

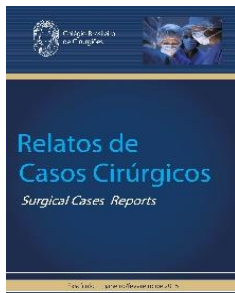


Colégio Brasileiro
de Cirurgiões



Relatos de Casos Cirúrgicos

Surgical Cases Reports



SUMÁRIO / CONTENTS

Duodenopancreatectomia para tratamento de doença de Crohn duodenal.

Pancreatoduodenectomy for treatment of duodenal Crohn's disease.

José Otávio Guedes Junqueira; Fernando Mendonça Vidigal; Maria Cristina Vasconcellos Furtado; Luiz Henrique Silva Borsato; Evelyne Borges de Mattos Andrade.

Síndrome de Mirizzi associada à fistula colecistogástrica.

Mirizzi's syndrome associated to cholecystogastric fistula.

Jeany Borges e Silva; Djalma Ribeiro Costa; Wilson Benevides de Mesquita Neto; Carlos Magno Queiroz da Cunha; Francisco Julimar Correia de Menezes.

Apendicite aguda em hérnia de Garengot.

Acute appendicitis in Garengot's hernia.

Karoline Vencio Frauzino Ramos, Fabrício Carneiro de Souza Cruz, Josiberto Coutinho Souza Filho, Marcela Fukushima, Marcelo Benites Monteiro.

Correção de hérnia paraduodenal.

Paraduodenal hernia repair.

Marco Aurélio Abreu Azeredo; Bruno Grund Frota; Daniel Weiss; Hamilton Petry de Souza; Ricardo Breigeiron.

Colecistectomia videolaparoscópica em vesícula biliar do lado esquerdo (sinistroposição).

Laparoscopic cholecystectomy for left-side gallbladder (sinistroposition).

João Kleber Almeida Gentile; Giovanna Tomaz Moda; Caio Eduardo Alves Furco; Maria Luisa Zancanaro; Maurice Yousseff Franciss.

Carcinoma basocelular incomum no dorso da mão: abordagem cirúrgica com retalho de rotação.

Unusual basal cell carcinoma in the hand: surgical approach with rotation flap.

Kátia Sheylla Malta Purim; James Skinovsky; Júlio Wilson Fernandes.

Hérnia diafragmática traumática: relato de dois casos com 20 e 52 anos de evolução.

Diaphragmatic traumatic hernia: report of two cases with 20 and 52 years of evolution.

Mitre Kalil; João Bernardo Sancio Rocha Rodrigues; Mariama Barroso de Lima; Thiago Rampazzo Pancini; Rodrigo dos Santos Lugão.

Correção cirúrgica de hidrocele refratária pós-varicocelectomia.

Surgical repair of refractory hydrocele post-varicocelectomy.

Ivon Teixeira de Souza; Ranniere Gurgel Furtado de Aquino; Bruna Dillyane Sousa Costa; Fernando Antônio Xavier de Matos Filho; Gabriela Carneiro Teixeira.

Hemangioma cavernoso da hemiface: reconstrução cirúrgica de bigode e costela.

Hemifacial cavernous hemangioma: surgical reconstruction of moustache and side burns.

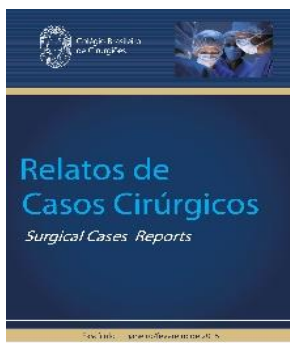
Mário Sérgio Lomba Galvão; Analice batista Soares.

Lipoma gigante de coxa.

Giant lipoma of the thigh.

Jefferson Lessa Soares de Macedo; Simone Correa Rosa; Lucas Ribeiro Cañedo.





CORPO EDITORIAL

DIRETOR DE PUBLICAÇÕES

Guilherme Pinto Bravo Neto – TCBC – RJ

EDITORES

Felipe Carvalho Viter – TCBC – RJ

Fernando Bráulio Ponce Leon Pereira de Castro – AsCBC – RJ

Rodrigo Martinez – TCBC – RJ

EDITORES ASSOCIADOS

Carlos Manoel Pedra Petto Gomes – AcCBC – MG

José Eduardo Ferreira Manso – TCBC - RJ

Luiz Gustavo de Oliveira e Silva – TCBC – RJ

Manoel Domingos da Cruz Gonçalves – ECBC – RJ

Victor Senna Diniz – AcCBC – RJ

ASSISTENTE DE PUBLICAÇÃO

Maria Ruth Monteiro

ASSISTENTE DE REDAÇÃO

David S. Ferreira Jr.



DUODENOPANCREATECTOMIA PARA TRATAMENTO DE DOENÇA DE CROHN DUODENAL.

PANCREATICODUODENECTOMY FOR TREATMENT OF DUODENAL CROHN'S DISEASE.

José Otávio Guedes Junqueira, TCBC-MG¹; Fernando Mendonça Vidigal, TCBC-MG²; Maria Cristina Vasconcellos Furtado²; Luiz Henrique Silva Borsato²; Evelyne Borges de Mattos Andrade³

RESUMO

A doença de Crohn pode afetar todo o trato gastrointestinal, mas o acometimento gastroduodenal é raro. Neste relato é descrito um caso de duodenopancreatectomia para tratamento da doença de Crohn do duodeno em uma paciente de 49 anos de idade, com história de dor epigástrica, náuseas, vômitos, e perda de peso de aproximadamente oito quilos. Exame físico revelou massa em área epigástrica. Os fatores radiográficos e endoscópicos, além das diferentes estratégias de conduta serão discutidas neste relato.

Descritores: Doença de Crohn. Duodeno. Duodenopancreatectomia.

ABSTRACT

Crohn's disease can affect all the gastrointestinal tract, but gastroduodenal involvement is rarely seen. The authors describe a case of pancreaticoduodenectomy for treatment of duodenal Crohn's disease in a 49-years-old female with a history of epigastric pain, nausea and vomiting and a weight loss of approximately eight kilos. Physical examination revealed a bulging in epigastric area. The radiographic and endoscopic features and the different management strategies will be discussed in this article.

Keywords: Crohn disease. Duodenum. Pancreaticoduodenectomy.

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal crônica, caracterizada por períodos de surtos e remissões, podendo evoluir para estenoses e fistulas. Pode acometer qualquer parte do sistema digestório, de forma transmurais e incontinua¹⁻³.

O envolvimento gastroduodenal é raro, com incidência entre 0,5% e 4%⁴. Em decorrência do avanço dos métodos diagnósticos, estudos recentes têm relatado incidências cada vez maiores. O duodeno pode ser envolvido de forma primária ou por fistulas duodeno-entéricas. A DC duodenal é geralmente assintomática, o que dificulta e retarda o diagnóstico.

O tratamento é clínico e as intervenções cirúrgicas são reservadas para as complicações^{2,3,5}.

RELATO DO CASO

Paciente de 49 anos, feminina, branca, com dor abdominal em epigástrio relacionada com a alimentação. Nos últimos três meses, evoluiu com adinamia, náuseas, vômitos pós-

prandiais e emagrecimento de cerca de oito quilos (13% do peso à época). Encontrava-se em tratamento para doença ulcerosa péptica. O exame físico revelou discreto abaulamento na região epigástrica com massa palpável indolor e de consistência endurecida.

A endoscopia digestiva alta evidenciou estenose pós-pilórica, dificultando a progressão do aparelho e a obtenção de material para biópsia. A serigrafia contrastada de esôfago, estômago e duodeno (SEED) foi compatível com lesões subestenotantes extraluminais na primeira e segunda porções do duodeno e a ultrassonografia do abdome mostrou aumento da cabeça do pâncreas.

A paciente foi submetida à laparotomia com evidência de extensa massa envolvendo duodeno e cabeça de pâncreas. Realizada duodenopancreatectomia cefálica com reconstrução do trânsito em alça única (Whipple clássica).

No sexto dia de pós-operatório, a paciente apresentou deiscência parcial da anastomose gastrojejunal e foi submetida à nova abordagem para confecção de nova

sutura. Sem outras intercorrências, recebeu alta hospitalar no décimo dia após a nova intervenção.

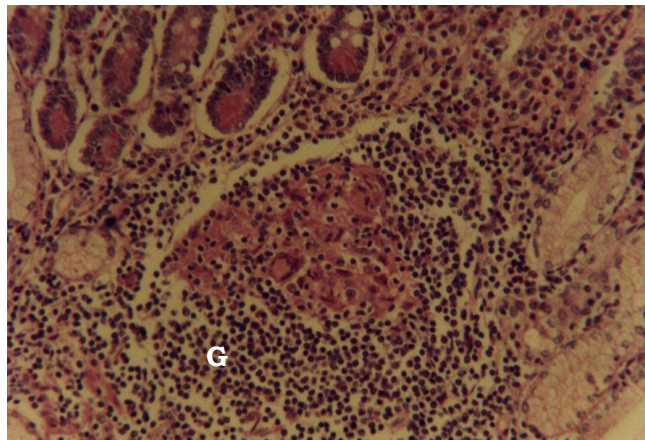


Figura 1. Anatomia patológica. HE 300x; granuloma intramucoso com células gigantes multinucleadas

O exame histopatológico revelou processo inflamatório crônico transmural da parede do duodeno, com formação de fistulas e abscesso de pâncreas. Observou-se formação de granulomas epitelioides não caseosos, favorecendo o diagnóstico de DC (Figuras 1 e 2).

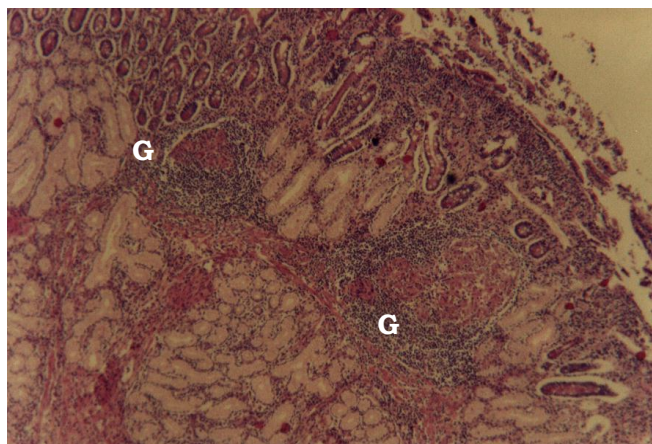


Figura 2. Anatomia patológica. HE 90x; mucosa duodenal com granulomas epitelioides não caseosos (G).

No acompanhamento pós-operatório foram realizadas ileocolonoscopia e exame do trânsito do intestino delgado, que não evidenciaram outros sítios de lesões. A paciente apresentou melhora clínica e encontra-se assintomática.

DISCUSSÃO

O local mais comum de envolvimento na forma gastroduodenal da DC é o bulbo duodenal (70% dos casos). O acometimento isolado do duodeno é incomum, sendo frequente a coexistência da doença em outros locais do sistema digestório⁴.

A maioria dos pacientes com DC duodenal apresenta-se assintomática, porém, alguns referem dor abdominal em andar superior, náuseas, vômitos e perda de peso. Os sintomas estão geralmente associados a estenoses duodenais graves⁴. Apesar da maioria dos pacientes apresentar doença inflamatória não estenosante e não penetrante no momento do diagnóstico, quase 30% desenvolve comportamento estenosante no curso da doença³.

As alterações radiológicas variam com a extensão e gravidade do envolvimento duodenal¹. O diagnóstico radiológico é difícil e um terço dos casos é interpretado como doença ulcerosa péptica. O diagnóstico pré-operatório da DC duodenal baseado na avaliação clínica e radiológica é feito em somente metade dos pacientes.

