença, padrão sarcomatoso, presença ou não de invasão microvascular e grau de necrose. Salienta-se que o CCR pode evoluir para metástase hematogênica e, portanto, necessita de acompanhamento médico rigoroso.

Palavras-chave: Carcinoma de células renais claras; Nefrectomia radical; Tumor renal.

DIAGNÓSTICO E MANEJO CIRÚRGICO DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO EM PACIENTE DE 54 ANOS - RELATO DE CASO

JOAO VICTOR SIMAN SOUZA¹; ELIAS ALBERNAZ HENRIQUES¹; ANA CECÍLIA PESSINI MARCHIORI²; ANA LAURA NUNES ROSA¹; GUSTAVO BARBOSA DE SOUZA ARAÚJO³; MARIA LUÍSA MANHÃES MOTTA RIBEIRO GOMES²; GABRIEL ANTUNES FRANCO DA SILVA². 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO REDENTOR, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL DOUTOR BEDA, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

Introdução: O câncer de próstata está dentre os cânceres mais comuns em homens em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 1.600.000 casos e 366.000 mortes todos os anos. Hoje, devido aos métodos de rastreamento, os sintomas estão, com frequência, ausentes no momento do diagnóstico. Entretanto, cerca de seis por cento dos pacientes são diagnosticados já com metástase. O presente relato expõe um caso de adenocarcinoma de próstata diagnosticado em estágio avançado, bem como a conduta e os resultados obtidos. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 54 anos, solteiro, sem filhos, portador de hipertensão arterial sistêmica controlada, procura consulta urológica de rotina para fazer acompanhamento. Ao exame paciente sem queixas. Foi solicitado o antígeno específico da próstata (PSA), que estava elevado, com valor de PSA: 7,6 ng/mL, seguido de toque retal, que demonstrou presença de nódulos na base direita. A cintilografia óssea descreveu hipercaptação em região sacra compatível com processo degenerativo, implicando com possibilidade para implantes metastáticos em ossos e a biópsia pré operatória evidenciou Gleason 7 (4+3). O paciente foi orientado sobre os riscos e benefícios do tratamento cirúrgico, além de questionamento sobre o desejo de ter filhos. Foi indicado, então, a opção de congelamento de sêmen, caso opte por constituir prole, e foi realizada intervenção cirúrgica por prostatectomia radical robótica com linfadenectomia. A biópsia pós operatória constatou adenocarcinoma de próstata Gleason 9 (5+4), margem livre com componente cribiforme na amostra e, foi realizado PSA pós operatório que veio com o valor de 0,07, sendo então indicado radioterapia adjuvante mais bloqueio hormonal. O paciente apresentou uma evolução satisfatória, com alta hospitalar em 24 horas, sob orientações para manter seguimento oncológico regular por tempo indeterminado. **Discussão:** O manejo cirúrgico para os quadros de muito alto risco ou clinicamente avançado é feito com prostatectomia radical combinada com dissecação estendida de linfonodos pélvicos. A assistência robótica, quando comparada à cirurgia aberta, demonstrou melhora nos parâmetros perioperatórios, embora benefícios quanto à preservação nervosa e da recuperação da função erétil ainda sejam discutíveis.

Palavras-chave: Câncer de próstata;Prostatectomia radical;Cirurgia robótica.

DIAGNÓSTICO TARDIO DE CARCINOMA PENIANO DE CÉLULAS ESCAMOSAS: RELATO DE CASO

GABRIELA GOMES FANTINI; ALLAN MAMEDE SANTOS. HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução:

O câncer de pênis representa 2% dos tumores malignos no homem, sendo 95% do subtipo carcinoma de células escamosas. Lesões consideradas pré-malignas estão relacionadas com a falta de higiene, o acúmulo de esmegma, a presença de fimose e com os subtipos oncogênicos dos papilomavírus humano (HPV). No Brasil, a distribuição geográfica da doença é mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste em comparação com as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. O diagnóstico tardio predomina na maior parte dos casos.

Relato de caso:

Paciente do sexo masculino, 60 anos, encaminhado ao ambulatório de Urologia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG) devido lesão em glândula peniana há aproximadamente 1 ano, sem demais queixas. Não postectomizado, parceira única, sem uso regular de preservativo. Ao exame físico, presença de lesão peniana exofítica ocupando toda glândula, sem retração de prepúcio, além de linfonodomegalia inguinal bilateral. Biópsia evidenciou CEC bem diferenciado. Exames de estadiamento não evidenciaram metástases à distância. Realizada penectomia parcial, seguida do segundo tempo, quinze dias após, linfadenectomia (LD) inguinal bilateral. Procedimentos sem intercorrências. Coto restante de aproximadamente 5 cm. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial sem queixas.

Discussão:

Câncer de pênis predomina na população de baixo nível socioeconômico e está principalmente relacionada a hábitos sexuais e de higiene precários. O tratamento é baseado na extensão do tumor primário e na sua classificação. Em fase inicial poderá ser implementado o tratamento conservador por meio de excisão cirúrgica local, cirurgia a laser, quimioterapia ou radioterapia. A penectomia parcial + LD inguinal bilateral é optada nos casos de tumores invasivos que envolvem o eixo distal ou que deformam a glândula. Lesões mais extensas que envolvam a base e a parte uretral bulbar do pênis são controladas por penectomia total + cistoprostatectomia (com desvio do trânsito urinário) + LD inguinal bilateral e pélvica. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar o desenvolvimento da doença e a amputação, que acarretam grandes consequências físicas, sexuais e psicológicas para o paciente. É de extrema relevância no prognóstico a população e os profissionais se tornarem aptos para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos deste carcinoma, bem como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Câncer de pênis; Fatores de risco; Carcinoma de células escamosas.

Lombalgia como apresentação de Tumor de Testículo Metastático: um Relato de Caso

GABRIEL PAIVA DUARTE; ELIZA DA COSTA PINTO; CAROLINA CUNHA DE CARVALHO E SILVA; RAQUEL LUIZ QUERES; ANTONIO CARLOS ACCETTA. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Introdução O Câncer de testículo (CT), embora raro, é a neoplasia sólida mais comum entre os homens jovens. Apresenta-se comumente como uma massa escrotal unilateral e indolor. Há metástases em 1/3 dos casos, o que modifica a terapêutica e o prognóstico dos pacientes.

Relato de Caso Paciente de 21 anos com nodulação em testículo esquerdo traz Ultrassonografia (USG) escrotal mostrando 3 lesões sólidas, hipoecogênicas, a maior delas com 20,5 mm em seu maior diâmetro e microlitíase difusa. Marcadores pré-operatórios: Lactato Desidrogenase (LDH): 290, Alfa-Feto Proteína (AFP): 11,0 e subunidade Beta da Gonadotrofina Coriônica Humana (β -hCG): não detectado. Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax, Abdome e Pelve sem alterações. Realizado orquiectomia radical esquerda. Histopatológico evidenciou 3 lesões, todas sem invasão vascular. Diagnosticado tumor de células germinativas seminomatoso e área de atipias celulares em 20 a 30% da lesão, sugerindo componente de carcinoma embrionário. Marcadores pós cirúrgicos mostraram queda da AFP para 1,80.

Após 7 meses retorna ao serviço de urgência com quadro de lombalgia esquerda aguda. Realizado TC de abdome, mostrando linfadenomegalia para-aórtica esquerda, tendo o maior linfonodo 60 mm de diâmetro, gerando compressão extrínseca do ureter proximal esquerdo e dilatação pielocalicial. Iniciado esquema quimioterápico com Bleomicina, Cisplatina e Etoposídeo (BEP) em 3 ciclos. Após o primeiro ciclo, houve melhora importante da dor. Segue em tratamento oncológico.

Discussão O CT é responsável por 1% das neoplasias malignas em homens. O pico de incidência se dá na faixa de 20 a 34 anos. Os tumores de células germinativas são a apresentação mais comum, correspondendo a 90% dos CT. São classificados em dois grupos: os seminomatosos (CTS) e os não seminomatosos (CTNS). A apresentação mais comum dos CTNS são: carcinoma embrionário, coriocarcinoma, teratoma e tumor de saco vitelínico.

A clínica do CT é de massa testicular unilateral e indolor. Em 1/3 dos pacientes haverá apresentação de doença metastática, e sua sintomatologia corresponderá ao seu sítio. Caso seja para linfonodos retroperitoneais haverá sintomas de compressão de estruturas adjacentes.

O diagnóstico se dá com a realização de USG escrotal. Imagens sugestivas de malignidade são lesões heterogêneas, hipoecóicas, bem vascularizadas, com microlitíase. Devem ser dosados os marcadores tumorais AFP, β -hCG e LDH antes e após a orquiectomia. A elevação da AFP ocorre tipicamente nos CTNS, enquanto os outros marcadores podem estar elevados em todos os tumores de células germinativas. Após a orquiectomia, o aumento destes sugere doença recorrente.

A base do tratamento é a orquiectomia radical por inguinotomia, enquanto nas metástases é a quimioterapia. A classificação de prognóstico leva em conta dados como presença de metástases e níveis séricos dos marcadores tumorais. O CT de bom prognóstico apresenta sobrevida média em 5 anos de 96%, enquanto o de mau prognóstico 67%.

Palavras-chave: Câncer de Testículo; Metástases Linfonodais; Lombalgia.

MASSA ABDOMINAL DE 50 CM - CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS CROMÓFOBOS: RELATO DE CASO

THAÍS XAVIER DIREITO; BRUNA PINHEIRO SARAMAGO DE ANDRADE; CARLOS ALBERTO VIANA VIEIRA JÚNIOR; ELISIANE RODRIGUES GARIOLI; GRAZIELA PEREIRA; JOÃO GABRIEL DA SILVEIRA LINS; THIAGO BOECHAT DE ABREU; GABRIELA DUQUE ESTRADA POLZIN. HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais cromóforo (CCRC) é uma entidade histológica rara de carcinoma de células renais (CCR) que forma-se nas células que revestem os túbulos-coletores. Representa cerca de 5% de todas as neoplasias epiteliais renais malignas, sendo mais frequente na 6ª década de vida. Este subtipo é menos agressivo, apresentando o melhor prognóstico entre os carcinomas renais.

RELATO DO CASO

P.S.B. 69 anos, masculino, internado pela urgência no Hospital Federal de Bonsucesso, no dia 25/04/2022, com quadro de dor abdominal inespecífica, perda ponderal significativa, não quantificada, e crescimento de volumosa massa abdominal há 5 anos. Apresentando ressonância magnética com volumosa lesão expansiva ocupando a cavidade abdominal, deslocando e comprimindo o estômago, o rim esquerdo e alças intestinais, medindo 32x32x23,6cm, apresentando intensidade de sinal heterogêneo com nodulações periféricas, área cística/necrótica de permeio e impregnação não homogênea pelo meio de contraste, podendo corresponder a volumoso GIST. Rim esquerdo de dimensões reduzidas, apresentando afilamento difuso da cortical e com sinais de hidronefrose, relacionados ao efeito compressivo da massa. Sem outras alterações.

