

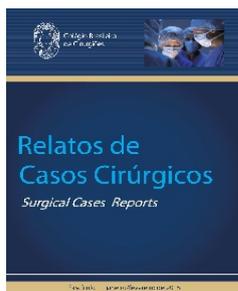


Colégio Brasileiro  
de Cirurgiões



# Relatos de Casos Cirúrgicos

*Surgical Cases Reports*



## SUMÁRIO / CONTENTS

### **Remoção endovascular de corpo estranho intracardiaco.**

*Endovascular removal of intracardiac foreign bodies.*

Keller da Silva Santos; Gustavo Eugênio Guimarães Coffler; Robert Guimarães Nascimento; Sidnei José Galego; Armando de Carvalho Lobato.

### **Rotura gástrica isolada após trauma abdominal fechado.**

*Isolated gastric rupture due to blunt abdominal trauma.*

Caroline de Melo Nunes; Larissa Soares Bezerra Santos Torres de Melo; Daniellen Lins Lourenço; Amauri Clemente da Rocha.

### **Divertículo de Meckel perfurado por palito de dente.**

*Meckel's Diverticulum perforated per toothpick.*

Carlos Roberto Naufel Junior; Michelle Varaschim; Andrea Mendes de Oliveira Naufel; Eduardo I. Casagrande Ferraro.

### **Fístula colecistocutânea.**

*Cholecystocutaneous fistula.*

Clarissa Santos Neto; Antônio Sérgio Alves; Marina Cristina de Souza Pereira da-Silva; Sillas Mourão Pinto; Luiza Ohasi de-Figueiredo; Diego Paim Carvalho Garcia.

### **Jejuno biliar (íleo biliar de localização jejunal).**

*Gallstone jejunum (gallstone ileus by jejunal location).*

Rodrigo Leal de-Jesus-Alves; Júlio Muniz Araújo; Eliane Camargo de-Jesus; Sérgio Ibañes Nunes.

### **Linfoma MALT primário de pulmão – relato de caso.**

*Lung primary MALT lymphoma – case report.*

Júlio Mott Ancona Lopez; André Miotto; Pedro Augusto Antunes Honda; Jorge Henrique Rivaben; Herbert Felix Costa; Daniela Cristina Almeida Dias; Márcio Botter; Fabrício Próspero Machado.

### **Cisto epidermoide de baço.**

*Epidermoid splenic cyst.*

Luciano Delgado de Olival; Bruno Moreira Ottani; André Luís Conde Watanabe; Rafael Quaresma de Lima.

### **Ampliação farmacológica pré-operatória do abdome com toxina botulínica tipo A.**

*Preoperative pharmacological abdominal expansion with botulinum toxin type A.*

Renato Miranda de Melo; Rafael Naves Tomás; Félix André Sanches Penhavel; Lorena Silva Ribeiro; Paula Danielli da Silva Souza.

**Hérnia diafragmática congênita em adulto.**

*Congenital diaphragmatic hernia in adult.*

Fernanda Lemgruber da Silva Tavares; Marina Barbosa Tavares; Milla de Carvalho Pimentel; Iza Franklin Roza Machado; Edson Ricardo Loureiro.

**Criptococose pulmonar em paciente imunocompetente.**

*Pulmonary cryptococcosis in an immunocompetent patient.*

Paula dos Santos Marsico Pereira da Silva; Giovanni Antonio Marsico; João Marine; Gustavo Lucas Loureiro; André Luiz de Almeida; Evandro de Toledo-Piza.

**Migração intraluminal de tela após herniorrafia incisional.**

*Intraluminal mesh migration following incisional hernia.*

Fernando Bray Beraldo; Saulo Rollemberg Garcez; Denise Akerman; Marcelo Protásio dos Santos; Nagamassa Yamaguchi.

**Achado incidental de câncer colorretal no pós-operatório tardio de duodenopancreatectomia.**

*Late incidental diagnosis of colorectal cancer after pancreatoduodenectomy.*

Hamilton Petry de Souza; Ricardo Breigeiron; Daniel Weiss Vilhordo; Lucas Félix Rossi.