A biópsia endoscópica da mucosa duodenal pode contribuir para o diagnóstico. Na paciente em questão, não foi possível a realização da biópsia em virtude do grau de obstrução pós-pilórica.

O tratamento inicial da doença duodenal sintomática deve ser clínico, com corticoterapia e uso de drogas anti-secretoras³. A principal indicação para o tratamento cirúrgico é a obstrução⁴, sendo outras indicações a presença de hemorragia, fistulas, suspeita de neoplasia e sintomatologia exuberante sem resposta ao tratamento clínico^{1,4,5}.

Devido aos episódios de recorrência da doença, muitos pacientes são submetidos a múltiplas cirurgias⁵. As opções cirúrgicas incluem desvios de trânsito, correção das estenoses ou ressecções⁴.

Os pacientes com diagnóstico de DC no pré-operatório devem, se possível, ser submetidos a procedimentos de desvio simples, evitando-se as ressecções. A principal complicação é a fistula pós-operatória, mais frequente nas cirurgias de ressecção. Por isso, as ressecções cirúrgicas ficam reservadas aos casos de ausência de

diagnóstico histopatológico prévio e quando há dúvida no diagnóstico diferencial com neoplasias malignas. No caso descrito, não foi possível estabelecer no pré-operatório o diagnóstico diferencial com neoplasias periampulares e a opção foi por uma ressecção extensa.

REFERÊNCIAS

1. Strong S, Steele SR, Boutrous M, Bordineau L, Chun J, Stewart DB, et al. Clinical practice guideline for the surgical management of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(11):1021-36.
2. Sokol H, Seksik P, Cosnes J. Complications and surgery in the inflammatory bowel diseases biological era. *Curr Opin Gastroenterol*. 2014;30(4):378-84.
3. Vidigal FM, de Souza GS, Chebli LA, da Rocha Ribeiro TC, Furtado MC, Castro AC, et al. Azathioprine is more effective than mesalazina at preventing recurrent bowel obstruction in patients with ileocecal Crohn's disease. *Med Sci Monit*. 2014;20:2165-70.
4. Tonelli F, Alemanno G, Bellucci F, Focardi A, Sturiale A, Giudici F. Symptomatic duodenal Crohn's disease: is strictureplasty the right choice? *J Crohns Colitis*. 2013;7(10):791-6.
5. Michelassi F. Crohn's recurrence after intestinal resection and anastomosis. *Dig Dis Sci*. 2014;59(7):1352-3.

Endereço para correspondência:

José Otávio Guedes Junqueira

E-mail: jose.otavio@ufff.edu.br

SÍNDROME DE MIRIZZI ASSOCIADA À FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA.

MIRIZZI'S SYNDROME ASSOCIATED TO CHOLECYSTOGASTRIC FISTULA

Jeany Borges e Silva¹; Djalma Ribeiro Costa¹; Wilson Benevides de Mesquita Neto¹; Carlos Magno Queiroz da Cunha²; Francisco Julimar Correia de Menezes¹

RESUMO

A síndrome de Mirizzi e fistula colecistogástrica são complicações raras e tardias da doença litiásica da vesícula biliar. Poucos artigos descrevem a coexistência da síndrome de Mirizzi e fistulas colecistoentéricas. Neste relato, um paciente masculino de 74 anos de idade foi submetido a uma colecistectomia com derivação coledocoduodenal devido a síndrome de Mirizzi associada à fistula colecistogástrica, com diagnóstico realizado durante o ato cirúrgico.

Descritores: Síndrome de Mirizzi. Fístula. Fístula do Sistema Digestório. Fístula Biliar. Fístula Gástrica.

ABSTRACT

Mirizzi's syndrome and cholecystoenteric fistula are rare and late complications of gallstone disease. Few articles have described the coexistence of Mirizzi's syndrome and cholecystoenteric fistulas. In this report, a 74-years-old man had undergone a cholecystectomy with choledocoduodenal bypass due to Mirizzi's syndrome associated to cholecystogastric fistula, which has been diagnosed intraoperatively.

Keywords: Mirizzi Syndrome. Fistula. Digestive System Fistula. Biliary Fistula. Gastric Fistula.

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez em 1948 por Pablo Mirizzi, a síndrome de Mirizzi é complicação rara da colelitíase de longa duração, possuindo prevalência de 0,05% a 2% nesses pacientes. É caracterizada pelo estreitamento do ducto hepático devido a mecanismo de compressão ou inflamação por cálculos biliares impactados no infundíbulo da vesícula biliar ou no ducto cístico¹⁻³.

A associação dessa síndrome às fistulas colecistoentéricas é complicação ainda mais rara e tardia de doença calculosa biliar, e poucos artigos descrevem essa coexistência^{1,4}. Dessas fistulas, a mais prevalente é a colecistoduodenal (77%) seguido da colecistocólica (15%), que, em geral, se associam com litíase da árvore biliar. Já as colecistogástricas representam apenas 2% das fistulas biliares espontâneas⁴.

RELATO DO CASO

Homem, 74 anos, com história de icterícia flutuante, febre e dor em hipocôndrio direito há um mês. Exames

laboratoriais revelavam gama-glutamil-transferase de 692U/ml e fosfatase alcalina de 155U/ml, e a ultrassonografia abdominal demonstrava colédoco de 6,9mm de diâmetro sem visualização da vesícula biliar. A tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciou vesícula biliar sem cálculos, mas com estreitamento do colédoco distal em suas porções intrapancreática e retroduodenal, sugestivo de processo inflamatório local. Realizou-se colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER), identificando-se falha de enchimento no terço distal e dilatação do hepatocolédoco com diâmetro aproximado de 2cm (Figura 1). Procedeu-se à papilotomia endoscópica ampla e extração de três cálculos, com excelente drenagem da bile e do contraste ao término do procedimento. O paciente evoluiu com pancreatite pós-CPER. Foi tratado clinicamente e, após melhora, recebeu alta.

Voltou a ter os mesmos sintomas, exceto pela icterícia. Foi reinternado e submetido a procedimento cirúrgico, quando se observou vesícula biliar escleroatrófica com cálculo no infundíbulo

e com aderências firmes à parede do estômago e ao epíplon, formando uma fístula colecistogástrica (Figura 2) e outra, colecistocolédociana. O colédoco apresentava dilatação aproximada de 1,8cm no seu maior diâmetro.



Figura 1. CPER evidenciando dilatação discreta do hepatocolédoco com falha de enchimento do terço distal; passagem do cesto de Dormia para extração dos cálculos.

Procedeu-se a colecistectomia com fechamento do orifício fistuloso colecistogástrico e derivação coledocoduodenal látero-lateral. No pós-operatório, o paciente evoluiu sem complicações.

O exame histopatológico revelou tratar-se de colecistite crônica xantogranulomatosa transmural, com ulceração e inflamação aguda associada.

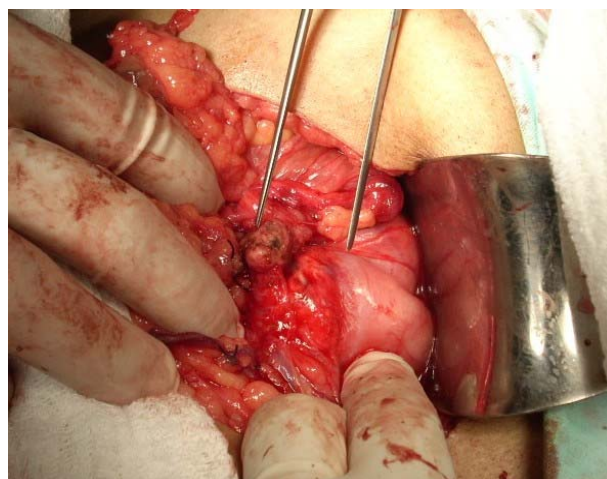


Figura 2. Aspecto intra-operatório da fístula colecistogástrica.

DISCUSSÃO

A síndrome de Mirizzi se apresenta clinicamente com os elementos da tríade de Charcot, estando a icterícia e a dor em hipocôndrio direito presentes em cerca de 60% a 100% dos pacientes, e a febre em até 80% deles. Desse modo, a diferenciação clínica de outras doenças biliares fica comprometida, mesmo com o uso de exames de imagem, sendo o diagnóstico pré-operatório reservado a menos de 50% dos casos em centros de referência, podendo chegar a menos de 5% dependendo do local estudado^{2,3}.

De acordo com a classificação Csendes *et al.* (Tabela 1), o caso relatado pode ser classificado como tipo Va⁵. Quanto à fisiopatologia, os cálculos biliares no colo da vesícula geram inflamação, compressão e estreitamento do ducto hepático comum, que pode acarretar necrose tecidual e formação de fístulas³.

É importante ressaltar que a compressão extrínseca do ducto hepático comum promove grande risco de se lesar esta estrutura durante a colecistectomia^{1,3}. Assim, a síndrome de Mirizzi pode ser uma contraindicação relativa à colecistectomia laparoscópica, devendo ser considerada a abordagem laparotômica². Além disto, o tratamento dos graus mais avançados da doença requer anastomose bileo-digestiva para sua resolução, o que exige maior experiência do cirurgião.

Tabela 1. Nova Classificação da Síndrome de Mirizzi⁵.

Tipo	Descrição
I	Compressão extrínseca do ducto biliar comum por um cálculo impactado.
II	Fístula colecistobiliar envolvendo um terço da circunferência do ducto biliar comum devido à erosão pelo cálculo.
III	Fístula colecistobiliar envolvendo dois terços da circunferência do ducto biliar comum.
IV	Fístula colecistobiliar envolvendo toda a circunferência do ducto biliar comum.
V	Qualquer tipo com a fístula colecistoentérica.
Va	Sem íleo biliar.
Vb	Com íleo biliar.

Com prevalência de 60%, as complicações desta cirurgia incluem infecção do sítio cirúrgico, formação de fístulas e estenoses biliares, e a mortalidade chega a 25%².

REFERÊNCIAS

1. Waisberg J, Corona A, de Abreu IW, Farah JF, Lupinacci RA, Goffi FS. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management. *Arq Gastroenterol.* 2005;42(1):13-8.
2. Fonseca-Neto OCL, Pedrosa MGL, Miranda AL. Manejo cirúrgico da síndrome de Mirizzi. *ABCD, arq bras cir dig.* 2008;21(2):51-4.
3. Abreu RAA, Santos MAG, Silva JL, Ojea AR, Vaz FAA, Speranzini MB. Síndrome de Mirizzi: estudo de 11 casos. *GED gastroenterol endosc dig.* 2011;30(1):1-6.
4. Gomes CHR, Almeida MFA, Silva DV, Serpa GMT. Fístulas digestivas – revisão de literatura. *Unimontes Científica.* 2004;6(2):113-22.
5. Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg.* 2008;32(10):2237-43.

Endereço para correspondência:

Francisco Julimar Correia de Menezes

E-mail: julimarmd@gmail.com

APENDICITE AGUDA EM HÉRNIA DE GARENGEOT.

ACUTE APPENDICITIS IN GARENGEOT'S HERNIA.

Karolina Vencio Frauzino Ramos¹; Fabricio Carneiro de Souza Cruz¹; Josiberto Coutinho Souza Filho¹; Marcela Fukushima¹; Marcelo Benites Monteiro¹

RESUMO

Descreve-se o caso de uma paciente de 64 anos, com dor abdominal em fossa ilíaca direita com irradiação para a região inguinocrural ipsilateral, associada a abaulamento local. Ultrassonografia de abdome revelou hérnia femoral à direita contendo apêndice cecal distendido. Foi realizada herniorrafia e apendicectomia com acesso por inguinotomia direita.

Descritores: Hérnia. Apendicite. Hérnia Femoral.

ABSTRACT

This case report describes a 64-year-old female patient with abdominal pain in the right iliac fossa radiating to the right inguinocrural region, associated with local bulging. Abdominal ultrasonography showed femoral hernia containing a distended appendix. Hernia repair and appendectomy were performed by right inguinotomy.