Sendo submetido à laparotomia exploradora pela I Clínica Cirúrgica no dia 16/05/2022, evidenciando volumosa formação expansiva retroperitoneal, ocupando toda cavidade abdominal, com múltiplas aderências e circulação colateral abundante, sem plano de clivagem com rim esquerdo, suprarrenal e cólon descendente. Sem sinais de implantes à distância, carcinomatose e/ou líquido livre. Realizada ressecção de massa retroperitoneal em bloco englobando rim esquerdo, suprarrenal esquerda e cólon descendente, além de confecção de ostomia dupla boca à Mikulicz. Retirada peça cirúrgica apresentando formação nodular medindo 50x30x8cm, resultado histopatológico compatível com carcinoma de células renais cromóforo variante clássica, grau nuclear 3. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar após 10 dias, mantendo seguimento clínico ambulatorial.

DISCUSSÃO

O CCRC é um tumor biologicamente de baixo potencial maligno com taxas de sobrevida de 5-10 anos. Embora a grande maioria dos CCRC tenha um prognóstico favorável, um subconjunto distinto de doentes tem progressão da doença. O estadiamento pT, a necrose tumoral e a transformação sarcomatoide, predizem fenótipos agressivos do CCRC. O caso descrito não apresenta nenhum destes critérios de agressividade, pelo que o prognóstico parece ser favorável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTOS, Pedro Bargão et al. Cromóforo Renal Gigante. GAZETA MÉDICA Nº3 · VOL. 4 , [S. I.], p. 160-165, 7 set. 2017.

Campbell S, Uzzo RG, Allaf ME, et al. Renal Mass and Localized Renal Cancer: AUA Guideline. J Urol 2017; 198:520.

Palavras-chave: CARCINOMA RENAL;CROMÓFOBO ;CELULAS RENAIIS .

Metástase Tardia de Carcinoma Renal de Células Claras: Relato de Caso

CAIQUE FERNANDES ALVES; JOÃO MARCOS IBRAHIM DE OLIVEIRA; ANDRE CANETTIERI RUBEZ; CAIO DE OLIVEIRA; FÁBIO FRANCO DE OLIVEIRA JÚNIOR; GABRIEL CHAHADE SIBANTO SIMÕES. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: Carcinoma de células renais (CCR) representa o 6º tipo de neoplasia maligna mais diagnosticada no mundo dentre os homens e 10º mais comum dentre as mulheres¹. Os sítios mais comuns de metástases provenientes dos tumores de células claras são: pulmão, ossos, gânglios linfáticos, fígado e cérebro. Estas, são mais comuns nos primeiros 5 anos após o diagnóstico, sendo mais encontradas nos primeiros 3 anos. Metástases pancreáticas são consideradas raras, sendo encontradas em menos de 5% dos casos de CCR. O manejo das metástases de CCR pode se dar através da ressecção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia ou terapia hormonal. Contudo, os resultados ainda são pouco satisfatórios com uma sobrevida mediana de 5 anos em 5-20% dos casos.

Relato de caso: paciente feminina, 66 anos, branca, com história de nefrectomia esquerda há, aproximadamente, 35 anos por neoplasia renal, compatível com CCR. Em exame ultrassom de abdômen total solicitado em rotina, foi visualizada massa hipoecogênica medindo 3,5cm em topografia de hilo esplênico em íntimo contato com a cauda do pâncreas. Realizada, posteriormente, tomografia computadorizada de abdômen evidenciando massa hiperecogênica com captação de contraste, sendo indicada abordagem cirúrgica. Paciente submetida a pancreatectomia caudal e esplenectomia de abordagem convencional, deixado dreno abdominal que foi retirado no 4º dia pós-operatório já sem débito. Paciente recebe alta e retorna em 2 semanas sem queixas. Resultado anatomopatológico complementado por imunohistoquímica evidencia carcinoma de células claras favorecendo origem renal. Paciente manteve seguimento com retorno 1 ano após a cirurgia, sem sinais de recidiva tumoral.

Discussão: O CCR representa 2% dos cânceres. Apesar dos sítios mais comuns de metástases serem os supracitados, o CCR pode metastatizar para qualquer órgão, incluindo tireoide, pâncreas, músculo esquelético e pele ou tecido mole subjacente. As metástases pancreáticas de qualquer tumor primário são extremamente raras. Na autópsia, são evidenciadas metástases pancreáticas presentes em apenas 3% de 500 pacientes com doença maligna e disseminação do tumor.

Em casos como o presente, a explicação do comportamento da metástase surge da alta afinidade das tumorais pelo parênquima pancreático, porém, os mecanismos bioquímicos causais deste comportamento singular não são conhecidos.

Estudos demonstraram que metástases podem recorrer em até 11% dos pacientes nefrectomizados em um período médio de 10 anos, mesmo em casos de ressecção total dos tumores primários.

Conclusão: Mesmo com os avanços diagnósticos, CCR ainda é um tipo de câncer desafiador de comportamento peculiar, que pode assumir um perfil de evolução indolente, e que, com frequência, será diagnosticado incidentalmente. Vale ressaltar que, em pacientes com histórico de CCR apresentando exames de imagens com achados suspeitos, a possibilidade de metástase ou recidiva deve ser aventada, mesmo após longo período de remissão da doença.

Palavras-chave: Carcinoma células claras; Metástase; Neoplasia renal.

Relação de pacientes vasectomizados no Hospital Naval de Ladário-MS (HNLa)

TIERRE AGUIAR GONCALES¹; JOÃO VICTOR RODRIGUES²; JAMES LINCCOLN DE HOLANDA SANTOS³. 1. HOSPITAL NAVAL DE LADÁRIO, LADÁRIO - MS - BRASIL; 2. SANTA CASA DO RIO GRANDE, RIO GRANDE - RS - BRASIL; 3. UNICESUMAR CAMPUS CORUMBÁ, CORUMBÁ - MS - BRASIL.

O perfil do quantitativo familiar no Brasil vem mudando com o passar do tempo, havendo uma tendência ao declínio, pois as exigências do mercado de trabalho contemporâneo, dificuldades financeiras, hábitos de vida, conhecimento e maior adesão de métodos contraceptivos vem colaborando para que isso ocorra. Nesse cenário a vasectomia tem se mostrado como um método contraceptivo extremamente eficaz. Por isso, o trabalho visa traçar uma relação de pacientes vasectomizados no HNLa entre junho de 2021 e julho de 2022, além de esclarecer e disseminar essa técnica cirúrgica. Em suma, a técnica interrompe os dois ductos deferentes, de modo que impossibilita a chegada dos espermatozoides até as vesículas seminais, a cirurgia dura cerca de vinte minutos e a anestesia pode ser apenas local, após os eventos dos cuidados do pós-operatório, depois de aproximadamente 20 ejaculações, deve-se realizar análise do material ejaculado, pois é necessário que ocorram duas ejaculações com azoospermia para que o paciente seja considerado enfim, estéril. A indicação da cirurgia, além de outros fatores biopsicossociais, leva em consideração legislação própria, Lei 9.263/1996, que versa sobre planejamento familiar no tocante à esterilização voluntária, da norma pode-se destacar alguns pré-requisitos: capacidade civil plena, ter 25 anos de idade ou, pelo menos dois filhos vivos, desde que decorram 60 dias entre a manifestação expressa e o ato cirúrgico, nesse intervalo, é proporcionado ao candidato acesso a equipe multidisciplinar, com vistas ao desencorajamento quando for considerada uma esterilização precoce. No presente estudo, relata-se o total de 36 vasectomias, avaliando-se dentre outras variáveis, idade do paciente, quantidade de filhos e incidência de complicações. Os resultados obtidos dão conta de que o paciente mais novo possuía 25 anos, o mais velho 54 anos, com maior incidência e mediana aos 36 anos. No que se refere a quantidade de filhos, os pacientes com 2, 3, 4 e 5 filhos representam respectivamente: 66,7%, 27,8%, 2,8% e 2,8% dos operados. Quando o quesito é complicação, ocorreu que por ocasião do descumprimento das recomendações médicas após a vasectomia, dois (02) pacientes sofreram complicações leves no pós-operatório, em ambos, a clínica apresentou um edema importante de bolsa escrotal, sendo que um caso ocorreu por ejaculação no D5 e o outro por permanecer em posição bípede durante longo período no D1. Todos os pacientes do presente estudo foram submetidos a estudo anatomopatológico dos ductos deferentes ressecados bilateralmente e espermograma que evidenciou azoospermia. Sendo assim, a vasectomia tem figurado na atual conjuntura como um método contraceptivo simples, rápido, seguro, eficaz e com poucas complicações. Mesmo crescendo mais de 100% entre 2009 a 2018 segundo o DATASUS, a vasectomia ainda é pouco popular, carecendo de maior orientação e principalmente quebra de tabus em relação a ereção peniana.

Palavras-chave: Vasectomia; Ducto deferente; Azoospermia.

Sarcoma de cordão espermático mimetizando hérnia inguinal direita

REMER CRISTINA CINTRA DUARTE; LUCAS MARASSI OLIVEIRA; BRUNO MONTEIRO DE CARVALHO; DÉBORA COHEN ZAIDE; LUANA POUBEL MARQUES; ALINE DURÃO DE ANDRADE PEQUENO; BIANCA LEE SANTANA; ANTONIO KNEIPP PITTA DE CASTRO NETO. HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução:

Os sarcomas são neoplasias malignas raras que se originam de tecidos moles (vasos sanguíneos, linfáticos, músculos, gordura, tendões e nervos), tecido ósseo e células estromais do trato gastrointestinal (GIST). Os lipossarcomas constituem 5,75% dentre todos os subtipos. Lipossarcomas são tumores malignos de tecido adiposo, representam 15% a 20% dos sarcomas de partes moles, acometem principalmente o retroperitônio e menos frequentemente a região genital. Esses tumores se desenvolvem geralmente de maneira assintomática e insidiosa, com o crescimento lento e indolor, sendo estes os fatores que podem contribuir para o pior prognóstico dos lipossarcomas retroperitoneais. O atraso diagnóstico e a posição anatômica complexa implicam na dificuldade de ressecção desses tumores com margem de segurança. Este trabalho visa relatar o caso de um paciente com sarcoma retroperitoneal que se apresenta simulando uma hérnia inguinal.