**Tumor estromal gastrointestinal de duodeno mimetizando tumor de cabeça pancreática.**

*Duodenal gastrointestinal stromal tumor mimicking pancreatic tumor.*

Luiz Claudio Landolfi Pereira; Franz Robert Apodaca-Torrez; Arlette Jean Abdo Pereira; Maurício Andrade Azevedo; Raisia Medeiros de Florenço.

**Operação de Thal-Hatafuku: uma alternativa à esofagectomia no tratamento do megaesôfago dólico – relato de caso.**

*Thal-Hatafuku procedure: an alternative for the esophagectomy in the treatment of the dolic megaesophagus – case report.*

Fernando de Barros; João Soares; Heron Teixeira Andrade dos Santos; Paula dos Santos Marsico Pereira da Silva; Giovanni Antonio Marsico; Eduardo Haruo Saito.

**Torção anaxial por cisto dermoide como diferencial de apendicite aguda.**

*Anaxial torsion by dermoid cyst as a differential diagnosis of acute appendicitis.*

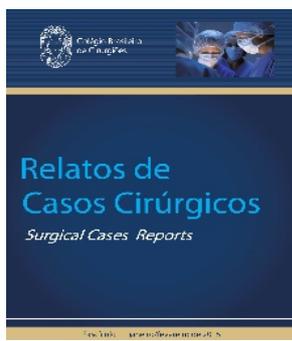
Everardo Leite Gonçalves; Francisco Marcus Lima Almeida; Carlos Magno Queiroz da Cunha; João Sotero Veras Neto Cavalcante; Matheus Facó Jesuíno Simões.

**Ressecção laparoscópica em cunha de tumores estromais gastrointestinais junto à cárdia.**

*Laparoscopic wedge resection for gastrointestinal stromal tumors near the cardia.*

Reinaldo Martins de Oliveira Neto; Carlos Roberto Puglia; Luiz Fernando Rodrigues Alves de Moura; Wagner Kenro Takahashi; Paulo Roberto Corsi.





## **CORPO EDITORIAL**

### **DIRETOR DE PUBLICAÇÕES**

Guilherme Pinto Bravo Neto – TCBC-RJ

### **EDITORES**

Felipe Carvalho Victer – 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

Manuel Domingos da Cruz Gonçalves – ECBC-RJ

Victor Senna Diniz – AcCBC-RJ

### **ASSISTENTE DE PUBLICAÇÃO**

Maria Ruth Monteiro

### **ASSISTENTE DE REDAÇÃO**

David S. Ferreira Jr.



## **REMOÇÃO ENDOVASCULAR DE CORPO ESTRANHO INTRACARDÍACO. ENDOVASCULAR REMOVAL OF INTRACARDIAC FOREIGN BODIES.**

Keller da Silva Santos, ACBC-SP<sup>1</sup>; Gustavo Eugênio Guimarães Coffler, ACBC-ES<sup>1</sup>; Robert Guimarães Nascimento<sup>1</sup>; Sidnei José Galego<sup>1</sup>; Armando de Carvalho Lobato, ACBC-SP<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

Os autores relatam a remoção endovascular percutânea com êxito de um corpo estranho (cateter) em ventrículo direito. O paciente segue assintomático.

**Descritores:** Procedimentos Endovasculares. Migração de Corpo Estranho. Traumatismos Cardíacos.

### **ABSTRACT**

The author and his colleagues report the percutaneous endovascular removal successfully, a foreign body intra-right ventricular (catheter). The patient was asymptomatic.

**Keywords:** Endovascular Procedures. Foreign-Body Migration. Heart Injuries.

### **INTRODUÇÃO**

A retenção de corpos estranhos e êmbolos cardíacos são relativamente comuns<sup>1</sup>, mas corpos estranhos pós-traumáticos são raros<sup>2</sup>. Apesar de sua baixa incidência, podem causar tamponamento cardíaco, sangramento, embolia, infecção, arritmia e disfunção valvar. Sua remoção pode ser através de cirurgia (toracotomia) ou via procedimento percutâneo endovascular<sup>3</sup>. Neste relato, os autores expõem a retirada percutânea endovascular de um cateter em ventrículo direito.