Keywords: Hernia. Appendicitis. Hernia, Femoral.

INTRODUÇÃO

Apresentação rara da hérnia femoral, a hérnia de Garegeot foi descrita pela primeira vez pelo cirurgião parisiense Rene Jaques Croissant de Garegeot, em 1731, e é definida pela presença do apêndice vermiforme herniado pelo canal femoral. É de difícil diagnóstico, sendo, na maioria das vezes, feito no intraoperatório. Não deve ser confundida com a hérnia de Amyand, visto que esta se trata da herniação do apêndice vermiforme pelo canal inguinal, tendo sido descrita por Claudis Amyand em 1735.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 64 anos, deu entrada no pronto-socorro do Hospital Regional da Asa Norte no dia 17 de junho de 2014, com dor em região inguinocrural direita há um dia, associada a abaulamento local, sem alterações do hábito intestinal. Ultrassonografia da parede abdominal revelou hérnia femoral à direita, com conteúdo líquido, gorduroso densificado, além de conter apêndice cecal distendido por líquido.

Foi realizada cirurgia de urgência com inguinotomia direita e acesso ao canal femoral, pela qual foi evidenciado saco herniário contendo apêndice cecal congesto e inflamado, necrosado no terço distal, sem sinais de perfuração ou abscesso. Foi realizada apendicectomia associada à

correção da falha do anel femoral com uso de tela de polipropileno.

Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar em boas condições clínicas no segundo dia de pós-operatório.

Em consulta no 55º dia, se apresentava sem queixas, com ferida operatória de bom aspecto. Laudo anatomopatológico constatou apendicite aguda.

DISCUSSÃO

As hérnias femorais têm prevalência na literatura de aproximadamente 3% de todas as hérnias¹. A hérnia de Garegeot é rara e caracterizada pela herniação do apêndice vermiforme pelo canal femoral. Ocorre em aproximadamente 1% dos casos de hérnia femoral, sendo mais raro a ocorrência de apendicite aguda (0,5%)^{2,3}. Possui maior incidência em mulheres, o que acompanha a maior prevalência de hérnia femoral no sexo feminino, apresentando predisposição de 13:1 – 93% se comparado ao sexo masculino⁴⁻⁶.

Sua patogênese apresenta muitas variáveis na literatura, sendo aceita como principal causa a má rotação interna do intestino durante a fase embriológica, resultando em má implantação cecal à parede abdominal e posicionamento anormal do apêndice vermiforme. A

inflamação do apêndice vermiforme seria causada pela constrição do anel femoral, levando a obstrução da base apendicular e inflamação do órgão¹⁻³ ou pela herniação do apêndice vermiforme já inflamado^{6,7}.

O diagnóstico pré-operatório é incomum, sendo na maioria das vezes achado intraoperatório. A ultrassonografia apresenta-se como exame viável, evidenciando herniação do apêndice cecal pelo canal femoral podendo ainda demonstrar sinais inflamatórios da apendicite aguda⁸.

Foram descritas várias técnicas para o tratamento da hérnia de Garegeot. Em caso de ausência de sinais inflamatórios do apêndice vermiforme, este poderá ser manejado com a simples redução para a cavidade peritoneal, seguido da correção da falha do anel femoral. Diante de sinais inflamatórios do apêndice vermiforme, este deverá ser tratado com apendicectomia, seguido da correção da falha do anel femoral.

O uso de tela de polipropileno é controverso², com contraindicação relativa devido ao risco aumentado de infecção de sítio cirúrgico. Outros trabalhos referem contraindicação absoluta apenas o achado de perfuração do órgão ou abscesso local¹.

A hérnia de Garegeot, por ser uma doença rara, possui diagnóstico difícil e muitas vezes tardio. Seu tratamento deve consistir em abordagem cirúrgica o mais precocemente possível, tendo em vista o alto risco de complicações, principalmente quando associado à apendicite aguda.

REFERÊNCIAS

1. Sharma H, Jha PK., Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. De Garegeot hernia: an analysis of our experience. *Hernia*. 2007;11(3):235-8.
2. Zissin R, Brautbar O, Shapiro-Feinberg M. CT diagnosis of acute appendicitis in a femoral hernia. *Br J Radiol*. 2000;73(873):1013-4.
3. Tanner N. Strangulated femoral hernia appendix with perforated sigmoid diverticulitis. *Proc R Soc Med*. 1963;56:1105-6.
4. Corder AP. The diagnosis of femoral hernia. *Postgrad Med J*. 1992;68(795):26-8.
5. Rajan SS, Girn HR, Ainslie WG. Inflamed appendix in a femoral hernial sac: de Garegeot's hernia. *Hernia*. 2009;13(5):551-3.
6. Ebisawa K, Yamazaki S, Kimura Y, Kashio M, Kurito K, Yasumuro S, et al. Acute appendicitis in an incarcerated femoral hernia: a case of de Garegeot hernia. *Case Rep Gastroenterol*. 2009;3(3):313-7.
7. van Randen A, Bipat S, Zwinderman AH, Ubbink DT, Stoker J, Boermeester MA. Acute appendicitis: meta-analysis of diagnostic performance of CT and graded compression US related to prevalence of disease. *Radiology*. 2008;249(1):97-106.
8. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, Yildirim A, Kulacoglu H, Aydin R. Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia*. 2006;10(2):152-5.

Endereço para correspondência:

Karolina Vencio Frauzino Ramos

E-mail: karolinafrauzino@hotmail.com

CORREÇÃO DE HÉRNIA PARADUODENAL.

PARADUODENAL HERNIA REPAIR.

Marco Aurélio Abreu Azeredo¹; Bruno Grund Frota¹; Daniel Weiss¹; Hamilton Petry de Souza¹; Ricardo Breigeiron¹.

RESUMO

Hérnias internas se apresentam como um desafio diagnóstico aos médicos em sala de emergência, na maioria das vezes com sintomas não específicos e quadros de longa evolução. Neste artigo citamos um caso ímpar de paciente idosa, com queixas agudas de sub-oclusão intestinal, que teve o diagnóstico de hérnia paraduodenal, tratada cirurgicamente.

Descritores: Hérnia. Laparotomia. Obstrução duodenal.

ABSTRACT

Internal hernias are a diagnostic challenge to physicians in Emergencies, mostly with non specific symptoms and long duration. This case report describes an elderly patient with acute complaints of sub-intestinal occlusion, who had the diagnosis of paraduodenal hernia, surgically treated.

Keywords: Hernia. Laparotomy. Duodenal obstruction.

INTRODUÇÃO

Hérnias internas são definidas pela protrusão de uma víscera através de abertura normal ou anormal do peritônio ou mesentério, dentro dos limites da cavidade peritoneal. Possuem incidência geral muito baixa, constituindo menos de 1% do total¹. Sua particularidade e interesse acadêmico se fazem pela cronicidade de sintomas não específicos apresentados pelos pacientes, com diagnóstico difícil e morbimortalidade alta, inclusive com estudos na literatura de mortalidade maior que 50% quando se apresentam com estrangulamento².

Existem diversos tipos de hérnias internas, com incidências diferentes na população. Tradicionalmente, utiliza-se a classificação feita por Meyers³, baseada em sua localização na cavidade peritoneal, podendo-se destacar as hérnias paraduodenais, que são as mais comuns, com prevalência de aproximadamente 53% dos casos⁴. Geralmente, estão associadas com queixas de longa duração, uma vez que persistem não diagnosticadas desde a infância, por serem, na maioria das vezes, congênitas².

O objetivo desse relato é apresentar um caso de paciente de 77 anos, com queixas agudas de dor abdominal, com

evolução rápida, por hérnia paraduodenal, tratada cirurgicamente.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 77 anos, sem história de comorbidades ou cirurgias prévias, procurou a emergência com queixas de dor abdominal difusa, pós-prandial, há um mês, associada a náuseas e vômitos persistentes, de início há duas semanas.

Negava semelhança de sintomas prévios, assim como perda de peso. Hábito intestinal mantido, com história de constipação crônica. O exame físico do abdome não demonstrou dor à palpação profunda ou defesa. Não haviam massas palpáveis. Exames laboratoriais demonstravam hemoglobina de 11,4g/dl, leucócitos totais de 7300mm³, sem desvio à esquerda, e todos os demais exames sem alterações.

Foi realizado exame radiológico contrastado que evidenciou progressão do contraste até a válvula ileocecal, sem defeitos de enchimento. Na sequência, tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste evidenciou, na junção duodenojejunal, imagem sugestiva de hérnia interna paraduodenal à esquerda, com deslocamento da veia mesentérica

1. Departamento de Cirurgia Digestiva do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

inferior para a esquerda e algumas porções de alças de delgado dilatadas com nível hidroaéreo (Figuras 1 e 2).

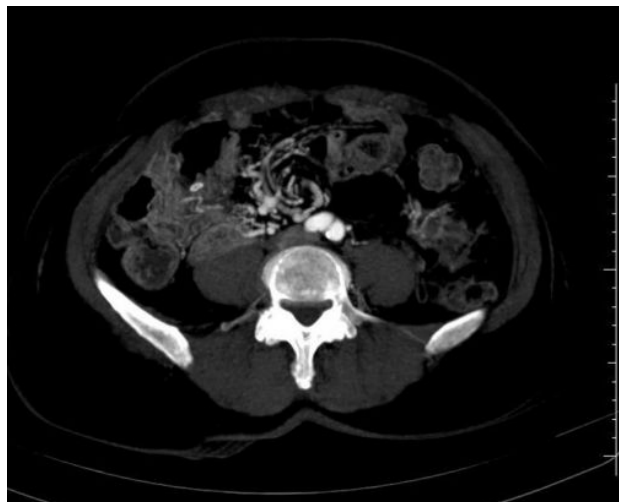


Figura 1. Tomografia abdominal mostrando encarceramento de alças.



Figura 2. Tomografia abdominal mostrando distensão de estômago e alças de delgado.

Após adequada análise do caso, foi realizada laparotomia mediana supra-umbilical para definição diagnóstica e correção de provável hérnia paraduodenal. Foi identificado, na cirurgia, saco herniário contendo apêndice cecal e alças de delgado na fosseta de Landzert, a qual encontrava-se aberta (Figura 3). Realizada redução do conteúdo herniário e fechamento do defeito peritoneal com reposicionamento das estruturas.

Evoluiu bem no pós-operatório e, na revisão aos 14 dias, a paciente encontrava-se em bom estado geral e assintomática.

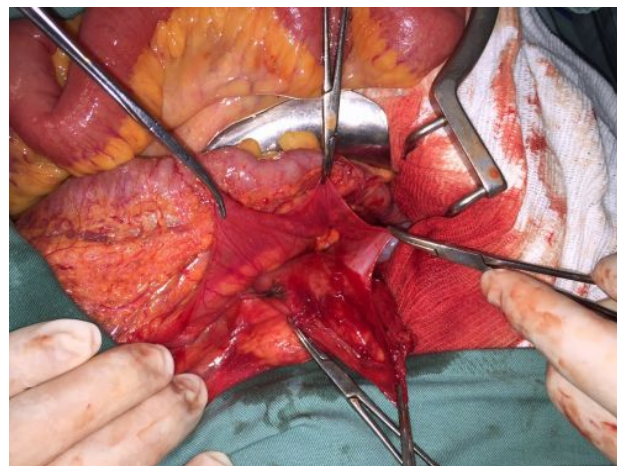


Figura 3. Identificação do conteúdo herniário na fosseta de Landzert.

DISCUSSÃO

As hérnias paraduodenais, também chamadas de hérnias de Treitz, são tipos incomuns de hérnias causados pela rotação anormal do intestino na fase embriológica⁴. Elas podem ser congênicas ou adquiridas, apresentando-se como uma protrusão de víscera através de abertura do peritônio ou do mesentério, causada pela falha da fusão entre o mesentério e o peritônio parietal e pela má rotação intestinal.