Material e método

Trata-se de relato de caso de paciente masculino, 43 anos, encaminhado ao serviço de cirurgia geral do Hospital Central da Polícia Militar, Rio de Janeiro, Brasil, com quadro de abaulamento em região inguinal direita e diagnóstico de hérnia inguinal. Ao exame físico detalhado foi observado massa palpável em fossa ilíaca direita sendo solicitado tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou lesão expansiva em retroperitônio, topografia de fossa ilíaca direita, se estendendo ao canal inguinal. Paciente foi encaminhado à cirurgia Oncológica e submetido a cirurgia com ressecção radical do tumor retroperitoneal e orquiectomia homolateral.

Resultados:

Paciente apresentou ótimo evolução pós operatória e a análise histopatológica identificou liposarcoma de cordão espermático, com componente bem diferenciado do tipo lipoma-simile e esclerosante, e componente desdiferenciado do tipo sarcoma pleomórfico indiferenciado-simile, sem áreas de necrose tumoral evidentes. Houve boa evolução no pós operatório, recebendo alta e encaminhamento para seguimento na oncologia clínica. Não se indicou quimioterapia ou radioterapia adjuvante devido ausência de doença detectável no pos-operatório.

Conclusão:

Apesar de se tratar de forma de apresentação rara de sarcoma retroperitoneal, o conhecimento desta apresentação clínica e dos achados nos exames de imagem são cruciais para a suspeição diagnóstica e adequado planejamento pré-operatório cujo tratamento de escolha consiste em ressecção tumoral e orquiectomia alargada.

Palavras-chave: Neoplasias; Cordão espermático; Lipossarcoma.

Síndrome de Zinner - Relato de caso

FELIPE MARCONDES DE OLIVEIRA; ALEXANDRE GOMES AGOSTINHO; BRUNO BIGNARDI; CARINA VITORIA PARADA DIAS; INGRID VERÇOSA ALBUQUERQUE CRUZ OLIVEIRA; THAÍZA MELLO MALHEIROS; ANA CAROLINA MOREIRA CERUTTI; CIBELLE MARION BERTOLLI. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. RADAMÉS NARDINI, MAUÁ - SP - BRASIL.

Objetivos

Relatar caso de adolescente com diagnóstico de Síndrome de Zinner atendido em hospital secundário particular localizado na zona metropolitana de São Paulo.

Materiais e métodos

Revisão de prontuário, exames laboratoriais e de imagem bem como revisão de literatura médica pertinente.

Relato de caso

G.H.S.S, 17 anos, procurou atendimento hospitalar com queixa de dor em hipogástrio e em bolsa escrotal havia três dias. Negava trauma, relação sexual desprotegida, febre ou outros sintomas infecciosos. Ao exame físico o abdome era flácido e verificava-se dor à palpação de hipogástrio com palpação de globo vesical e dor em epidídimo esquerdo. Foi aventada hipótese diagnóstica de retenção urinária aguda secundária a infecção urinária. Iniciou propedêutica com solicitação de exames, os quais evidenciaram os seguintes resultados: Hemoglobina 15,0g/dL; Hematócrito 43,7%; Leucócitos 7250/mm³; Plaquetas 215000/mm³; Uréia 18mg/dL; Creatinina 0,98mg/dL; Urina tipo I: Leucócitos inferior a 10000/mL; Eritrócitos inferiores a 10000/mL; Nitrito com análise prejudicada por substâncias interferentes. Concluiu-se, então tratar-se de infecção de trato urinário e iniciado tratamento com Ciprofloxacino via oral. Após 24 horas desenvolveu novo episódio de retenção urinária e submetido a cateterização vesical com sonda de Foley e saída de 500mL de urina clara. Procedeu-se com internação onde ampliou-se a investigação radiológica com Ultrassonografia de aparelho urinário, Tomografia de abdome total e Ressonância Nuclear Magnética bem como avaliação da equipe de Urologia.

Conclusão

Ainda que rara, a identificação de agenesia renal em homens com queixas que podem levar a diagnósticos de infecção urinária, deve-se sempre levar a investigação da Síndrome de Zinner. É imprescindível que se tenha acesso a exames de imagem para que o diagnóstico seja assertivo. Caso o paciente não tenha queixa de infertilidade ou dor importante é possível manejo clínico e acompanhamento, caso contrário, o tratamento cirúrgico é necessário. Caso o paciente não tenha queixa de infertilidade ou dor importante é possível manejo clínico e acompanhamento, caso contrário, o tratamento cirúrgico é necessário.

Referências

- Zinner's syndrome: Case report of a rare maldevelopment in the male genitourinary tract. Nov 2021 - ScienceDirect. Ahmed M. Almuhanha, Shaheed Alsuhaibanib, Razan Almesned Ashraf Almatar, Hamed Alali. <https://doi.org/10.1016/j.eucr.2021.101839>
- Zinner syndrome presenting with intermittent scrotal pain in a young man. Dez 2018 - ScienceDirect. Sofia Florim, Vitor Oliveira, Diogo Rocha <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2018.08.012>
- Document details - Zinner's syndrome: An up-to-date review of the literature based on a clinical case. Out 2009 - First International Journal of Andrology - Andrologia. Pereira, B.J., Sousa, L., Azinhais, P., Conceição, P., Borges, R., Leão, R., Brandão, Á., Temido, P., Retroz, E., Sobral, F. DOI:b10.1111/j.1439-0272.2009.00939.x

Palavras-chave: Síndrome de Zinner; Agenesia renal; Infertilidade.

ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA: SÉRIE DE CASOS

GUSTAVO PEREIRA DOURADO; PEDRO HENRIQUE PENNA ROCHA FERREIRA; LAIS SOUZA GERMANO; GABRIEL MOREIRA DE MORAES; FLAVIA GEBRAN VELLOSO; SYLVIA CAROLINA LYRA; MELINA TELES FREIRE; BRUNO VAZ DE MELO. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

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

Objetivo: Avaliar os resultados, incluindo taxa de sobrevida e mortalidade, tipos de lesões e técnicas cirúrgicas das anastomose biliodigestivas utilizadas nos pacientes internados com patologias operatórias das vias biliares.

Casuística e Métodos: Análise de dados do serviço, onde foram incluídos 41 prontuários de pacientes submetidos aos diversos tratamentos de anastomose biliodigestiva nos últimos 4 anos, entre junho de 2019 e junho de 2022. As variáveis avaliadas foram: idade, sexo, tempo de internação, indicação, tipo de procedimento, morbidade e mortalidade.

Resultados: Foram catalogados 41 pacientes com patologia de vias biliares de ambos os sexos, sendo 17 homens (41,5%) e 24 mulheres (58,5%) com idades entre 24 e 85 anos (média de idade entre 54,5 anos), dos quais 31 (%) apresentavam diagnóstico benigno, 10 (%) com diagnóstico maligno. Dentre as técnicas utilizadas, se destacam: 25 coledocoduodenostomia (60,97%), 8 coledocojejunostomia em "Y de Roux"(19,51%) e 7 hepaticojejunostomia (17,07%) (sendo 3 pela técnica de Coinaud-Soupault e 5 pela técnica de Hepp-Coinaud). Dois (4,87%) pacientes evoluíram com complicação pós-operatória e 6 (14,63%) foram óbitos, sendo 4 com doença maligna e 2 com benigna.

Conclusão: As derivações biliodigestivas constituem um método eficaz no tratamento das diversas doenças das vias biliares, apresentando melhora nítida na qualidade de vida do paciente, seja por doença benigna devolvendo ao paciente a higiene necessária para seguimento de suas atividades do cotidiano, como por doença maligna, aumentando a sobrevida e qualidade alimentar na maioria dos casos. Os resultados encontrados no serviço de cirurgia geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge estão em concordância com a literatura, no que se diz respeito às indicações e complicações.

Palavras-chave: anastomose;biliodigestiva;vias biliares.

Cisto de Colédoco Acidental em Colecistectomia Videolaparoscópica - Um relato de Caso

KAUÊ RUAN DE RESENDE; MARCELO MANAIA GONÇALVES FERNANDES. HCE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Cistos de vias biliares são achados infrequentes na população adulta, possuindo fisiopatogenia incerta e grande variação de apresentação clínica. Relatamos o caso de uma paciente feminina, 34 anos, sem comorbidades, submetida a colecistectomia videolaparoscópica por colelitíase diagnosticada em ultrassonografia abdominal de rotina, em que se identificou lesão sacular aderida a ducto colédoco, de aproximadamente 5cm em seu maior diâmetro, de aspecto benigno. Foi realizada colangiografia intraoperatória que evidenciou preenchimento completo da árvore biliar extra e intrahepática, com lesão sacular comunicante de preenchimento homogêneo. Seguiu-se a ressecção laparoscópica da vesícula biliar e da estrutura sacular, sem intercorrências. A paciente foi acompanhada ambulatorialmente em pós-operatório com ótima evolução clínica, resultados anatomopatológicos sem evidências de neoplasia em ambas as peças, e colangioressonância magnética de controle sem alterações. Discutimos as apresentações, o diagnóstico e as indicações cirúrgicas do tratamento das lesões císticas biliares.

Palavras-chave: cisto biliar; colecistectomia; achado intraoperatório.

CISTO DE COLÉDOCO TODANI IB - RELATO DE CASO

FREDERICO JAPIASSU SANTIAGO; GIOVANNA PINHO PEREIRA; RAFAEL MENASCHE SOICHET; PEDRO ALEXANDRE RAYCHTOCK; CAMILLA FARIAS DE SOUZA CRUZ; GENARO FAHRNHOLZ BUONSANTE; KARINA DE OLIVEIRA BOKEL ZBOROWSKI; RAFAELA CIARLINI CAMPBELL. HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução

Cistos de colédoco se caracterizam pela dilatação de vias biliares intra e extra-hepática. São caracterizados pela classificação de Todani em tipos I a IV. Tem incidência de 1 em 150.000 indivíduos, sendo mais comuns na população asiática e no sexo feminino em uma proporção de 4:1. A clínica é inespecífica, estando à tríade clássica de dor abdominal, icterícia e massa abdominal presente em apenas 20% dos casos. É necessário um alto nível de suspeição para o diagnóstico e tratamento precoce, pelo risco de colangite de repetição, colecistite, pancreatite, cirrose biliar secundária e transformação maligna principalmente nos tipos I e IV.