### **RELATO DE CASO**

Homem, 32 anos de idade, 71 kg, diabético há 20 anos, em uso de insulina humana, foi internado há dois anos devido à infecção em pé direito e submetido a implante de cateter de longa permanência para fazer antibioticoterapia domiciliar. Decorridos dois anos, houve nova internação devido a nova infecção em pé direito, foi utilizado o cateter para antibioticoterapia e, após três dias de uso, parou de funcionar e não conseguíamos mais palpar a junção do cateter como porto. Foi realizada uma radiografia torácica (Figura 1) que evidenciou a migração do cateter para o ventrículo direito.

Através da radioscopia, com utilização de introdutor 7F, cateter vertebral 5F, fio-guia hidrofílico *Stiff* 0,035x260, cateter com alça de 20mm

(Goose Neck), foi retirado o corpo estranho, sem intercorrências (Figura 2).



Figura 1. Radiografia de tórax evidenciando migração do cateter para ventrículo direito.

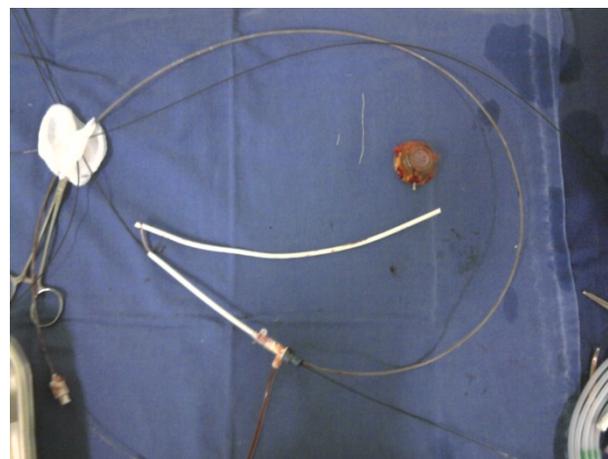


Figura 2. Cateter e porto.

<sup>1</sup>. Hospital Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência de São Paulo, SP, Brasil.

O paciente seguiu com o tratamento para a infecção e recebeu alta hospitalar quatro dias depois do procedimento, sem sintomas cardíacos.

## DISCUSSÃO

Os corpos estranhos intracardiacos podem resultar tanto de lesão direta sobre o órgão quanto de embolização secundária por um corpo estranho periférico<sup>1,2</sup>. As penetrações no coração mais frequentemente relatadas na literatura são por fragmento de cateter venoso central, projétil de arma de fogo e agulhas<sup>1,3</sup>.

A manifestação imediata é referente à lesão cardíaca, que se acompanha de tamponamento cardíaco e/ou sangramento. Contudo, se o objeto não causar lesão valvar ou septal, o paciente pode permanecer assintomático por período variável de tempo<sup>2,3</sup>.

Os achados do presente relato foram feitos através do exame físico (não palpar o cateter no subcutâneo e sopro sistólico em foco mitral) e exame radiológico.

Desta forma, as manifestações clínicas podem variar desde assintomáticas até instabilidade hemodinâmica grave, sendo os sintomas mais comuns febre, pericardite, arritmia, trombose e ansiedade<sup>2</sup>.

Os corpos estranhos são mais comumente diagnosticados pela história clínica, ecocardiografia com Doppler e exames radiológicos.

A ecocardiografia com Doppler transtorácica tem sensibilidade de, aproximadamente, 100% na maioria dos estudos, e fornece informações quanto ao tamanho, mobilidade e pontos de fixação do corpo estranho<sup>2</sup>.

A radiografia torácica é útil para identificação de objetos radiopacos, mas não permite uma boa precisão da sua localização<sup>2</sup>. A tomografia computadorizada, por sua vez, permite a localização mais precisa do objeto e suas relações com as estruturas adjacentes. Entretanto, assim como a ecocardiografia transesofágica, é necessário que o paciente esteja estável hemodinamicamente para ser realizado<sup>2</sup>.

A conduta expectante é indicada para os pacientes assintomáticos, sem riscos associados ou diagnosticados tardiamente. O tratamento conservador requer seguimento clínico rigoroso, anticoagulação e antibioticoprofilaxia<sup>1,3</sup>.

Contudo, os pacientes assintomáticos com corpo estranho intracardiaco diagnosticados imediatamente após o trauma e com risco associado de infecção, embolização ou erosão das estruturas cardíacas, devem ser submetidos à remoção cirúrgica ou percutânea<sup>2,4</sup>.