As hérnias paraduodenais mais comuns são de causa congênita, ocorrem mais frequentemente em homens e correspondem à maioria das hérnias internas, em torno de 53% delas⁵. Podem ser causa de 1,5 a 5,8% das obstruções intestinais e apresentam 0,2 a 0,9% de incidência em necropsias⁶. Em pesquisa bibliográfica foram relatados em torno de 500 casos de hérnias paraduodenais, 44 deles com diagnóstico de obstrução intestinal⁶.

As hérnias paraduodenais podem ser divididas em direita e esquerda pela linha média do mesocólon transversal e pela artéria mesentérica superior e veia mesentérica inferior, sendo diferentes entidades, considerando as relações anatômicas e a origem embrionária⁶. As hérnias esquerdas compreendem 75% da incidência.

A hérnia paraduodenal esquerda ocorre quando o intestino prolapsa através da fosseta de Landzert, defeito congênito que resulta da falha de fusão entre o mesentério inferior e o peritônio parietal. A

fosseta de Landzert está localizada na junção duodenojejunal, que é zona de confluência dos mesocólonos descendente e transverso e do mesentério do intestino delgado, normalmente situada lateralmente à quarta porção do duodeno e atrás da veia mesentérica inferior⁷.

Na história natural da doença, 50% das hérnias paraduodenais podem obstruir ao longo do tempo, complicação mais temida. Porém, a tendência é de que o paciente permaneça assintomático ou com sintomas brandos ao longo de sua vida. É um diagnóstico difícil de ser feito devido à clínica branda, quando não há quadro de obstrução, sendo normalmente diagnosticada por achado casual em exames de imagem. Quando presente algum tipo de complicação, observam-se episódios de dor abdominal pós-prandial de leve a grave, podendo estar associada a vômitos, que evoluem em algumas situações para quadro de sub-oclusão ou obstrução intestinal, devido ao encarceramento e possível estrangulamento e necrose. O diagnóstico pode ser auxiliado por exames de imagem como a rotina radiológica de abdome agudo, que mostra um “cacho” de intestino delgado no quadrante superior esquerdo ou direito. Embora a radiologia simples auxilie no diagnóstico, o exame de escolha para o quadro é a TC de abdômen superior com contraste, salvo contraindicação, que mostrará intestino delgado com ou sem complicações, principalmente na junção duodenojejunal. Sinais de obstrução com distensão de estômago, duodeno e intestino delgado podem ocorrer. Além disso, pode ocorrer deslocamento do tronco da artéria mesentérica superior para direita e do cólon transverso para baixo¹. Uma vez feito o diagnóstico está indicado o reparo eletivo devido ao risco de obstrução e complicações futuras⁸.

A cirurgia pode ser laparotômica ou por via laparoscópica, salvo alguma dificuldade ou contraindicação relativa, como distensão de alças. Diversos relatos têm mostrado o sucesso da via laparoscópica comparada à cirurgia convencional.

Em conclusão, relatos de caso, como este, reforçam a necessidade de incluirmos a hipótese diagnóstica de hérnia interna em pacientes que apresentam quadro de sub-oclusão intestinal de longa data sem alterações claramente vistas no exame físico ou complementar. O uso de técnicas de imagem de alta qualidade, como a TC de abdome com contraste feita com cortes finos, é de grande importância no diagnóstico e planejamento terapêutico desta doença.

REFERÊNCIAS

1. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186(3):703-17.
2. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg*. 1986;152(3):279-85.
3. Meyers MA. Dynamic radiology of the abdomen: normal and pathologic anatomy. 4th ed. New York: Springer-Verlag; 1994.
4. Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, Kawasaki M, Shimono T, Yamashita A, et al. Internal hernias in the era of multidetector CT: correlation of imaging and surgical findings. *Radiographics*. 2016;36(1):88-106.
5. Gusz JR, Wright LR. Intestinal obstruction secondary to left paraduodenal hernia. *J Surg Case Rep*. 2015;2015(7).pii:rjv090.
6. Kabbani D, Salem A, Holloway DK. Paraduodenal herniation: an internal herniation in a virgin abdomen. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(12):1148-50.
7. Downes R, Cawich SO. A case of a paraduodenal hernia. *Int J Surg Case Rep*. 2010;1(2):19-21.
8. Blachar A, Federle MP, Dodson SF. Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. *Radiology*. 2001;218(1):68-74.

Endereço para correspondência:

Hamilton Petry de Souza

E-mail:hpetrys@terra.com.br

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM VESÍCULA BILIAR DO LADO ESQUERDO (SINISTROPOSIÇÃO).

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR LEFT-SIDE GALLBLADDER (SINISTROPOSITION).

João Kleber Almeida Gentile^{1,2}; Giovanna Tomaz Moda²; Caio Eduardo Alves Furco²; Maria Luisa Zancanaro²; Maurice Yousseff Franciss¹

RESUMO

A vesícula biliar do lado esquerdo (sinistroposição) é uma anomalia anatômica rara onde a vesícula biliar é encontrada à esquerda do ligamento falciforme, sob o lobo esquerdo do fígado. Embora raro, é importante para o cirurgião reconhecer este achado, pois a variação da anatomia da via biliar oferece um grande desafio técnico. Vários relatos têm documentado resultados positivos em colecistectomias laparoscópicas para vesículas biliares em sinistroposição, sendo uma opção segura em mãos de cirurgiões experientes.

Descritores: Vesícula Biliar. Colecistectomia Laparoscópica. Ductos Biliares. Variação Anatômica.

ABSTRACT

The left-sided gallbladder is an uncommon anatomical anomaly where the gallbladder is found to the left of the falciform ligament under the left liver lobe. Although rare, it is important that the surgeon recognize this finding because the bile duct anatomy variation offers a huge technical challenge. Several reports have documented positive results in laparoscopic cholecystectomies for gallbladder in sinistroposition, being a safe option in the hands of experienced surgeons.

Keywords: Gallbladder. Cholecystectomy, Laparoscopic. Bile Ducts. Anatomic Variation.

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez em 1886 por Hochstetter, a vesícula biliar do lado esquerdo continua a ser uma entidade rara¹. Em um estudo multicêntrico em pacientes submetidos à colecistectomias videolaparoscópicas, sua prevalência foi 0,3%². A sinistroposição da vesícula biliar é definida quando esta é encontrada à esquerda do ligamento falciforme, nos segmentos hepáticos III ou IV. O conhecimento da anatomia ductal em vesículas em sinistroposição é de extrema importância, pois é classicamente descrito sua implantação no ducto hepático no lado direito em forma semicircular da direita para a esquerda^{3,4}.

Relatamos um caso extremamente raro de uma paciente com sinistroposição da vesícula biliar descoberto no intraoperatório durante colecistectomia videolaparoscópica.

RELATO DO CASO

Mulher de 34 anos, sem comorbidades conhecidas, foi admitida no hospital, em caráter eletivo, para realização de colecistectomia videolaparoscópica por colelitíase manifestada por cólica biliar. Exames laboratoriais de função hepática e enzimas canaliculares eram normais, assim como os demais exames pré-operatórios. A ultrassonografia de abdômen superior mostrava vesícula biliar de paredes finas, com múltiplos cálculos no seu interior, o maior com 1,2cm de diâmetro, não tendo sido evidenciada sua sinistroposição. Submetida à colecistectomia laparoscópica eletiva com introdução de quatro trocâteres nas posições habituais e confecção de pneumoperitônio. No inventário da cavidade abdominal se evidenciou a vesícula biliar à esquerda do ligamento falciforme sob o segmento III (Figura 1). As demais estruturas intra-abdominais eram de aspecto habitual. A vesícula foi dissecada cuidadosamente do leito hepático com identificação do triângulo de Calot

evidenciando o ducto cístico e a artéria cística. A colangiografia identificou que o ducto cístico se implantava à direita do ducto hepático, abaixo da confluência dos ductos hepáticos. A artéria cística era ramo direto da artéria hepática própria em posição anterior ao ducto cístico (Figura 2).



Figura 1. Vesícula biliar à esquerda do ligamento falciforme, sob o segmento III do lobo hepático.



Figura 2. Dissecção do leito da vesícula biliar após identificação do triângulo de Calot evidenciando a artéria cística (reparada) anterior ao ducto cístico (posterior ao reparo anatômico).

Foi realizada dissecção e clipagem da artéria cística e do ducto cístico com realização de colangiografia e posterior secção dos mesmos, sendo que a colangiografia intraoperatória não evidenciava coledocolitíase. A vesícula biliar, que se apresentava com aspecto habitual, foi dissecada do leito hepático com uso de energia monopolar sem intercorrências e retirada pelo portal umbilical. O estudo anatomopatológico revelou vesícula biliar normal com sinais de colecistite crônica sem evidências de neoplasia.

DISCUSSÃO

A vesícula biliar do lado esquerdo (sinistroposição) ocorre como um componente de *situs inversus*, porém sua identificação isoladamente é uma anomalia muito rara¹. Existem descritos dois tipos de alteração do posicionamento da vesícula biliar: medioposição e sinistroposição³. Na medioposição a vesícula biliar é deslocada medialmente para a superfície inferior do segmento IV, mas ainda está à direita do ligamento falciforme. Na sinistroposição a vesícula biliar está sob o lobo esquerdo (segmento III), à esquerda do ligamento falciforme. Em uma série de 10.235 colecistectomias videolaparoscópicas houve um relato de oito casos de vesícula biliar no lado esquerdo². Em sinistroposição, a artéria cística sempre passa à frente do ducto biliar comum da direita para a esquerda podendo se implantar no lado esquerdo ou direito do ducto hepático comum ou diretamente no ducto hepático direito. É importante ressaltar que o diagnóstico pré-operatório desta malformação pode ser difícil. A anomalia não impede a colecistectomia laparoscópica, porém exige cuidados que limitam o uso de diatermia, evitando lesões iatrogênicas de estruturas vasculares e da via biliar principal⁵. A colangiografia intraoperatória é recomendada nos casos de variação anatômica, ajudando a identificar a anatomia e confirmar a posição da via biliar em relação ao ducto cístico^{5,6}.

REFERÊNCIAS

1. Dhulkotia A, Kumar S, Kabra V, Shukla HS. Aberrant gallbladder situated beneath the left lobe of liver. HPB. 2002;4(1):39-42.
2. Reddy PK, Subramanian RV, Yuvaraja S. Laparoscopic cholecystectomy for left-sided gallbladder (sinistroposition). JSLS. 2005;9(3):356-7.
3. Zografos GC, Lagoudianakis EE, Grosomanidis D, Koronakis N, Tsekouras D, Chrysikos J, et al. Management of incidental left-sided gallbladder. JSLS. 2009;13(2):273-5.
4. Chrungoo RK, Kachroo SL, Sharma AK, Khan AB, Nadim AS. Left-sided gall bladder: report of two cases. J Minim Access Surg. 2007;3(3):108-10.
5. Shen BY, Regimbeau JM, Li HW. Sinistroposition of the gallbladder and

- common bile duct. Hepatobiliary
Pancreat Dis Int. 2005;4(2):313-5.
Retraction in: Hepatobiliary Pancreat Dis
Int. 2005;4(3):421.
6. Gui D, Magalini S, Prete F, Sermoneta D.
What's right when the gallbladder's left?

A case report. Surg Endosc.
2002;16(11):1637.

Endereço para correspondência:

João Kleber Almeida Gentile
E-mail: joaokleberg@gmail.com

CARCINOMA BASOCELULAR INCOMUM NO DORSO DA MÃO: ABORDAGEM CIRÚRGICA COM RETALHO DE ROTAÇÃO.

UNUSUAL BASAL CELL CARCINOMA IN THE HAND: SURGICAL APPROACH WITH ROTATION FLAP.