Relato de Caso

I.C.S.P, feminina, 41 anos, hipertensa, iniciou quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, com piora pós prandial com 2 anos de evolução e piora progressiva dos sintomas. Nega sintomas colestáticos ou perda ponderal. Nega tabagismo ou etilismo. Em ultrassonografia abdominal de 04/2021 foi visto imagem anecóica, medindo 41 mm na cabeça do pâncreas, com reforço acústico, que sugeria cisto simples, sem alterações das vias biliares intra e extra-hepáticas. Em colangiorressonância de 05/2021 notou-se dilatação dos ductos cístico, hepático e colédoco proximal, este de aspecto cístico, medindo cerca de 3,4 cm, podendo corresponder a doença cística congênita das vias biliares, sem outras alterações. Ao exame, paciente apresentava bom estado geral, anictérica, abdome flácido e desconforto a palpação profunda de flanco direito. Foi submetida à ressecção de via biliar extra-hepática 04/2022, reconstrução com hepaticojejunostomia em Y de Roux e drenagem da cavidade. Sendo identificado cisto de colédoco tipo IB de Todani, apresentando dilatação do colédoco da porção intra-pancreática até junção do ducto cístico. Pós-operatório sem complicações e alta após 4 dias. Em acompanhamento ambulatorial até a presente data, sem intercorrências.

Discussão

Cistos de colédoco podem ser congênitos ou adquiridos. O diagnóstico é mais comum na infância, embora 20-25% seja diagnosticado em adultos. O diagnóstico é feito através de exames de imagem, preferencialmente a colangiorressonância. A ultrassonografia, a tomografia computadorizada, a cintilografia hepatobiliar com tecnécio 99 também podem ser utilizadas. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica completa do cisto. A escolha entre a reconstrução com hepático-jejunostomia em Y de Roux ou hepático-duodenostomia é controversa. Segundo meta-análises recentes, a hepático-duodenostomia associa-se a menor tempo operatório, menos sangramento intra-operatório e a menor tempo de internação. No entanto, está mais associada ao refluxo biliar, podendo levar à erosão gástrica e aumento do risco de metaplasia intestinal. O acompanhamento pós-operatório anual com ultrassom abdominal e bioquímica é recomendado pelo risco aumentado de colangiocarcinoma. Em adultos, os níveis de CA19-9 também devem ser monitorados.

Palavras-chave: Cisto de colédoco; Ressecção de via biliar; Derivação biliodigestiva.

Colecistectomia Videolaparoscópica Retrógrada

FERNANDO VIEIRA LEITE; IAN DAMAS VIEIRA; RAQUEL ROXO BRUNO; LETÍCIA MARQUES FERREIRA; DIOGO NOGUEIRA FIUZA; PEDRO CALDAS PEREIRA; CARLOS AUGUSTO MARTINEZ MARINS; RENATO ABRANTES LUNA. HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: A colecistectomia videolaparoscópica (CVL) anterógrada permanece como padrão ouro no manejo cirúrgico das doenças da vesícula biliar. No entanto, a dificuldade da identificação do trigono de Calot no intra-operatório, aumenta o risco cirúrgico e é causa de conversão para laparotomia. Trazemos para debate a técnica de colecistectomia retrógrada (fundo cística) videolaparoscópica que tem como objetivo minimizar os riscos. A técnica é uma alternativa para os casos de dificuldade na obtenção da visão crítica da junção infundíbulo cística secundária a inflamação intensa no pedículo biliar. **Relato de caso:** LRA, paciente feminina, 32 anos, com cólica biliar associada ao diagnóstico de colelitíase há cinco anos, principalmente associada a alimentação gordurosa. Paciente deu entrada no Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) com quadro de dor abdominal há 3 semanas, pior em região de hipocôndrio direito associado a febre, calafrios e vômitos. Ausência de colúria e acolia fecal. Ao Exame físico paciente encontrava-se anictérica, eutrófica, desidratada, abdômen doloroso e com sinal de Murphy presente. Leucograma de 8600 e 6 bastões, sem outras alterações. Realizada tomografia de abdômen evidenciando vesícula biliar com espessamento parietal difuso, notadamente na região fúndica, com imagens densas no seu interior e imagem ovalar, medindo cerca de 20 mm ao nível do infundíbulo, sem dilatação das vias biliares. Durante o procedimento cirúrgico, pelo processo inflamatório, houve dificuldade de identificação da visão crítica da junção infundíbulo cística, optando-se pela CVL retrógrada. Paciente recebeu alta no dia seguinte a cirurgia, não apresentou complicações pós-operatórias e encontra-se em seguimento ambulatorial. **Discussão:** A colecistectomia é um dos procedimentos mais realizados por cirurgiões no mundo inteiro pela doença calculosa biliar possuir alta prevalência. É necessário trazer em discussão outras técnicas de um procedimento amplamente utilizado para servir de arsenal terapêutico do cirurgião com o objetivo de minimizar as complicações peri-operatórias.

Bibliografia:

El Boghdady, Michael & Arang, Hossein & Ewalds-Kvist, Béatrice. (2022). Fundus-first cholecystectomy for complex gallbladders: A systematic review. Health Sciences Review.

M.M. Lirici, A. Califano, Management of complicated gallstones: results of an alternative approach to difficult cholecystectomies, Minimally Invas. Therapy Alli. Technol.

C. Conrad, G. Wakabayashi, H.J. Asbun, B. Dallemagne, N. Demartines, M. Diana, et al., IRCAD recommendation on safe laparoscopic cholecystectomy, J. Hepatobil. Pancreat. Sci. 24 (11) (2017 Nov) 603–615 Epub 2017

Oct 27.

F.W. van de Graaf, I. Zaïmi, L.P.S. Stassen, J.F. Lange, Safe laparoscopic cholecystectomy: A systematic review of bile duct injury prevention, Int. J. Surg. 60 (2018 Dec).

Palavras-chave: Colecistectomia Laparoscópica; Colecistectomia Retrograda; Colecistite Aguda.

Colecistite Aguda Enfisematosa: um relato de caso

TIERRE AGUIAR GONCALES¹; JAMES LINCCOLN DE HOLANDA SANTOS². 1. HOSPITAL NAVAL DE LADÁRIO, LADÁRIO - MS - BRASIL; 2. UNICESUMAR POLO CORUMBA, CORUMBÁ - MS - BRASIL.

A Colecistite Enfisematosa (CE) é uma infecção aguda da vesícula biliar. Corresponde a 1% das colecistites agudas, com mortalidade de 15%. Comprometimento da irrigação da vesícula biliar, cálculos biliares, imunodepressão e infecção por microrganismos estão relacionados com esta patologia. A oclusão ou estenose da artéria cística facilita a proliferação de organismos que formam gás e translocação bacteriana. Bactérias podem representar a causa primária ou serem invasoras secundárias. As principais são *Clostridium* (46%), *Escherichia coli* (33%) e *Klebsiella*; menos frequentemente enterococos e estreptococos anaeróbios. Cerca de 28 - 80% dos doentes com CE apresentam cálculos biliares. A principal complicação é a septicemia que ocorre em até 25% dos casos. Outra complicação é a colecistite gangrenosa, presente em 75% dos casos em que a perfuração da vesícula biliar é inevitável. Clinicamente, febre e dor no quadrante superior direito são queixas comuns, podendo estar associada a náuseas e vômitos. Paciente, sexo feminino, 30 anos, previamente hígida, procura a emergência em 10/05 com queixas de febre, dor em hipocôndrio direito, inapetência, náuseas, vômitos, queda do estado geral e disúria. Internada aos cuidados da clínica médica para tratamento de ITU com ceftriaxone. Após D5 de antibiótico, mantém piora do estado geral, febre persistente e piora leucograma. Associa-se metronidazol. Laboratórios da admissão: Hb 11,9, Leuc 9360, Cr 0,5, Amilase 273, Lipase 964. TC abdome (17/05): vesícula biliar hiperdistendida, com cálculo no interior, paredes espessadas com presença de gás no interior vesicular. Laboratórios (19/05): Hb 11,3, Leuc 15770, Pla 387, Cr 0,4, TGO 94, TGP 170, BT 0,5, BD 0,7, BI 0,2, FA 293, GGT 314, Amilase 52, Lipase 81, Na 139, K 4,1, PCR 8,4. Em 19/05, solicitada avaliação da Cirurgia Geral. Paciente em mal estado geral, apresentando acidose metabólica e Murphy positivo. Indicada colecistectomia convencional por suspeita de perfuração e abdome agudo inflamatório. Paciente apresentou boa evolução pós operatória, melhora clínico-laboratorial importante, sem queixas, recebendo alta em D3 da cirurgia. Anatomopatológico: colecistite crônica calculosa agudizada com áreas necro-hemorrágicas e eosinófilos. A CE tem um curso insidioso sendo clinicamente indistinguível da colecistite aguda não enfisematosa. A tomografia é o padrão ouro para o diagnóstico. Achados laboratoriais incluem leucocitose, TGO e TGP ligeiramente elevadas; se obstrução do ducto hepático comum, FA e GGT estarão elevadas. Por fim, os pacientes com CE nem sempre manifestam sinais clínicos de gravidade, como ocorreu no caso em tela, no qual já havia gangrena da vesícula biliar, confirmada no ato operatório. Em suma, a colecistectomia é a base do tratamento, devido a rápida progressão para sepse e óbito.

Palavras-chave: Colecistite Enfisematosa;Colecistite Gangrenosa;Cirurgia.

Coledocoduodenostomia látero-lateral como tratamento alternativo na coledocolitíase: Relato de Caso

RENÉ FERNANDO CASTILLO GUAMÁN; GABRIELLE VAZ DE AZEBEDO DAVID; GUILHERME LEMOS COTTA PEREIRA; MIGUEL MATEO SARMIENTO ALVAREZ; CARLOS ADRIAN BUSTAMANTE GARCIA. INSTITUTO CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - EQUADOR.

Introdução: A coledocolitíase é definida como a impactação de cálculos no ducto biliar comum sendo a segunda causa mais frequente de complicações da colelitíase (8-20%). A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é exame de escolha na resolução da coledocolitíase, por ser menos invasiva e proporcionar recuperação rápida. No entanto, tem uma taxa de insucesso (13%), tendo a não cateterização da papila como principal causa. Em caso de insucesso da CPRE, as anastomoses biliodigestivas podem ser utilizadas como tratamento da coledocolitíase sendo a coledocoduodenostomia látero-lateral a melhor opção.

Relato do caso: Paciente de 83 anos com quadro de dor abdominal em andar superior, náuseas e vômitos. Evidenciou-se quadro de colelitíase e coledocolitíase em tomografia computadorizada do abdome. Posteriormente foi feita CPRE mais não foi possível cateterizar a papila de Vater por odite esclerosante impossibilitando o tratamento. Optou-se pelo tratamento cirúrgico sendo realizado coledocoduodenostomia látero-lateral, com resultados satisfatórios.

Conclusão: O tratamento da coledocolitíase ainda encontra-se controverso na literatura, especialmente quando há falha terapêutica da CPRE. Apesar da coledocoduodenostomia convencional ser pouco utilizada nos dias atuais, fica reservada para um grupo de pacientes específicos. A mesma ganha em preferência por ser de fácil execução e por permitir acesso endoscópico futuro caso seja necessário. É tido como tratamento seguro com taxa de resolução maior que 90% dos casos de coledocolitíase.

Bibliografia

1. Coelho-Prabhu, N., Shah, N., Van Houten, H., Kamath, P., & Baron, T. (2013). Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: utilisation and outcomes in a 10 year population-based cohort. *BMJ Open*.
2. Lechaux, J. P., & Lechaux, D. (2007). Anastomoses biliodigestives dans. *EMC (Elsevier Masson SAS)*, 40-940.
3. Magalhaes, J., Rosa, B., Salgado, W., Kemp, R., Módena, J., & Elias, J. (2015). Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. *World J Gastrointest Endosc*, 128-134.
4. Ortigara, L., Enilde, E., & Guerra, E. (2005). Avaliação pré-operatória dos pacientes com coledocolitíase. *Rev. Técnico científica do Grupo Hospitalar Conceição*, 8-16.

Palavras-chave: Coledocolitíase; Colangiopancreatografia Endoscópica; Coledocoduodenostomia látero-lateral.

Retrógrada

Ducto cístico acessório: A importância das variações anatômicas na prática cirúrgica

CAROLINA OLIVEIRA PEREIRA ESTEVES NETA¹; LUISE BERNARDES NEVES¹; ANA CLARA BARROS PORTO CARREIRO¹; BRUNA FERREIRA CUNHA²; PEDRO RIVAS². 1. UNESA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução

As anomalias dos ductos císticos não são visualizadas com frequência, porém as variações anatômicas das vias biliares são comuns e usualmente identificadas através de exames de imagem ou durante o intra-operatório. Apesar de sua frequência, são raramente identificadas antes da vida adulta, podendo causar icterícia e cólica biliar sem causa aparente. A identificação das variações anatômicas das vias biliares é importante para evitar um diagnóstico incorreto ou complicações cirúrgicas, sendo a colangioproressonância o exame ideal para este fim. Dessa forma, o objetivo do trabalho é ressaltar a importância do conhecimento anatômico das vias biliares, suas variações anatômicas e alterações associadas aos processos patológicos a fim de obter um diagnóstico preciso e, assim, otimizar a conduta cirúrgica.

Relato do Caso

N.C.D, sexo feminino, 32 anos, deu entrada no serviço de saúde com queixa de dor abdominal, associada a náuseas, vômitos e icterícia +/4, com sinal de Murphy positivo. Ultrassom demonstrou vesícula distendida, com conteúdo heterogêneo, com debris de suspensão e paredes espessadas medindo 0,6 cm. O exame de sangue não demonstrou leucocitose (leucometria global: 7200mm³), enquanto as enzimas hepáticas estavam alteradas (alanina aminotransferase: 379 U/L, transaminase oxalacética: 107 U/L, bilirrubina total: 4.63 mg/dL, fosfatase alcalina: 381 U/L). Devido ao conjunto de achados, foi confirmado o diagnóstico de colecistite aguda, sendo indicada a abordagem cirúrgica. Durante a colecistectomia, observou-se ausência de líquido livre na cavidade, fígado de tamanho normal, vesícula de paredes finas, pedículo hepático conduto cístico e colédoco com tamanho aumentado. Foi realizada dissecação e isolamento do ducto cístico, da artéria cística, e da vesícula através do leito hepático, quando surpreendentemente identificou-se um ducto cístico acessório, sendo este seccionado e ligado com fio sutupak 0. Após esse tempo cirúrgico, a colecistectomia propriamente dita foi realizada com secção, ligadura da artéria cística e finalmente, foi feito o estudo das vias biliares, através de colangiografia intra-operatória transcística com sonda nelaton número 8. As imagens não demonstraram evidências de cálculo no ducto colédoco e terminado o procedimento, a paciente foi encaminhada para recuperação, recebendo alta alguns dias após a cirurgia.

Discussão

Apesar da importância na diversidade na anatomia das vias biliares, poucos trabalhos na literatura descrevem a formação de ductos císticos acessórios. Nesse sentido, destaca-se que é essencial o conhecimento das variações anatômicas, de modo a evitar possíveis intercorrências cirúrgicas, como a secção inadequada de um ducto biliar. No contexto, apesar dessa variação, a cirurgia ocorreu sem complicações, ficando apenas a surpresa do achado ducto cístico acessório. Assim, fica evidente a complexidade das vias biliares e a relevância do assunto para a realização de procedimentos cirúrgicos com segurança.

Palavras-chave: Vias

Biliares;Ducto

Cístico

Acessório;Colecistectomia.

Eficácia e segurança da eletroporação irreversível no colangiocarcinoma irresssecável: uma revisão sistemática

JOÃO HENRIQUE SENDRETE DE PINHO; LORRANE VIEIRA SIQUEIRA RISCADO; JOSE OTAVIO GUEDES JUNQUEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Objetivo: Pacientes com colangiocarcinoma (CC) irresssecável têm prognóstico desfavorável, sendo a ressecção R0 a única opção de tratamento potencialmente curativo. Entretanto, no CC perihilar menos de 20% dos pacientes são qualificados para esta cirurgia e, após o procedimento, a sobrevida global em 5 anos varia entre 20 e 50%. No caso de pacientes com doença localmente avançada, a eletroporação irreversível (IRE) vem sendo usada para reduzir a progressão do tumor e a morbimortalidade por obstrução local do ducto biliar. Seus resultados em outras neoplasias hepatobiliares têm se mostrado promissores, mas ainda há poucos estudos sobre a eficácia e segurança da IRE no CC irresssecável. Desse modo, o objetivo deste estudo é avaliar, na literatura, a eficácia e a segurança da IRE no CC irresssecável.

Método: Foi realizada busca eletrônica nas bases de dados PubMed, Cochrane, LILACS, SciELO, EMBASE e Scopus com os descritores irreversible electroporation, cholangiocarcinoma e overall survival e busca manual em referências de artigos relevantes no tema. Foram incluídos estudos prospectivos e retrospectivos que avaliaram a sobrevida global e complicações em paciente com colangiocarcinoma irresssecável submetidos a eletroporação irreversível. Foram excluídos relatos de caso, metanálises, revisões sistemáticas e estudos em animais. Os estudos incluídos tiveram sua qualidade metodológica avaliada utilizando o checklist de 18 critérios da técnica de Delphi modificada. Foram extraídos, principalmente, os dados de classificação anatômica do colangiocarcinoma, critérios para irresssecabilidade, número de pacientes, tamanho da lesão, intervenção, via da eletroporação irreversível, sobrevida global (SG) e complicações observadas.

Resultados: Foram encontrados 58 artigos, dos quais, após triagem pelo resumo e exclusão de duplicatas, 20 foram acessados por completo para elegibilidade. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos 3 estudos prospectivos e 2 retrospectivos, com média de 14,4 (80%) pontos de qualidade metodológica. No total, 76 pacientes, sendo 39 homens e 37 mulheres, idade média de 64,4 anos, com CC irresssecável, estágio III - IV (AJCC), sendo 68 CC perihilar (Bismuth III - IV) e 8 intrahepáticos, foram submetidos à terapia multimodal (drenagem biliar e quimioterapia paliativa) associada a IRE percutânea (70%) ou aberta (30%). A prevalência média de complicações menores e maiores foi, respectivamente, de 76% e 13%. A SG média foi de 22,5 meses, valor superior à SG do grupo submetido apenas a quimioterapia no único estudo controlado incluído (10,2 meses).

Conclusões: A associação da IRE à terapia multimodal aumenta a SG no CC irresssecável, promovendo melhor resposta tumoral à quimioterapia. Apesar da alta prevalência de complicações menores e maiores, não houve morte relacionada ao procedimento. Embora a IRE pareça eficaz e segura no CC irresssecável, são necessários ensaios clínicos robustos para melhores evidências.

Palavras-chave: colangiocarcinoma;sobrevida;eletroporação irreversível.

EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO NO TRATAMENTO DA LESÃO IATROGÊNICA DA VIA BILIAR

FRANCISCO PEREIRA DE MESQUITA; VICTOR PERRUCHO PIERONI; RENATO DE MEDINA COELI; BERNARDO OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI; RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Objetivo: Descrever a experiência do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal Cardoso Fontes, Rio de Janeiro, RJ, como centro de referência no tratamento cirúrgico de pacientes com lesão iatrogênica da via biliar (LIVB).

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de um total de 55 casos operados no Serviço. As variáveis selecionadas foram: sexo, tempo de evolução da doença, número de intervenções prévias, tipo de cirurgia de origem, classificação de Bismuth e procedimento cirúrgico para correção.

Resultados: O sexo feminino foi o mais prevalente (64%). O tempo médio de evolução da estenose até a correção cirúrgica foi de 18 meses e a média de intervenções prévias sendo duas. A cirurgia aberta foi a mais prevalente e, seguindo a classificação de Bismuth, o tipo mais frequente foi o tipo II. Os procedimentos de correção variaram, sendo os mais comuns a hepaticojejunostomia extra-hepática e a anastomose estendida à confluência e ao ducto hepático esquerdo (procedimento de Hepp-Couinaud).

Conclusão: A LIVB permanece como uma patologia a qual comporta elevada morbi/mortalidade, cuja falha na reconstrução promove re-estenose e piora significativa do prognóstico. Além de outros aspectos, é de fundamental importância a sua condução por um centro de referência experiente no manejo clínico e cirúrgico de tais lesões. Nossa experiência, com resultados comparáveis a outros centros, mostra que as anastomoses realizadas preferencialmente com a via biliar proximal, na convergência dos ductos hepáticos (procedimento de Hepp-Couinaud), tendem a obter maior sucesso quanto ao não surgimento de re-estenoses.

Palavras-chave: Doença Iatrogênica; Procedimento Operatório; Anastomose Cirúrgica.

FÍSTULA BILIO-DIGESTIVA - RELATO DE TRÊS CASOS

DÁLIA ELISA DA COSTA LOPES; AUGUSTO CESAR BAPTISTA DE MESQUITA; PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES; RENATO DE MEDINA COELI; RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA; VICTOR PERRUCHO PIERONI. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO: As fistulas bilio-digestivas são diagnósticos infrequentes, ocorrendo em até 5% de todas as abordagens cirúrgicas da vesícula biliar, sendo a principal etiologia a litíase biliar. Ocorre em maior prevalência em pacientes do sexo feminino, idosos e com múltiplas comorbidades. Dentre os locais de comunicação das fistulas, a fistula colecisto-duodenal ocorre com maior frequência, seguida da fistula colecisto-cólica e da colecisto-gástrica, podendo ser assintomática em até 80% dos casos, o que dificulta o seu diagnóstico pré-operatório. O tratamento preconizado é a abordagem cirúrgica, por laparotomia ou laparoscopia, com resultados semelhantes.