Kátia Sheylla Malta Purim¹; James Skinovsky TCBC¹; Julio Wilson Fernandes TCBC¹

RESUMO

Os autores descrevem um relato de caso de paciente com carcinoma basocelular incomum em dorso das mãos. As lesões foram excisadas e a de maior diâmetro reconstruída com retalho de rotação à direita. A harmonia e movimentação das mãos foram mantidas. O paciente permanece sem lesões locais após sete anos de acompanhamento.

Descritores: Carcinoma Basocelular. Neoplasias. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais.

ABSTRACT

The authors describe a case report of a patient with atypical basal cell carcinoma on the back of the hand. The lesion was excised and the reconstruction was carried out with rotation flaps at the right hand. The hand harmony and movement were maintained. The patient remains without local injuries after seven years of monitoring.

Keywords: Carcinoma, Basal Cell. Neoplasms. Ambulatory Surgical Procedures.

INTRODUÇÃO

Carcinoma basocelular é a neoplasia maligna cutânea mais frequente do mundo. Possui capacidade destrutiva sobre tecidos, cartilagens e ossos, evoluindo com considerável deformidade física se não tratado adequadamente¹. Diagnóstico precoce e prevenção são importantes para reduzir custos e agravos². Sua maior prevalência é nas regiões descobertas e expostas à radiação ultravioleta, como a área cervicofacial, predominando em indivíduos brancos^{1,2}. Os autores relatam este caso devido à sua raridade, tanto na apresentação clínica atípica quanto na sua localização³, bem como discutem a abordagem cirúrgica das lesões^{4,5}.

RELATO DO CASO

Homem de 54 anos, branco, ex-lavrador, queixava-se de ferida que não cicatrizava em dorso de mão direita, dificultando suas atividades diárias (Figura 1). Sem comorbidades, e com várias queimaduras de sol anteriores, desconhecia histórico de neoplasia de pele na família.

Ao exame, presença de duas placas eritematosas descamativas infiltradas, bilateralmente, em dorso de mãos, hemorrágicas ao manuseio. Os estudos histopatológicos revelaram carcinomas

basocelulares sólidos, de crescimento misto, invasor em derme reticular na mão direita e expansivo até derme papilar na mão esquerda.



Figura 1. Antes da cirurgia, carcinoma basocelular com apresentação e localização atípica em dorso de mão direita.

A lesão da mão direita, de 2cm, foi ressecada através de cirurgia sob anestesia braquial em centro cirúrgico (Figura 2A). Após desenho das margens, foi realizada excisão radical da pele e tecido celular subcutâneo preservando a fáscia dorsal da mão e paratenons dos tendões extensores

adjacentes, seguida de hemostasia com ligadura de vasos. O controle intraoperatório de margens, executado via exame anatomopatológico por congelação⁵, revelou margens livres, porém exígua no ponto correspondente a nove horas. Foi realizada ressecção adicional às nove horas. A reconstrução foi realizada com amplo retalho cutâneo de rotação (Figura 2B). Após a sutura, com nylon 5.0 e 6.0, foi feito curativo em posição funcional da mão.



Figura 2. A) Ferida operatória em dorso de mão direita; B) Após a cirurgia, área reconstruída com retalho de rotação e margens satisfatórias.

A lesão da mão esquerda, de 1 cm, foi excisada um mês após a primeira, em regime ambulatorial com anestesia local, controle das margens e fechamento primário. As incisões foram posicionadas nas linhas de tensão da pele, para facilitar a cicatrização. Esta segunda etapa de intervenção ocorreu no ambulatório cirúrgico.

DISCUSSÃO

Lesões nas mãos causam grande impacto social e econômico nas funções dos

membros superiores^{4,6}. Quando tumores cutâneos malignos de maior diâmetro acometem esta área, o processo reconstrutivo é delicado. Sutura direta pode ser inexecutável em situações de grandes perdas e utilização de enxerto nesta área pode ser arriscado ou comprometer o aspecto natural da região. Foram cogitados retalho clássico em avanço e retalho em rotação. No caso descrito, a rotação foi escolhida para tratar a região dorsal da mão direita por incluir toda a espessura da pele remanescente, avançar e posicionar no defeito existente, mantendo coloração, textura e pilificação^{4,6}. As bordas foram aproximadas sem tensão e sem distorções. A vantagem adicional deste tipo de reconstrução é permitir incisões menos perceptíveis. As suturas foram removidas após sete dias da intervenção sem complicações pós-operatórias.

Neste paciente o gestual de lidar com os instrumentos agrícolas, sem proteção adequada ao ar livre, provavelmente contribuiu com o dano solar e com traumas de repetição¹. Apresentação atípica bilateral de carcinoma basocelular em dorso de mãos é escassa na literatura. Porém, feridas persistentes não devem ser negligenciadas.

Nesses sete anos de seguimento deste caso, as mãos evoluíram sem recidivas e com excelentes resultados funcionais e estéticos, porém houve detecção de novas lesões em áreas fotoexpostas. O atendimento multidisciplinar tem sido fundamental para somar medidas específicas, diagnóstico e tratamento precoces^{1,2}, possibilitando uso de outras modalidades terapêuticas.

A intervenção cirúrgica do dorso das mãos respeitou princípios oncológicos com reconstrução estética e funcional satisfatória e margens de segurança suficientes.

REFERÊNCIAS

1. Chinem VP, Miot HA. Epidemiologia do carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):292-305.
2. Rodrigues EW, Moreira MR, Menegazzo PB. Análise do tratamento do carcinoma basocelular. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(4):504-10.
3. Niwa ABM, Pimentel ERA. Carcinoma basocelular em localizações incomuns.

- An Bras Dermatol. 2006;81(Suppl 3):S281-4.
4. Cardoso PM, Santos P, Azevedo F. Retalho de rotação para fechamento de defeitos cirúrgicos nos dorsos das mãos. Surg cosmet dermatol. 2011;3(4):348-9.
5. Silva RDP, Souto LRM, Matsushita GM, Matsushita MM. Precisão diagnostic das doenças cirúrgicas nos exams por congelação. Rev Col Bras Cir. 2011;38(3):149-54.
6. Pontello Júnior R, Kondo RN, Pontello R. A utilização do retalho AT para reconstrução de ferida operatória no dorso da mão. Surg cosmet dermatol. 2013;5(3):270-2.

Endereço para correspondência:

Kátia Sheylla Malta Purim

E-mail: katiasheylla@up.edu.br

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: RELATO DE DOIS CASOS COM 20 E 52 ANOS DE EVOLUÇÃO.

DIAPHRAGMATIC TRAUMATIC HERNIA: REPORT OF TWO CASES WITH 20 AND 52 YEARS OF EVOLUTION.

Mitre Kalil, TCBC-ES¹; João Bernardo Sancio Rocha Rodrigues²; Mariama Barroso de Lima²; Thiago Rampazzo Pancini³; Rodrigo dos Santos Lugão, ACBC-ES⁴.

RESUMO

Hérnia diafragmática é caracterizada pela passagem de parte do conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica através de um defeito no diafragma. Esse artigo apresenta dois casos de hérnias diafragmáticas traumáticas de longa evolução: um possuindo 20 anos e o outro com 52 anos de evolução. Embora o diagnóstico possa ser difícil na fase aguda, a lesão diafragmática deve sempre ser investigada, uma vez que a progressão para a fase crônica está associada com complicações e aumento da mortalidade. O tratamento da hérnia diafragmática continua sendo essencialmente cirúrgico.

Descritores: Hérnia Diafragmática Traumática. Diafragma. Hérnia.

ABSTRACT

Diaphragmatic hernia injury is characterized by the passage of part of abdominal contents to the thoracic cavity through a diaphragmatic injury. This article presents two cases of traumatic diaphragmatic hernia of long evolution: one with 20 years and another with impressive 52 years of evolution. Although the diagnosis may be difficult in the acute stage, diaphragmatic injury should always be investigated, once the progress to the chronic phase is associated with complications and increased mortality. Treatment of diaphragmatic hernia remains essentially surgical.

Key words: Hernia, Diaphragmatic, Traumatic. Diaphragm. Hernia.

INTRODUÇÃO

A hérnia diafragmática traumática (HDT) é caracterizada pela passagem de parte do conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica através de lesão diafragmática oriunda de um trauma da transição toracoabdominal¹⁻³.

As lesões podem decorrer de traumas contusos, quando o aumento súbito da pressão intra-abdominal é transmitido às cúpulas diafragmáticas, como em acidentes automobilísticos e contusões; ou traumas penetrantes, mais frequentes e geralmente causados por arma branca ou projéteis de arma de fogo^{1,3,4}.

Podem ser classificadas em três fases: aguda, quando a lesão é identificada e tratada logo após o evento traumático; latente, em que o paciente pode apresentar sintomas gastrointestinais ou respiratórios

meses ou anos após o trauma; e tardia, caracterizada pelas complicações da HDT, como obstruções e estrangulamentos de vísceras ocas^{1,2,5}.

Embora a literatura relate hérnias diagnosticadas até 28 anos após o trauma^{1,3}, relatamos a seguir dois casos de HDT: um diagnosticado 20 anos após ferimento por arma branca e outro, pouquíssimo frequente, 52 anos após queda e trauma contuso, ambos na transição toracoabdominal esquerda.

RELATO DOS CASOS

CASO 1

Paciente masculino, 42 anos, foi admitido com quadro de dor em pontada de moderada intensidade em região subcostal esquerda, de início há três anos, que irradiava para epigástrio e piorava ao

1. Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAN), ES, Brasil; 2. Faculdade de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAN), ES, Brasil; 3. Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), ES, Brasil; 4. Serviço de Oncologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), ES, Brasil.

esforço. Associado ao quadro apresentava dispneia com limitação das atividades diárias. Como história prévia, relatou trauma penetrante por arma branca (faca) há 20 anos, em região de oitavo espaço intercostal esquerdo, na altura da linha axilar anterior, quando foi submetido à drenagem de tórax e sutura do orifício de perfuração da pele em outro serviço. Na admissão, o paciente encontrava-se em bom estado geral, sem sinais de esforço respiratório. Ao exame do tórax, presença de timpanismo em base de hemitórax esquerdo, murmúrio vesicular abolido em base esquerda e ausência de ruídos. Exame abdominal sem alterações. Radiografia simples de tórax evidenciou imagem sugestiva de alças intestinais em hemitórax esquerdo (Figura 1).



Figura 1. Radiografia simples de tórax em PA e perfil: presença de conteúdo sugestivo de vísceras ocas no interior do terço inferior do hemitórax esquerdo.

Em tomografia computadorizada (TC) de tórax foi possível observar alças intestinais e descontinuidade do contorno da cúpula diafragmática esquerda (Figura 2).

O paciente foi submetido à laparotomia exploradora, com incisão mediana xifoumbilical. Durante a exploração da cavidade, encontraram-se múltiplas aderências intestinais, que foram desfeitas. Em cúpula frênica esquerda, foi identificado anel herniário com aproximadamente 4cm de diâmetro, onde se encontravam encarcerados ângulo esplênico do cólon, parte do grande omento e grande curvatura, fundo e parte do corpo gástrico. Realizou-se a dissecação e a liberação das aderências firmes que se encontravam junto ao anel herniário e

pleura parietal, com redução das vísceras à cavidade peritoneal. O anel herniário foi suturado com pontos em “X” utilizando fios de polipropileno e nylon 0, e realizada drenagem torácica em selo d’água. O paciente evoluiu com drenagem de pequena quantidade de secreção sero-hemática, e o dreno foi retirado no terceiro dia de pós-operatório, com alta hospitalar no dia seguinte.