RELATO DE CASO: Neste trabalho é descrito o caso de três pacientes acompanhadas no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal Cardoso Fontes no primeiro semestre de 2022, com diagnóstico de fistulas bilio-digestivas, sendo cada caso respectivo a uma fistula colecisto-cólica, colecisto-gástrica e colecisto-duodenal. É relatado o quadro clínico referente a cada uma e os exames de investigação diagnóstica. Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, confirmando o diagnóstico de suspeição.

DISCUSSÃO: Apresentamos revisão da literatura sobre o tema e associação com os casos relatados, destacando-se a baixa suspeição pré-operatória, devido ao quadro clínico inespecífico, atrasando o diagnóstico e seu manejo adequado.

REFERÊNCIAS:

1. Balent E, Plackett TP, Lin-Hurtubise K. Cholecystocolonic fistula. Hawaii J Med Public Health. 2012 Jun;71(6):155-7. PMID: 22787563; PMCID: PMC3372787.
2. C.A. Esparza Monzavi, X. Peters, M. Spaggiari, Cholecystocolonic fistula: A rare case report of Mirizzi syndrome, International Journal of Surgery Case Reports, Volume 63, 2019, Pages 97-100, ISSN 2210-2612, <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.09.023>.
3. CONDE, Lauro Massaud et al. Laparoscopic management of cholecystocolic fistula. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [online]. 2014, v. 27, n. 04 [Accessed 29 July 2022] , pp. 285-287. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000400013>>. ISSN 0102-6720. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000400013>
4. G. Bonventre, G. Di Buono, S. Buscemi, G. Romano, A. Agrusa, Laparoscopic management of cholecystocolonic fistula: A case report and a brief literature review, International Journal of Surgery Case Reports, Volume 68, 2020, Pages 218-220, ISSN 2210-2612, <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.02.052>
5. Savvidou S, Goulis J, Gantzarou A, Ilonidis G. Pneumobilia, chronic diarrhea, vitamin K malabsorption: A pathognomonic triad for cholecystocolonic fistulas. World J Gastroenterol 2009; 15(32): 4077-4082 Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/15/4077.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.4077>

Palavras-chave: fístula bilio-digestiva; fistula biliar; colecistectomia.

ISQUEMIA DA VIA BILIAR PRINCIPAL POR LESÃO IATROGÊNICA - RELATO DE CASO

GLEDSON DE OLIVEIRA MACHADO¹; NATA JÚNIOR PEREIRA NUNES²; RODRIGO FERNANDES RAPOZO PEREIRA CABRAL¹; WYRISLAINE RAYNE DE CASTRO HERENIO¹; THIFANY CABRAL DE SOUSA OLIVEIRA¹; LORRANY MENDONÇA MUNDIM SOARES¹; LUCAS MENDONCA SILVA DE AVILA¹; NATIANE PEREIRA NUNES¹. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA – UNICERRADO, GOIATUBA - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Resumo: O objetivo do presente estudo foi avaliar relato de caso de lesão iatrogênica de vias biliares que evoluiu para isquemia da via biliar principal tratados na clínica cirúrgica do Hospital Hospital Regional no Sul do Estado de Goiás e Hospital Geral de Goiânia. Paciente evoluiu pós colecistectomia convencional, com síndrome colestásica, consequente à lesão da via biliar principal (ligadura). Optado pela drenagem com dreno de Kher e, posteriormente, à terapêutica cirúrgica, a hepático-jejunostomia em “Y” de Roux. As lesões iatrogênicas das vias biliares ainda representam uma situação de gravidade para o paciente como cirrose biliar secundária, falência hepática e óbito. Tem como medida prevenir este tipo de lesão. Após sua ocorrência, ser corrigida em hospitais com equipe médica treinada. Diante do exposto, o trabalho atual apresenta significativa importância no que diz respeito à caracterização da evolução clínica do paciente com lesão iatrogênica das vias biliares e a dificuldade técnica quanto ao nível da lesão associada à isquemia (necrose) da via biliar principal.

Palavras-chave: VIAS BILAIRES ;LESÃO;IATROGENIA.

Paracoccidioidomicose Pseudotumoral de Vias Biliares: Relato de Caso

GUILHERME LEMOS COTTA PEREIRA; GABRIEL LELIS PINTO. INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CARLOS CHAGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Paracoccidioidomicose Pseudotumoral de Vias Biliares: Relato de Caso

Pinto, G.L.¹; Bento, A.P.B.²; Fernandes, I.S.²; Cotta-Pereira, G.L.³

Instituto Superior de Ciências da Saúde Carlos Chagas

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Badim, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

A paracoccidioidomicose é uma doença granulomatosa sistêmica restrita à América Latina, causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Normalmente ocorre na forma crônica, afetando os pulmões, a pele e os linfonodos. Raramente, a infecção pelo paracoco pode se apresentar de forma pseudotumoral, principalmente em órgãos abdominais, e deve ser considerada como diagnóstico diferencial do colangiocarcinoma, principalmente em pacientes vindos de áreas endêmicas, mesmo naqueles sem exposição rotineira ao solo contaminado. Neste trabalho, relatamos dois casos de síndrome consumptiva associada a síndrome colestática, causadas por paracoccidioidomicose biliar simulando colangiocarcinoma distal e peri-hilar, com seus respectivos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; Colangiocarcinoma; Via biliar; Fígado.

Referências

1. Shikanai-Yasuda Maria Aparecida, Mendes Rinaldo Pôncio, Colombo Arnaldo Lopes, Queiroz-Telles Flávio de, Kono Adriana Satie Gonçalves, Paniago Anamaria M. M et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet]. 2017 Sep; 50(5): 715-740.
2. Lutz A. Uma mycose pseudococcidica localizada na bocca e observada no Brazil. Contribuição ao conhecimento das hyphoblastomycoses americanas. Brasil Med. 1908; 22:121–124, 141-144.
3. Lima TB, Domingues MAC, Caramori CA, et al. Pancreatic paracoccidioidomycosis simulating malignant neoplasia: case report. World J Gastroenterol 2013; 19:5750-5753.
4. Chojniak Rubens, Vieira René Aloisio da Costa, Lopes Ademar, Silva Joaquim Costa Altenfender, Godoy Carlos Eduardo. Intestinal paracoccidioidomycosis simulating colon cancer. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2000 June; 33(3): 309-312.
5. Prado FL, Prado R, Gontijo CC, Freitas RM, Pereira MC, Paula IB, Pedroso ER. Lymphoabdominal paracoccidioidomycosis simulating primary neoplasia of the biliary tract. Mycopathologia. 2005; 160:25–28

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; Colangiocarcinoma; Via biliar.

RELATO DE CASO: ÍLEO BILIAR E SUA ABORDAGEM NO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - NATAL/RN

ROGER KALISTENE BARRA CABRAL¹; LETÍCIA DE OLIVEIRA ANTAS²; MARCELO AUGUSTO FIRMINO DE QUEIROZ²; ARIANO JOSE FREITAS DE OLIVEIRA²; HENRIQUE JOSE DA MOTA²; SOFIA COSTA DE CARVALHO²; THIAGO SANTOS CUNHA LIMA²; TIAGO OLIVEIRA HERCULANO². 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, NATAL - RN - BRASIL.

Introdução:

O íleo biliar é uma rara causa de obstrução intestinal mecânica, que acomete cerca de 0,5% dos pacientes com obstrução alta. É definida pela migração do cálculo biliar para o lúmen intestinal na presença de uma fístula biliodigestiva com impactação em regiões estreitadas, geralmente em íleo terminal. Sua mortalidade é até 10 vezes maior que as demais causas de obstrução intestinal (mortalidade de 12-27%), portanto, é necessário suspeição, diagnóstico e tratamento precoce.

Relato de caso: Mulher, 75 anos, obesa, admitida em pronto-socorro com quadro de dor abdominal há 1 mês e piora há uma semana, associado a vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome que mostrou espessamento da parede da vesícula e estenose de íleo distal, bloqueio do trânsito digestivo e distensão de alças. Após condução clínica, realizou-se laparotomia exploradora que revelou cálculo biliar obstruindo o íleo terminal. Assim, foi feita a enterectomia, exérese do cálculo e enterorrafia. A vesícula biliar apresentava aspecto sugestivo de colecistite crônica, e optou-se por não abordar a área.

Discussão: A obstrução intestinal mecânica tem inúmeras causas e, entre essas, está o íleo biliar. Sua prevalência é maior em mulheres de meia idade, acima do peso e com histórico familiar. O exame diagnóstico de escolha é a TC abdominal com contraste que detecta o segmento obstruído e complicações: isquemia, necrose e perfuração. O diagnóstico definitivo etiológico ocorre no ato cirúrgico, que também constitui o tratamento, o qual é dividido em duas etapas. A primeira consiste em uma enterolitotomia por uma enterotomia por laparotomia e busca de outros possíveis cálculos no intestino. A segunda etapa seria a abordagem da vesícula biliar e fístula bilio-duodenal no mesmo ato operatório porém, a última depende do risco cirúrgico. É viabilizada se *American Society of Anesthesiologists* (ASA) I e II. Nos ASA III e IV, opta-se por esperar 4 a 6 semanas para realizar a colecistectomia e reparo da fístula. Por ser mais prevalente em idosos com comorbidades, opta-se com mais frequência pela enterotomia isolada, como foi realizado no caso clínico.

Conclusão: O íleo biliar é uma causa rara de obstrução intestinal e com elevada mortalidade se comparada com as demais, sendo, portanto, necessário suspeição, diagnóstico precoce e manejo correto durante o pré e pós-operatório.

Referências: 1. SALAZAR-JIMÉNEZ, M.I *et al.* Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico: Gallstone ileus, surgical management review. **Cirugía y Cirujanos**, [S. l.], p. 182-186, 20 abr. 2018. DOI 10.24875/CIRU.M18000032. Disponível em: www.cirugiaycirujanos.com. Acesso em: 6 jul. 2022. 2. REQUENA-LÓPEZ, Abner A *et al.* Comparison between surgical techniques in gallstone ileus and outcomes. **Cirurgia y Cirujanos**, [S. l.], p. 292-296, 6 set. 2017. DOI 10.24875/CIRU.19001264. Disponível em:

http://www.cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=269. Acesso e

Palavras-chave: LAPAROTOMIA; OBSTRUÇÃO INTESTINAL; VESÍCULA BILIAR.