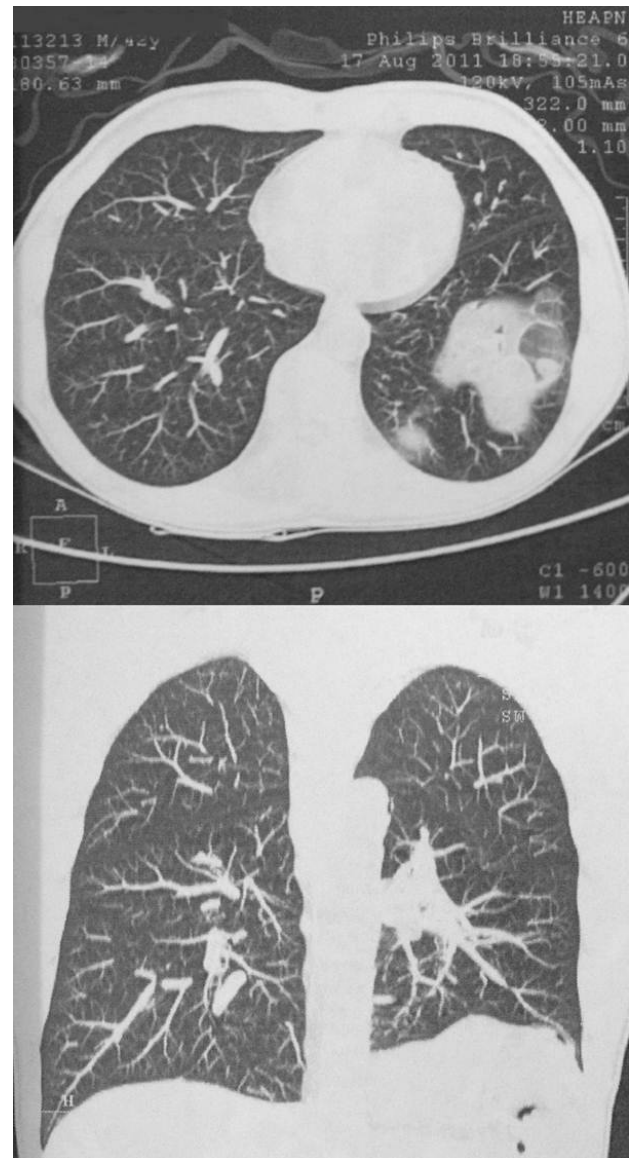


Figura 2. TC de tórax: alça intestinal em meio a parênquima pulmonar em corte transversal (figura superior); perda da continuidade da cúpula diafragmática esquerda no plano frontal (figura inferior).

CASO 2

Homem de 56 anos de idade procurou o ambulatório de Cirurgia Geral, com história de desconforto em região de hemitórax esquerdo, associado à dispneia e palpitações. Os sintomas pioravam com o

esforço e alimentação. Como antecedente, relatou queda do colo de sua mãe aos quatro anos de idade, quando se chocou com a lateral esquerda do tórax no chão, mas sem consequências. Negou alergias ou cirurgias prévias. Trouxe radiografia de tórax em que se evidenciava volumosa bolha gástrica no interior do hemitórax esquerdo, com desvio do mediastino para a direita (Figura 3A). Tomografia de tórax revelou estômago no interior do tórax, com desvio do mediastino para a direita (Figura 3B).

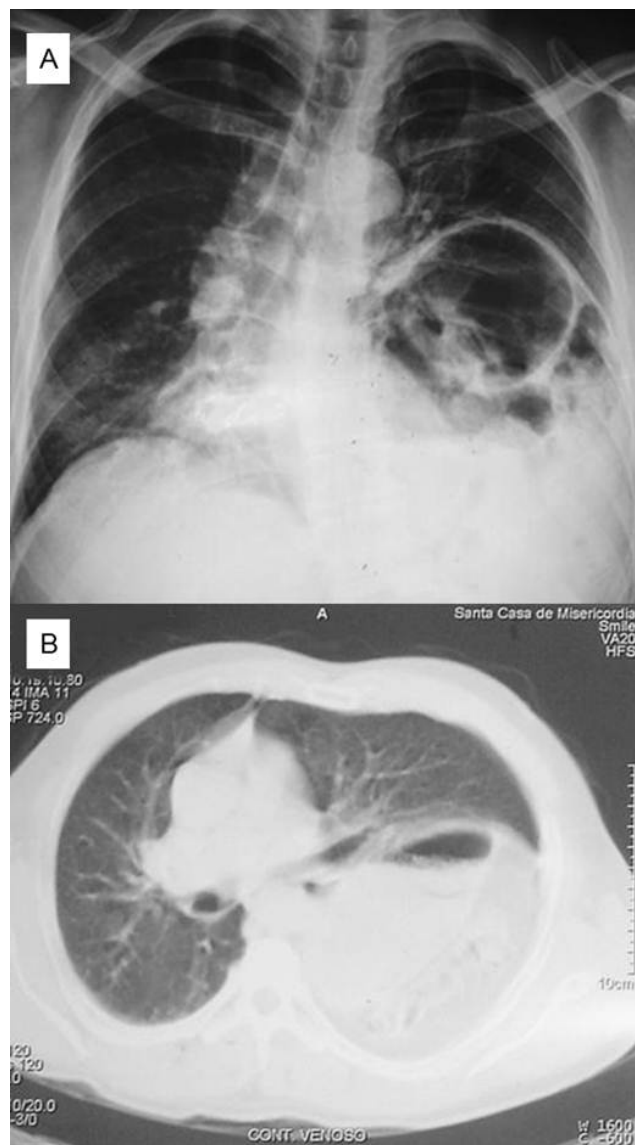


Figura 3. A) Radiografia de tórax com presença de bolha gástrica no interior do hemitórax esquerdo e desvio do mediastino para a direita. B) TC de tórax evidenciando estômago em meio ao parênquima pulmonar com desvio mediastinal para a direita.

Submetido à laparotomia exploradora mediana xifumbilical, evidenciou-se anel herniário em cúpula

esquerda com diâmetro de 8cm, por onde passavam parte do estômago, ângulo esplênico do cólon e omento maior. Realizada redução do conteúdo para cavidade abdominal seguida de sutura em “X” com fio polipropileno 0 (Figura 4). Deixado dreno de tórax, que foi removido no quarto dia de pós-operatório, tendo o paciente recebido alta hospitalar no quinto dia.

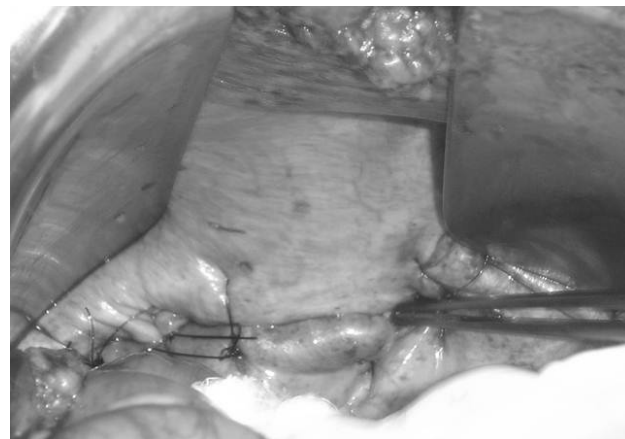


Figura 4. Intraoperatório: aspecto do diafragma durante sutura com pontos em “X”.

DISCUSSÃO

Lesões diafragmáticas foram reportadas em até 8% dos casos de trauma toracoabdominal, predominando entre homens com média de idade de 34 anos^{4,5}. Observa-se maior incidência de HDT à esquerda, sendo o estômago o órgão mais frequentemente herniado, seguido do baço, cólon, delgado, fígado e rim^{1,4-7}.

Apesar da melhora da acurácia dos métodos de imagem, 10% a 30% das lesões diafragmáticas não são diagnosticadas², mesmo quando utilizado radiografia e tomografia de tórax, ultrassonografia, e lavado peritoneal, além do tradicional exame físico. Ainda que o diagnóstico possa ser difícil na fase aguda do trauma⁷, lesões diafragmáticas devem ser sempre investigadas, uma vez que a evolução para a fase crônica está associada à presença de complicações e aumento da mortalidade².

Nos ferimentos toracoabdominais por arma branca ou projétil de arma de fogo, a gravidade reside muitas vezes na multiplicidade de vísceras lesadas, principalmente abdominais, diferente dos traumas contusos. As lesões diafragmáticas devido aos ferimentos torácicos, habitualmente são diagnosticadas

tardiamente, como no caso acima apresentado.

Outro fato que nos chamou atenção no primeiro paciente foi a quantidade de vísceras dentro do tórax, já que nos ferimentos pequenos a migração visceral para o tórax se torna mais difícil. As maiores lacerações diafragmáticas ocorrem devido às contusões. Porém, em ambos os casos, o longo tempo de evolução propiciou a migração de múltiplas vísceras para o hemitórax esquerdo.

O tratamento da HDT permanece sendo essencialmente cirúrgico^{1,7,8}, devendo a frenorrafia ser realizada com pontos em "X" e fio inabsorvível^{6,9}, embora recentes estudos experimentais tenham demonstrado certo potencial de cicatrização espontânea do diafragma, sobretudo nos casos de lesões pequenas à direita². O chuleio festonado com mononylon ou polipropileno 0 com pontos em "X" de reforço também nos parece boa opção técnica para a frenorrafia.

Com relação à via de acesso torácica como opção, além de mais complexa, em algumas situações fica difícil a dissecação, liberação e recondução de vísceras abdominais à cavidade peritoneal, fortemente aderidas ao peritônio parietal e pleura.

O risco de lesões viscerais é grande devido às aderências crônicas que ocorrem nas hérnias de longo tempo de evolução. Além disso, a lesão dessas vísceras durante a dissecação que ocorre dentro da cavidade abdominal é de mais fácil correção além de terem uma evolução mais favorável em relação a contaminação e infecção, ao contrário de uma infecção torácica ou mediastinal.

REFERÊNCIAS

1. Pereira Júnior GA. Hérnia diafragmática traumática. *Rev Col Bras Cir.* 2001;28(5):375-82.
2. Saad Júnior R, Gonçalves R. Toda lesão do diafragma por ferimento penetrante deve ser suturada? *Rev Col Bras Cir.* 2012;39(3):222-5.
3. Reber PU, Schmied B, Seiler CA, Baer HU, Patel AG, Büchler MW. Missed diaphragmatic injuries and their long-term sequelae. *J Trauma.* 1998;44(1):183-8.
4. Hanna WC, Ferri LE, Fata P, Razek T, Mulder DS. The current status of traumatic diaphragmatic injury: lessons learned from 105 patients over 13 years. *Ann Thorac Surg.* 2008;85(3):1044-8.
5. Meyers BF, McCabe CJ. Traumatic diaphragmatic hernia. Occult marker of serious injury. *Ann Surg.* 1993;218(6):783-90.
6. Hirano ES, Silva VG, Bortoto JB, Barros RHO, Caserta NMG, Fraga GP. Exame radiográfico convencional do tórax no diagnóstico de hérnia diafragmática pós-traumática. *Rev Col Bras Cir.* 2012;39(4):280-5.
7. Rangel MF, Carvalho FA, Nóbrega LPS. Hérnia diafragmática traumática crônica e fistula gastropneumocutânea. *Rev Col Bras Cir.* 2001;28(1):68-70.
8. Rasiah KK, Crowe PJ. Laparoscopy repair of a traumatic diaphragmatic hernia. *J Laparoendosc Surg.* 1995;5(6):405-7.
9. Chughtai T, Ali S, Sharkey P, Lins M, Rizoli S. Update on managing diaphragmatic rupture in blunt trauma: a review of 208 consecutive cases. *Can J Surg.* 2011;52(3):177-81.

Correspondência:

Mitre Kalil

E-mail: mitre.kalil@emescam.br

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIDROCELE REFRATÁRIA PÓS-VARICOCELECTOMIA.

SURGICAL REPAIR OF REFRACTORY HYDROCELE POST-VARICOCELECTOMY.

Ivon Teixeira de Souza¹, Ranniere Gurgel Furtado de Aquino², Bruna Dillyane Sousa Costa³, Fernando Antônio Xavier de Matos Filho³, Gabriela Carneiro Teixeira³.

RESUMO

A hidrocele pós-varicocelectomia é uma complicação urológica frequente e está correlacionada com a técnica utilizada para a correção da varicocele. Este relato de caso descreve um caso de hidrocele pós-varicocelectomia refratário à técnica cirúrgica convencional, assim como a abordagem cirúrgica utilizada para o controle das recidivas.

Descritores: Hidrocele Testicular; Varicocele, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

ABSTRACT

The post-varicocelectomy hydrocele is a common urologic complication that is associated with the chosen varicocele surgical repair technique. This case report describes a case of a post-varicocelectomy hydrocele refractory to the conventional surgical technique and the surgical approach used in order to control the recurrences.

Key words: Testicular Hydrocele; Varicocele; Surgical Procedures, Operative.

INTRODUÇÃO

Hidrocele consiste no acúmulo de líquido peritoneal entre as camadas parietal e visceral da túnica vaginal envolvendo os testículos. Pode surgir após traumas, processos inflamatórios ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos¹. Trata-se de uma complicação urológica que pode acometer pacientes tratados cirurgicamente por varicocele e a sua incidência está relacionada com a técnica utilizada².

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 40 anos de idade, foi submetido à varicocelectomia bilateral para tratamento de oligozoospermia e infertilidade. Aproximadamente oito meses depois, evoluiu com aumento progressivo da bolsa escrotal à esquerda. Não referia trauma ou infecção testicular. Com diagnóstico de hidrocele, foi indicado tratamento cirúrgico. Na primeira abordagem, uma porção da túnica vaginal foi ressecada pela técnica de Palomo. O volume escrotal regrediu e, seis meses depois, houve a primeira recidiva do quadro. O paciente foi submetido a uma segunda ressecção, envolvendo um novo segmento da túnica vaginal. Novamente, desta vez um ano após o segundo procedimento, o volume escrotal aumentou com nova recidiva, procurando então o

Serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

Ao exame físico, o volume da bolsa escrotal permanecia o mesmo em ortostase e em decúbito dorsal. Na ultrassonografia da bolsa escrotal, observou-se a presença de hidrocele moderada e os testículos não apresentaram alterações ecográficas. O paciente foi submetido a uma terceira abordagem cirúrgica com a seguinte técnica: inicialmente, foi feita uma incisão anterior e transversa na bolsa escrotal esquerda. Dissecou-se por planos até atingir a túnica vaginal conforme preconizado pela técnica cirúrgica padrão para estes casos. Em seguida, após retirar as aderências, o conteúdo da bolsa escrotal foi exposto.

Abriu-se então a túnica vaginal e prosseguiu-se a dissecação até atingir o seu limite ao nível do epidídimo (Figura 1).

O próximo passo consistiu em ressecar integralmente a membrana vaginal justa ao epidídimo e, ao final do procedimento, foi possível observar o testículo, o epidídimo e o cordão totalmente livres da túnica vaginal (Figura 2). Não houve necessidade de sutura. Foi realizada a hemostasia elétrica e, em seguida, aposição de dreno Penrose nº 2 e fechamento por planos.

O paciente evoluiu com edema da bolsa escrotal, que regrediu espontaneamente. Não foram observados sinais de recidiva da hidrocele nos 14 meses subsequentes à cirurgia.



Figura 1. Túnica vaginal dissecada ao nível do epidídimo após a retirada das aderências.



Figura 2. Aspecto final do testículo e do cordão espermático após retirada completa da túnica vaginal.

DISCUSSÃO

No primeiro trimestre do período embrionário ocorre a migração do testículo do abdome para a bolsa escrotal. Neste percurso através do canal inguinal, o testículo é parcialmente revestido pelo peritônio, formando o conduto peritônio-vaginal ou processo vaginal. Esse conduto normalmente fecha durante o primeiro ano

de vida e isola as cavidades peritoneal e vaginal.

Semelhantemente ao peritônio, a membrana vaginal possui função de secretar e absorver líquidos. Um desequilíbrio nesta dinâmica geralmente resulta em um acúmulo de líquido na cavidade vaginal denominado hidrocele¹.

Existem várias causas para o surgimento de hidrocele dentre as quais podemos citar traumas, infecções, tumores e correções cirúrgicas de varicocele. Entretanto, a causa mais frequente é idiopática^{1,3}.

Em casos de infertilidade por varicocele, a exemplo do paciente deste caso, está indicada a correção cirúrgica. Em geral, as técnicas consistem em ligar as veias espermáticas, preservando a artéria testicular, o ducto deferente e os vasos linfáticos locais⁴.

Os vasos que realizam a drenagem linfática dos testículos seguem a topografia das artérias e das veias testiculares até os linfonodos lombares direito, esquerdo e pré-aórticos. A hidrocele pode ocorrer quando há uma ligadura equivocada desses vasos durante o procedimento^{2,5}.

Essa complicação ocorre em 3% a 13% dos pacientes e se estabelece mais frequentemente nos casos em que a correção da varicocele é feita ao nível do anel inguinal interno (Técnica de Palomo)².

Neste caso, observou-se que a abordagem cirúrgica convencional não foi eficaz na correção da hidrocele, visto que, mesmo após as duas intervenções anteriores, o volume escrotal tornou a aumentar. Entendemos que as porções restantes da túnica vaginal contribuíram para o acúmulo de líquido entre os folhetos.

Após o terceiro procedimento, no qual houve a ressecção completa da túnica vaginal, acompanhamos a evolução do paciente por 14 meses sem recidivas. Diante do exposto, considerou-se que a abordagem cirúrgica descrita neste caso se mostrou eficaz para a correção das hidroceles pós-varicocelectomias.

A ressecção completa da túnica vaginal pode ser uma abordagem a ser considerada inicialmente nesses casos com o objetivo de evitar tais recidivas. Reforçamos a importância do conhecimento da anatomia cirúrgica do cordão espermático e o cuidado na correção da varicocele para evitar as complicações descritas neste caso.

REFERÊNCIAS

1. Rioja J, Sanchez-Margallo FM, Usón J, Rioja LA. Adult hydrocele and spermatocele. BJU Int. 2011;107(11):1852-64.
2. Szabo R, Kessler R. Hydrocele following internal spermatic vein ligation: a retrospective study and review of the literature. J Urol. 1984;132(5):924-5.
3. Kliesch S. Hydrocele, spermatocele, and vasectomy: management of complications. Urologe A. 2014;53(5):671-5.
4. Kroese AC, de Lange NM, Collins JA, Evers JL. Varicocele surgery, new evidence. Hum Reprod Update. 2013;19(4):317.
5. Salama N, Blgozah S. Immediate development of post-varicocelectomy hydrocele: a case report and review of the literature. J Med Case Rep. 2014;8:70.

Endereço para correspondência:

Ranniere Gurgel Furtado de Aquino

Email: rannieregurgel@hotmail.com

HEMANGIOMA CAVERNOSO DA HEMIFACE: RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DE BIGODE E COSTELETA.

HEMIFACIAL CAVERNOUS HEMANGIOMA: SURGICAL RECONSTRUCTION OF MOUSTACHE AND SIDEBURNS.

Mario Sergio Lomba Galvão, TCBC-RJ¹; Analice Batista Soares, ACBC-RJ²

RESUMO

Os autores descrevem uma técnica de reconstrução facial após ressecção de hemangioma cavernoso, utilizando couro cabeludo para camuflar os defeitos e reconstruir de bigode e costeleta.

Descritores: Hemangioma. Face. Cirurgia Plástica.

ABSTRACT

The authors describe a technique to reconstruct the face following removal of extensive facial cavernous hemangioma using hair-bearing flaps to disguise the defects and reconstruct moustache and sideburns.

Key words: Hemangioma. Face. Surgery, Plastic.

INTRODUÇÃO

Schimmelbusch relatou pela primeira vez em 1892 o uso do couro cabeludo na reconstrução facial¹. Outros pacientes foram submetidos à reconstrução da face por Gilles em feridos da I Guerra Mundial². O retalho de couro cabeludo era utilizado aleatoriamente baseado na vascularização através da artéria temporal superficial e seus ramos.

Wilson e Galvão realizaram extenso estudo dos retalhos do couro cabeludo através de injeções de contraste na artéria temporal superficial e seus ramos anterior e posterior, visando a confecção de retalhos pilosos na reconstrução das unidades estéticas da face³⁻⁵. O objetivo seria a confecção de retalhos reconstruindo bigodes, barbas, costeletas e cavanhaques, permitindo melhores resultados estéticos do que a utilização de enxertos e retalhos à distância, que levam a cicatrizes, pigmentações e defeitos de contorno insatisfatórios.

Este método permite a reconstrução facial com reconstrução das unidades estéticas pilosas da face, camuflando totalmente o defeito e mimetizando as características da região.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 28 anos de idade, branco, com extenso hemangioma cavernoso medindo 9,0x6,5x0,8 cm localizado na hemiface esquerda e infiltrando o hemilábio superior esquerdo (Figura 1).



Figura 1. Pré-operatório: hemangioma cavernoso da hemiface esquerda com infiltração do lábio superior.

No Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, localizado na cidade do Rio de Janeiro, o paciente foi submetido à ressecção da lesão e reconstrução imediata com transposição de retalho cutâneo pediculado nos ramos da artéria facial inferiormente. Os defeitos secundários à ressecção do tumor no hemilábio superior esquerdo e da rotação do retalho cutâneo foram reconstruídos com dois retalhos de couro cabeludo

1. Serviço de Microcirurgia Reparadora do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

pediculados nos ramos anterior e posterior da artéria temporal superficial, respectivamente.

Os procedimentos foram realizados em quatro tempos cirúrgicos: (1) ressecção e reconstrução imediata; (2) secção do pedículo do retalho para a costeleta; (3) secção do pedículo do retalho para o lábio superior e retorno da parte proximal do retalho a área doadora; e (4) refinamentos cirúrgicos adicionais (Figuras 2, 3 e 4).



Figura 2. Per-operatório: observar defeitos secundários em lábio superior e região pré-auricular após transposição do retalho da face.



Figura 3. Per-operatório: Confecção de dois retalhos de couro cabeludo pediculados no ramo anterior e posterior da artéria temporal superficial para reconstrução de bigode e costeleta.



Figura 4. Pós-operatório: um ano após reconstrução de bigode e costeleta.

DISCUSSÃO

Os defeitos da face com perda de substância nas áreas pilosas no homem causados por ressecção de tumores malignos ou trauma podem ser reparados através de enxertos de pele ou retalhos.

Observamos nos pacientes pilotos feridos da RAF (Força Aérea Britânica) que a reconstrução facial realizada apresentava pigmentações amareladas ou escuras depois de vários anos, sendo este fator responsável pelos resultados inestéticos da reconstrução. Além disso, defeitos de contorno nas áreas reconstruídas e cicatrizes contribuíram para resultados estéticos pouco satisfatórios.

Para camuflar os defeitos de pigmentação e contorno das áreas pilosas da face, idealizamos a reconstrução utilizando o couro cabeludo como área doadora, com confecção de bigodes, barbas, costeletas e cavanhaque.

REFERÊNCIAS

1. Schimmelbusch C. Wagenplastik. Berl Klin Wschr. 1892. S.29, 1287.
2. Gillies H, Millard DR Jr. The principles and art of plastic surgery. London: Butterworth; 1957.
3. Wilson JS, Galvao MS. Some observations on facial reconstruction using hair-bearing flaps. Transactions of the VII International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Rio de Janeiro; 1979.

4. Wilson JS, Galvao MS, Brough MD. The application of hair-bearing flaps in head and neck surgery. *Head Neck Surg.* 1980;2(5):386-409.
5. Galvão MS, Köbig RN, Cardoso MM. Reconstrução de lábio. *Cirurgia Plástica.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2005; 49:485-493.