Relato de caso sobre Síndrome de Mirizzi com fistula biliar

DIEGO LUCAS SOARES DE ALMEIDA; MÉLISSA ABCHICHE; ELAINI APARECIDA DE OLIVEIRA; LORENA SODRÉ RIBEIRO; LUANA MIRANDA OLIVEIRA; CAIO GOMES PAES DE ALMEIDA. HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, NITERÓI - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

Síndrome de Mirizzi é uma complicação incomum da colelitíase não tratada, que ocorre em aproximadamente 1% dos pacientes com diagnóstico de cálculo na via biliar. Ocorre devido a uma compressão extrínseca causando obstrução do ducto hepático e/ou colédoco por cálculos impactados no ducto cístico ou infundíbulo da vesícula biliar.

OBJETIVO

O objetivo deste relato de caso é descrever a importância do diagnóstico e realização da cirurgia de colecistectomia nos paciente com colelitíase sintomática de maneira mais precoce.

MATERIAIS E MÉTODOS

Relato de caso de um paciente internado no Hospital Orêncio de Freitas

RESULTADOS

J.B.D.S, masculino, 75 anos, portador de Hipertensão Arterial sistêmica, Diabetes mellitus em tratamento regular e com diagnóstico de colelitíase há 3 anos, dá entrada na emergência do Hospital Orêncio de Freitas com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito associada a icterícia importante de iniciado há 1 semana, com piora dos sintomas no dia anterior, refere ainda acolia fecal, colúria e nos últimos 3 anos apresentou múltiplas crises de cólica biliar no período. Negado pelo paciente febre ou perda ponderal desde o início dos sintomas até a admissão no serviço de cirurgia geral deste hospital. O resultados de exames laboratoriais de admissão foram: Leucócitos de $10.400/\text{mm}^3$, bilirrubina total de 20,7 mg/dl, bilirrubina direta de : 17 mg/dl, bilirrubina indireta de 3,7 mg/dl proteína C reativa de PCR: 153mg/L com eletrolitos e marcadores hepáticos normais. Exames de imagem também foram feitos que evidenciaram um vesícula biliar de limites mal definidos, com paredes por vezes indissociáveis do parênquima hepático adjacente, conteúdo hipoecóico heterogêneo em seu interior, via biliar intrahepática dilatada no ultrassom de abdome total. Na colangio ressonância visualizou vesícula biliar de paredes espessadas, com perfuração do fundo da vesícula biliar com comunicação com o intestino grosso e com presença de cálculo impactado no infundíbulo com dilatação das vias intra-hepáticas, correspondendo a Síndrome de Mirizzi". Desta maneira, o paciente foi submetido a colecistectomia convencional com fistulectomia do ângulo hepático do intestino grosso com sutura primária de cólon.

DISCUSSÃO

O papel da cirurgia minimamente invasiva no tratamento da síndrome de Mirizzi permanece controverso. Alguns autores consideram tal condição inadequada ou mesmo contraindicada para cirurgia laparoscópica, pois as aderências e o tecido inflamatório na área do triângulo de Callot dificultam a dissecação. No entanto, a laparotomia convencional, a qual o nosso paciente foi submetido, geralmente é necessária. Complicações pós cirúrgicas são encontradas em 0-60% variando desde infecção do sítio cirúrgico a fístulas e estenoses biliares.

CONCLUSÃO

Chamamos a atenção para o caso sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce de uma doença benigna rara, mas que pode trazer um prognóstico ruim para o paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi;Fistula Biliar;Colicistite complicada.

SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO V - RELATO DE CASO

RAFAEL MENASCHE SOICHET; GIOVANNA PINHO PEREIRA; FREDERICO JAPIASSU SANTIAGO; THAIS JACHELLI CORRÊA; CAMILLA FARIAS DE SOUZA CRUZ; MATHEUS GONÇALVES SILVA; KARINA DE OLIVEIRA BOKEL ZBOROWSKI; RENATO CANO DE SOUZA. HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Mirizzi é causada pela obstrução do ducto hepático comum ou do ducto colédoco por compressão extrínseca de um ou de mais cálculos no infundíbulo. Com impatações recorrentes, formam-se fístulas da vesícula biliar para o ducto hepático comum, colédoco ou duodeno. A sintomatologia é semelhante a de colecistite aguda ou crônica com sinais de colestase. O diagnóstico ideal para litíase biliar é a Ultrassonografia (USG) de abdome, porém exames como a Tomografia computadorizada e a Ressonância magnética de abdome podem ser úteis, além de diagnosticarem complicações. A colangiorressonância e a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica auxiliam na diferenciação entre coledocolitíase e síndrome de Mirizzi.

RELATO

DE

CASO

R.R.M, feminina, 40 anos, hipertensa, apresenta dor em hipocôndrio direito e epigástrico, iniciada há 3 anos, em queimação, de alta intensidade, após ingestão de alimentos gordurosos. A frequência e a intensidade da dor aumentaram quando apresentou icterícia, colúria, acolia fecal e vômitos. Realizou USG abdominal que evidenciou fígado de dimensões aumentadas, dilatação das vias biliares e da vesícula biliar, com parede fina, cálculo de 2,0 cm no infundíbulo, obliterando o terço médio do segmento hepatocolédoco. Houve aumento nas transaminases hepáticas, nas enzimas canaliculares e de bilirrubina total às custas de bilirrubina direta. Realizou colangiorressonância que identificou cálculo de 1,9 cm impactado no infundíbulo, exercendo efeito compressivo sobre a parede lateral do colédoco, com ectasia do ducto hepático a montante e da via biliar intrahepática. Foi submetida à Colecistectomia Parcial Videolaparoscópica com achado de fístula colecistocolédociana envolvendo mais de 2/3 da circunferência da via biliar e fístula colecistoduodenal, tipo V da classificação de Csendes. Realizada ressecção do fundo da vesícula biliar com tentativa de extração do cálculo da via biliar sem êxito, convertendo o procedimento para laparotomia. Realizada ressecção da via biliar distal com retirada do cálculo impactado em colédoco distal e confeccionada hepaticojejunostomia em Y de Roux. Realizada sutura da parede duodenal no local da fístula.

DISCUSSÃO

A síndrome de Mirizzi é tratada cirurgicamente e cerca de 50% dos pacientes são diagnosticados no intraoperatório. O manejo sofre influência da classificação de Csendes, que caracteriza a fístula colecistobiliar de acordo com a destruição das vias biliares. Baseando-se na nova classificação o tipo V é caracterizado pela presença de fístula colecistoentérica em conjunto com outro subtipo de Mirizzi. A abordagem cirúrgica comumente realizada é a incisão no fundo da vesícula e retirada do cálculo impactado por via laparoscópica. A conversão cirúrgica costuma ocorrer quando há chances de lesão da via biliar. Pacientes com Mirizzi tipo V necessitam de outra intervenção além da colecistectomia parcial, sendo a hepaticojejunostomia em Y de roux o procedimento adequado.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi; Derivação Biliodigestiva; Icterícia.

SÍNDROME DE MIRIZZI: UMA SÉRIE DE CASO

ALLAN RUBENS ZUCOLOTTI CANSI; JHONATAN DE SOUZA VITOR; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA; ALVARO ALEXANDRE TORRES GARIOLI; JOÃO FELIPE DA SILVA LOPES. HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Mirizzi é uma condição na qual há uma obstrução do ducto hepático comum secundária a uma compressão devido à presença de um cálculo no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula, podendo cursar com fistula colecistocolédociana ou não. **CASO 1:** Mulher, 27 anos, apresentando dor em quadrante superior direito (QSD), náuseas, vômito e icterícia leve. USG de abdome evidenciou vesícula biliar distendida, paredes levemente espessadas, contendo cálculo único de 1,7 cm no ducto cístico, sem coledocolitíase, com discreta dilatação do ducto hepático comum e vias biliares intra-hepáticas e com colédoco de diâmetro normal. Foi realizada colecistectomia convencional de urgência, na qual foi confirmada o diagnóstico e classificado como tipo I de Csendes et al. **CASO 2:** Homem, 61 anos, dor abdominal intensa em QSD, anictérico, febre baixa nas últimas 24 horas, melhora clínica após analgesia. USG não realizada. Tomografia de abdome evidenciou espessamento acentuado da vesícula com irregularidade da parede posterior, colelitíase, além de infiltrado inflamatório da gordura perivesicular, do hilo hepático e do omento. O diagnóstico foi de colecistite aguda litiásica e foi submetido a uma colecistectomia convencional de urgência. Durante o ato foi constatada colecistite aguda necrotizante perfurada, abscesso hepático por contiguidade e destruição extensa da via biliar extra-hepática, associada a volumoso cálculo impactado no infundíbulo. **CASO 3:** Mulher, 76 anos, hipertensa e diabética, com náuseas, vômitos e dor no QSD refratária à analgesia. Não foi realizada USG. Tomografia evidenciou espessamento acentuado das paredes vesiculares, infiltrado inflamatório em omento, ângulo hepático do cólon, duodeno e hilo hepático, dilatação leve do ducto hepático comum e vias biliares intra-hepáticas e colédoco de diâmetro normal. No ato cirúrgico foi visualizada uma vesícula biliar esclerotrófica com paredes extremamente espessadas, tumoração localmente avançada no ângulo hepático do cólon com invasão por contiguidade da vesícula biliar, dos segmentos V e VI do fígado e do omento, notando-se suboclusão intestinal com distensão do ceco e válvula ileocecal competente. Optou-se pela realização de ileocelectomia direita com ileostomia terminal e omentectomia para citoredução tumoral e desobstrução do trânsito (cirurgia paliativa R2), sem abordagem da lesão hepática nesse momento. Optou-se por colecistectomia parcial, com retirada de todos os cálculos. O laudo histopatológico da peça foi de adenocarcinoma de cólon indiferenciado. **DISCUSSÃO:** É comum a chegada de pacientes com dor abdominal em QSD em unidades de emergência. Dentre os diagnósticos diferenciais, a síndrome de Mirizzi é uma apresentação incomum de doença das vias biliares, com manejo diagnóstico e terapêutico próprios, culminando, por vezes, em cirurgias mais extensas que necessitam de maior aptidão técnica do cirurgião.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi; Doenças Biliares; Colestase.

SÍNDROME ÍLEO BILIAR E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E DA ABORDAGEM CIRÚRGICA PRECOCE NA URGÊNCIA.

GABRIEL DA SILVA VASCONCELLOS; MARIANA MAGRI FREIRE; MARIA CLARA DE ALMEIDA ISSA. ESTACIO DE SÁ- PRESIDENTE VARGAS RJ, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Introdução: A síndrome íleo biliar é uma causa rara, potencialmente grave de obstrução do trato gastrointestinal pela impactação de um cálculo proveniente da via biliar. Trata-se de uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar, acometendo principalmente idosos entre 65 e 75 anos, com predominância no sexo feminino.

A fisiopatologia consiste em um quadro de colelitíase que evolui para formação de uma fístula bilioentérica que em até 60% dos casos é uma comunicação colecistoduodenal, permitindo a passagem do cálculo para o trato gastrointestinal. O quadro clínico cursa com sintomas de obstrução intestinal completa ou incompleta. Essa patologia representa 1-4% dos quadros de obstrução intestinal mecânicas. O diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica de urgência podem reduzir os índices de morbimortalidade decorrentes dessa doença.

Por isso, esse estudo relata um paciente idoso com história clínica clássica à literatura que, após diagnóstico precoce, teve boa evolução devido a abordagem cirúrgica correta e boa assistência médico-hospitalar, com um desfecho positivo,

Relato de caso: Apresentamos um paciente masculino, 77 anos com queixa de dor abdominal difusa há 4 dias, associada a vômitos fecalóides e ausência de eliminação de fezes ou flatos há 5 dias. História pregressa de colelitíase,

Ao exame físico, apresentava abdome flácido, pouco depressível, com dor à palpação profunda e superficial difusa, sem sinais de irritação peritoneal.

A tomografia sem contraste de abdome e pelve evidenciou aerobilia em sítio de ducto biliar e vesícula biliar de parede espessada, com foco gasoso e aparente fístula colecistoduodenal. Observado imagem ovalada única e heterogênea na luz de íleo terminal, sugestivo de cálculo, medindo 3,2 cm em seu maior diâmetro axial e distensão de alças entéricas, com sinais de obstrução alta.

O paciente foi submetido a laparotomia exploradora. No inventário da cavidade foi observado pouco líquido livre, ausência de pus, alças de delgado levemente edemaciadas e distendidas e cálculo de aproximadamente 5cm impactado no íleo, à 20cm da válvula íleo-cecal. Realizada enterotomia para extração do cálculo e enterorrafia em 2 planos, com lavagem da cavidade e posicionamento de sonda gástrica.

No pós-operatório imediato foi encaminhado ao CTI, sob antibioticoterapia. Seguiu com boa evolução e sem intercorrências, recebendo alta hospitalar 11 dias após internação.

Discussão: O quadro clínico e idade avançada corroboram com os achados da literatura, ainda que o paciente seja do sexo masculino, ao contrário do apontado pela epidemiologia. Além disso, foram observados achados radiológicos considerados patognomônicos para essa condição, composto por aerobilia, cálculo biliar ectópico e sinais de obstrução alta, denominada como Tríade de Rigler

Os cálculos causadores de obstrução, usualmente, são maiores ou iguais a 2,5cm e o local de acometimento mais comum é o íleo em até 70% dos casos, bem como o exposto no caso.

Palavras-chave: Cálculo;Íleo ;Biliar.

Uso da fluorescência robótica no tratamento da Síndrome de Mirizzi tipo 1

RODRIGO CANADA TROFO SURJAN¹; TIAGO DE CASTRO SANCHEZ BASSÈRES¹; PEDRO HENRIQUE SALGUEIRO PINHEIRO²; SERGIO DO PRADO SILVEIRA¹; FELIPE MORAES TOLEDO PEREIRA¹; TOMAZO ANTONIO PRINCE FRANZINI³. 1. DASA/ HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL; 3. DASA / HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

A Síndrome de Mirizzi é o envolvimento da via biliar principal - colédoco - pela impactação de cálculos no infundíbulo da vesícula biliar (bolsa de Hartmann) ou ducto cístico. Foi descrita pela primeira vez pelo cirurgião argentino Pablo Mirizzi em 1948. Tradicionalmente, o tratamento cirúrgico dos casos de Síndrome de Mirizzi, era indicada por via aberta de cirurgia. Nos últimos anos, devido ao acréscimo tecnológico das vias minimamente invasivas de cirurgia, métodos como a laparoscopia passaram a ser empregados para estes casos. Descrevemos uma paciente em que a Síndrome de Mirizzi tipo 1 foi diagnosticada no pré-operatório e, uma combinação de métodos de radiologia intervencionista, endoscopia e finalmente cirurgia robótica possibilitou o tratamento com segurança da paciente. A cirurgia robótica tem valor especial no tratamento da Síndrome de Mirizzi, especialmente pela possibilidade de realização de colangiografia por fluorescência com injeção intravenosa de verde de indocianina, limitando lesões adicionais iatrogênicas de colédoco e também conferindo vantagens técnicas (maior dextreza, visualização em 3D, movimentos de pulso, eliminação de tremores, ergonomia) em relação à laparoscopia convencional.

Palavras-chave: cirurgia robótica;fluorescência;Mirizzi.

VESÍCULA BILIAR EM SINISTROPOSIÇÃO: RELATO DE CASO

CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO; SASKIA BARRETO DE ALMEIDA; JUAN CARLOS DE SOUZA FONSECA; LUISA DELEGAVE PENEDO; TAYNARA ANTUNES DE CARVALHO. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

INTRODUÇÃO

A vesícula em sinistroposição é a anomalia mais rara com uma incidência entre 0,04% a 1,2% referida pela 1ª vez por Hochstetter em 1856. Para ser uma verdadeira sinistroposição é necessário que esteja localizada à esquerda dos ligamentos falciforme e redondo, no segmento III e não fazer parte do *situs inversus viscerum*.

O diagnóstico é feito durante a cirurgia pois os sintomas referidos são iguais aos de uma vesícula anatomicamente normal e a US pré-operatória não é capaz de identificar a vesícula em sinistroposição.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 47 anos, em maio de 2021 começou com dor em epigástrico, após alimentação gordurosa, náuseas e plenitude. Fez US que mostrou vesícula biliar pouco distendida com paredes espessadas e focos de colesterose. Fez uso de analgésico e antiemético. Em agosto de 2021 a dor se tornou mais forte, fez TC de abdome que mostrou litíase em vesícula biliar.

Ao exame físico apresentava abdome globoso, doloroso à palpação em hipocôndrio direito, sinal de Murphy +. Os exames laboratoriais, RX de tórax, ECG estavam normais e sendo indicada a cirurgia videolaparoscópica.

Na cirurgia observamos aderência de epiplon, duodeno e cólon esquerdo com a vesícula, que após a liberação visualizamos a vesícula biliar situada no lobo esquerdo do fígado. Iniciamos a dissecação do Triângulo de Calot sendo identificados o canal cístico e a artéria cística. Após a ligadura da artéria e ducto cístico a vesícula biliar foi cuidadosamente liberada do leito hepático sendo retirada.

O resultado do exame histopatológico mostrou uma colecistite crônica, colesterose difusa, pólipos de colesterol. Sem evidências de malignidade.

DISCUSSÃO

No caso apresentado o paciente apresentou queixas semelhantes às de uma vesícula anatomicamente normal; os exames de imagem não mostraram uma posição anômala do órgão e o diagnóstico de sinistroposição foi feito durante ato cirúrgico, assim como descrito na literatura. Apesar da referência de opções para facilitar a cirurgia, realizamos a colecistectomia videolaparoscópica sem alterar o local de inserção dos trocartes, não fizemos a colangiografia PO, mas a ligadura do ducto e da artéria cística foram feitas junto ao infundíbulo. O procedimento ocorreu sem transtornos e o paciente obteve alta hospitalar 24 horas após a cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Iskandar ME, Radzio A, Krikhely M, and Leitman M. Laparoscopic cholecystectomy for a left-sided gallbladder. *World J Gastroenterol*. 2013 Sep 21;19(35):5925–8
2. Dhulkotia A, Kumar S, Kabra V, Shukla HS. Aberrant gallbladder situated beneath the left lobe of liver. *HPB (Oxford)*. 2002; 4(1):39–42
3. Lee DH, Kim D, Ho Park Y, Kim JS. Clinical significance and characteristics of left-sided gallbladder: case series study of 10 patients. *Ann Surg Treat Res*. 2019 Dec; 97(6): 302–308
4. Pereira R, Singh T, Avramovic J, Baker S, Eslick GD and Cox MR. Left-sided gallbladder: a systematic review of a rare biliary anomaly. *ANZ Journal of Surgery*, 2019, 89: 1392-1397

Palavras-chave: VESÍCULA BILIAR; SINISTROPOSIÇÃO; VESÍCULA ABERRANTE.

Vesícula em Porcelana em um Hospital do Extremo Norte do Brasil: um relato de caso

LUCAS DUARTE¹; BRUNO RAFAEL MOREIRA GONDIM²; YURI FERREIRA DOS SANTOS²; IANARA FERNANDA DE LIMA MENDES²; KAYLA NUNES PAIVA²; EMANUELLY LEITE SOARES³; ANA CECILIA MARQUES DE LUNA²; ALEXIA MAHARA MARQUES ARAUJO². 1. HOSPITAL DA MULHER, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

Vesícula em porcelana é definida como aquela que apresenta calcificações em sua parede, sendo relatada na proporção de 1 homem para cada 5 mulheres acometidas, principalmente a partir da sexta década de vida. A priori, ressalta-se que esta é considerada uma entidade rara na literatura médica, corroborada por hipóteses fisiopatológicas, as quais incluem as alterações no metabolismo do cálcio e o processo anormal de calcificação, que podem estar presentes na gênese dessa entidade patológica descrita. Portanto, o objetivo principal deste trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, de 74 anos, com diagnóstico de vesícula em porcelana, associada a comorbidades como HAS e dislipidemia. A paciente apresentava imagem ecográfica de vesícula biliar com paredes irregulares, densas, significativamente hiperecogênica, com presença de partículas em seu interior, de aspecto calcificado em todo o órgão. Paciente foi submetida a cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica, tendo sido a vesícula biliar enviada para exame anatomopatológico pós cirúrgico. As informações acerca dessa afecção foram obtidas por meio de revisão de prontuário e de revisão da literatura. O caso relatado e as publicações levantadas trazem à luz uma variante incomum das colecistopatias calculosas. Evidencia-se, então, a importância da procura por evidências que possam explicitar a real relação entre a ocorrência concomitante dessa patologia com complicações, tais quais a colecistite crônica, podendo a vesícula em porcelana, inclusive, ser considerada como um estágio final do processo inflamatório crônico. Ademais, há, ainda, relação apresentada com doenças de maior gravidade e de pior prognóstico, tal qual a associação entre a calcificação da parede da vesícula biliar e o carcinoma invasivo desta estrutura, sendo esse o quinto câncer mais comum no trato gastrointestinal em todo o mundo. Toda essa abordagem faz-se de mister relevância, tendo em vista o manejo correto a ser adotado frente ao diagnóstico dessa entidade que, além de tudo, ainda se demonstra controverso. Deste modo, o tratamento e o tipo de colecistectomia a serem realizados ainda são controversos nas mais diversas literaturas e dependem de fatores como sintomatologia, comorbidades associadas, idade do paciente e padrão de calcificação.

Palavras-chave: Vesícula de Porcelana; Cirurgia Geral; Cirurgia videolaparoscópica.