Endereço para correspondência:

Mário Sérgio Lomba Galvão

E-mail: galvaorj@iis.com.br

LIPOMA GIGANTE DE COXA.

GIANT LIPOMA OF THE THIGH.

Jefferson Lessa Soares de Macedo, TCBC-DF¹; Simone Correa Rosa²; Lucas Ribeiro Canedo³.

RESUMO

Os lipomas são tumores mesenquimais muito comuns, mas a variante subfascial é bastante rara. Esta é subdividida em intermuscular e intramuscular, sendo o primeiro menos comum. Os lipomas gigantes também são raramente encontrados e são caracterizados por medir, no mínimo, dez centímetros em uma de suas dimensões ou pesar ao menos 1000 gramas. No presente artigo, relatamos o caso de uma paciente apresentando um lipoma intermuscular gigante localizado na coxa.

Descritores: Lipoma. Neoplasias. Cirurgia Plástica.

ABSTRACT

Lipomas are very common mesenchymal tumors, but the subfascial variant is quite rare. It is subdivided into intermuscular and intramuscular. The intermuscular type is less common. Giant lipomas are also rarely found and are characterized by measuring at least 10 centimeters in one dimension or weigh at least 1000 grams. In this article, we describe the case of a patient presenting a giant intermuscular lipoma located in the thigh.

Key words: Lipoma. Neoplasms. Surgery, Plastic.

INTRODUÇÃO

Os lipomas são as neoplasias benignas mais comuns dos tecidos moles, representando aproximadamente 16% dos tumores mesenquimais, podendo surgir em qualquer lugar do corpo onde exista tecido adiposo^{1,2}. Apresentam incidência aproximada de 10% e prevalência de 2,1 por 1000 indivíduos³. Podem ser classificados como subcutâneos ou subfasciais, podendo este ainda ser subdividido em intramusculares e intermusculares. Os intramusculares correspondem de 0% a 5% e os intermusculares, de 0,3% a 1,9% de todos os lipomas³.

RELATO DO CASO

Paciente de 55 anos de idade, sexo feminino, branca, procurou o Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário de Brasília referindo crescimento de tumor indolor em coxa esquerda há aproximadamente três anos. O crescimento foi homogêneo em todo o período, sem prejuízo para deambulação. Ao exame, observou-se tumor de consistência amolecida em face anterolateral da coxa esquerda, em planos profundos e medindo aproximadamente 20x10 cm.

Realizou-se ressonância magnética da coxa esquerda, que evidenciou lesão

lobulada, de contornos regulares, em topografia do músculo quadríceps femoral, sugestiva de lipoma (Figura 1).

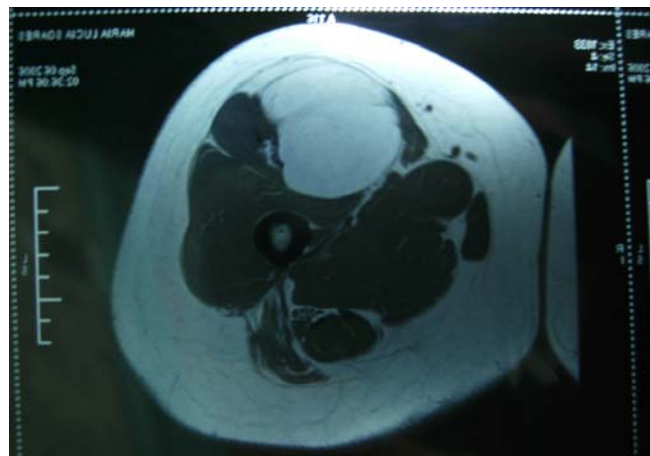


Figura 1. Ressonância magnética mostrando corte axial da coxa esquerda no local da lesão intermuscular.

A paciente foi submetida à operação para exérese da lesão através de uma incisão longitudinal na face anterolateral da coxa esquerda. Após secção da pele e tecido subcutâneo, realizou-se incisão do trato iliotibial sendo evidenciado tumor encapsulado, lipomatoso, entre os músculos retofemoral, vasto lateral e vasto intermédio (Figura 2). O tumor não se encontrava aderido fortemente aos planos profundos e sua liberação foi realizada com

dissecção romba. A seguir, foi realizado o fechamento do espaço morto com a aproximação da musculatura e drenagem tubular à vácuo com curativo compressivo.



Figura 2. Tumor liberado entre os músculos retofemoral, vasto lateral e vasto intermédio

A paciente evoluiu sem intercorrências e o dreno foi retirado no terceiro dia pós-operatório. O exame histopatológico evidenciou neoplasia lipomatosa benigna, sem sinais de malignidade e com peso de 1350 gramas. A paciente encontra-se sem evidência de recidiva do tumor após dois anos de acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

Os lipomas são os tumores de tecidos moles mais comuns na vida adulta e podem ser classificados como: fibrolipoma, lipoma convencional, mielolipoma, lipoma pleomórfico e lipoma de células fusiformes⁴. As dimensões da maioria dos lipomas variam de 2 a 10 cm e para ser considerado gigante é necessário diâmetro maior do que 10cm ou peso superior a 1000g⁵. Este tipo de lipoma é tipicamente encontrado em tronco, região cervical e extremidade proximal dos membros inferiores (região inguinal e coxa)^{1,3}. Acredita-se que as células lipomatosas são originadas do tecido mesenquimal primordial das células do tecido adiposo e, portanto, não possuem origem em células adiposas adultas⁴.

Clinicamente, os lipomas gigantes apresentam-se como tumores indolores e de crescimento lento⁵. Normalmente são assintomáticos, apresentando complicações compressivas mais tardiamente. Os sinais e sintomas mais comumente relatados são dor, sensação de peso na área acometida e linfedema, além de dificuldades para dormir, caminhar e vestir-se,

principalmente quando a lesão se encontra em membro inferior^{1,3}.

Diante da suspeita clínica de um lipoma, exames de imagem podem ser úteis tanto para o diagnóstico, quanto para o planejamento cirúrgico. Entretanto, a confirmação diagnóstica definitiva somente poderá ser realizada a partir do exame anatomopatológico¹⁻⁵.

Os lipomas gigantes são raros e devem ser diferenciados dos lipossarcomas, fibrohistiocitomas malignos e outros tumores de partes moles devido a estreita relação quanto ao tamanho, sendo a ressonância magnética importante instrumento na diferenciação dos lipomas subfasciais com os lipossarcomas².

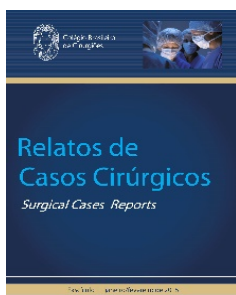
O tratamento para os lipomas gigantes é a ressecção cirúrgica total. Caso existam sinais sugestivos de invasão e comprometimento da musculatura adjacente, além da retirada do tumor, é recomendada a exérese de parte do tecido muscular¹.

REFERÊNCIAS

1. Pires Botelho da Costa JS, Reis JC, Valença-Filipe R. Giant atypical lipoma of the thigh. *Dermatol Surg.* 2014;40(2):213-4.
2. Zaroo MI, Bashir SA, Mohsin M, Baba PU, Farooq SS, Zargar HR. Giant lipoma: a case report. *J IMA.* 2011;43(2):77-9.
3. d'Alessandro GS, Nunes TR, Lajner A, Beirigo MF, Porto O, Pinto WS. Lipoma intermuscular gigante: relato de caso. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(3):226-8.
4. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, Bingul F, Aslan G. Giant lipomas: a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg.* 2004;30(3):463-7.
5. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28(2 Pt 1):266-8.

Endereço para correspondência:

Jefferson Lessa Soares de Macedo
Email: jlsmacedo@yahoo.com.br



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

-Escopo e política

-Informações gerais

-Forma e estilo

-Tabelas e figuras (Máximo permitido 6 no total)

Escopo e política

A Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos destina-se à publicação de casos clínicos cirúrgicos de interesse geral seja pela raridade na literatura médica ou pela forma de apresentação não usual. É publicada trimestralmente em um único volume anual, e se propõe à divulgação das especialidades cirúrgicas que contribuam para o ensino, desenvolvimento e integração nacional.

A Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos é uma revista de acesso aberto e segue os requisitos uniformes recomendados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org). Os textos são submetidos à avaliação por pares (peer review); encaminhados aos revisores para avaliação de forma anônima, que decidem por sua publicação. No caso de ocorrência de conflito de pareceres, o Editor avaliará a necessidade de um novo parecer. Textos recusados são devolvidos aos autores. Somente serão submetidos à avaliação os textos que estiverem dentro das normas para publicação na Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos. Os textos aprovados poderão sofrer alterações de ordem editorial, desde que não alterem o mérito do trabalho.



Informações gerais

A Revista do CBC avalia artigos para publicação em português, inglês ou espanhol que sigam as Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas, elaborados e publicadas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE www.icmje.org) traduzidas como Conselho Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIERM Rev Col Bras Cir. 2008;35(6):425-41) ou de artigo no site da Revista do CBC (www.revistadocbc.org.br) com as seguintes características:

Forma e estilo

Texto:

A forma textual dos manuscritos apresentados para publicação devem ser inéditos e enviados na forma digital (Word), espaço duplo e corpo de letra arial, tamanho 12. As imagens deverão ser encaminhadas separadas, no formato JPG, JPEG, GIF, TIF, e referidas o local de inserção no texto. Os relatos devem ser concisos e podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol. As abreviaturas devem ser em menor número possível e limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Não deve exceder a seis páginas incluindo o resumo e abstract não estruturados, a 15 referências e a seis ilustrações. Número de autores até seis.

Referências:

Devem ser predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, não esquecendo de incluir autores e revistas nacionais, restringindo-se aos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as normas de Vancouver (Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas – ICMJE <www.icmje.org> - CIERM Rev Col Bras Cir. 2008;35(6):425-41 <www.revistadocbc.org.br>. Não serão aceitas como referências anais de congressos e comunicações pessoais; citações de livros e teses devem ser desestimuladas. Os autores do texto são responsáveis pela veracidade das referências.

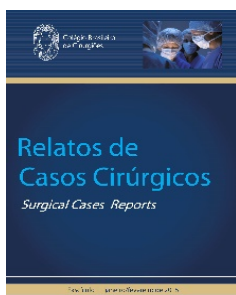
Agradecimentos:

Devem ser feitos às pessoas que contribuíram de forma importante para a sua realização.

Figuras (Máximo permitido 6)

São consideradas figuras todas as fotografias, gráficos, quadros e desenhos. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismos arábicos e devem ser acompanhadas de legendas descritivas.





CONDIÇÕES OBRIGATÓRIAS (LEIA COM ATENÇÃO)

Fica expresso que, com a remessa eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas: 1) que no relato não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM nº 1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos; 2) citar a fonte financiadora, se houver; 3) que todos os autores concedem os direitos autorais e autorizam alterações no texto enviado para que ele seja padronizado no formato linguístico da Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos, podendo remover redundâncias, retirar figuras que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido. Caso haja discordâncias dos autores quanto às estas premissas, deverão eles escrever carta deixando explícito o ponto em que discordam e a Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos analisará se o relato será encaminhado para publicação ou devolvido aos autores. Caso haja conflito de interesse, ele deve ser citado com o texto: “O(s) autores (s) (nominá-los) receberam suporte financeiro da empresa privada (mencionar o nome) para a realização deste estudo”. Quando houver fonte financiadora de fomento à pesquisa, citá-la.

A responsabilidade de conceitos ou asserções emitidos nos textos dos Relatos de Casos Cirúrgicos cabe inteiramente ao(s) autor(es). Não serão aceitos textos já publicados ou simultaneamente enviados para avaliação em outros periódicos.