A remoção endovascular está indicada como tratamento inicial na presença de fragmentos de cateter<sup>4</sup>, não descartando a possibilidade de intervenção cirúrgica convencional posterior.

A abordagem cirúrgica depende da localização do corpo estranho. Os indivíduos cujos corpos estranhos sejam parcialmente ou completamente intracavitários, devem ser operados devido ao alto risco de infecção ou embolização<sup>4,5</sup>. A extração percutânea é um método simples, rápido e efetivo para remoção de fragmentos de cateteres embolizados e pode ser usados em crianças pequenas e adultos<sup>6,7</sup>.

Devido à vasta forma de apresentação clínica de um corpo estranho intracardiaco, sempre que houver uma suspeita a investigação se faz necessária.

## REFERÊNCIAS

1. Mainar V, Picó Aracil F, Bordes P, Ruiz Ros JA, Campos Peris JV, Marín F. [Percutaneous extraction of intravascular foreign bodies: a series of 38 cases]. *Rev Esp Cardiol*. 1996;49(1):41-7. Spanish.
2. Nina VJS, Nina RVAH, Mendes VGG, Souza FL. Remoção cirúrgica pós-traumática de corpo estranho intracardiaco em criança. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2007;22(2):248-51.
3. Actis Dato GM, Arslanian A, Di Marzio P, Filosso PL, Ruffini E. Posttraumatic and iatrogenic foreign bodies in the heart: report of fourteen cases and review of the literature. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;126(2):408-14.
4. Jiang CL, Gu TX, Wang C. Surgical treatment of posttraumatic foreign bodies in the heart or great vessels. *Chin Med J (Engl)*. 2006;119(23):2018-20.
5. Lam EC, Brown JA, Whittaker JS. Esophageal foreign body causing direct aortic injury. *Can J Gastroenterol*. 2003;17(2):115-7.
6. Andrews RE, Tulloh RM, Rigby ML. Percutaneous retrieval of central venous catheter fragments. *Arch Dis Child*. 2002;87(2):149-50.

7. O'Neill L, Sowbhaga V, Owens P. Fracture, inflation and floatation embolisation of PTCA balloon. BMJ Case Rep. 2015;2015. pii:bcr2014205307.

**Endereço para correspondência:**

Keller da Silva Santos

E-mail: [kellssmed@hotmail.com](mailto:kellssmed@hotmail.com)

## **ROTURA GÁSTRICA ISOLADA APÓS TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. ISOLATED GASTRIC RUPTURE DUE TO BLUNT ABDOMINAL TRAUMA.**

Caroline de Melo Nunes<sup>1</sup>; Larissa Soares Bezerra Santos Torres de Melo<sup>2</sup>; Daniellen Lins Lourenço<sup>3</sup>; Amauri Clemente da Rocha, TCBC-AL<sup>4</sup>.

### **RESUMO**

A ruptura gástrica é uma lesão rara que ocorre com uma incidência de 0,02% a 1,7% no traumatismo abdominal contuso. Geralmente é associado com lesões extra ou intra-abdominais. Relatamos um caso de ruptura gástrica dupla isolada em paciente adulto sem lesões de órgãos adjacentes.

**Descritores:** Ruptura. Ruptura Gástrica. Ferimentos e Lesões. Traumatismos Abdominais.

### **ABSTRACT**

Gastric rupture is a rare injury occurring with an incidence of 0,02% to 1,7% in blunt abdominal trauma. Usually is associated with injuries of the solid organs of abdomen. We report a case of isolated double gastric rupture in adult without injuries of adjacent organs.

**Keywords:** Rupture. Stomach Rupture. Wounds and Injuries. Abdominal Injuries.

### **INTRODUÇÃO**

Lesões gástricas traumáticas são, geralmente, decorrentes de traumatismos penetrantes, sendo raras na contusão abdominal. Quando presentes nos traumas fechados incidem entre 0,02% e 1,7% e usualmente ocorrem em combinação com outras lesões extra ou intra-abdominais. Lesões gástricas isoladas são eventos raros e estão associadas a menor morbimortalidade<sup>1-4</sup>. Relatamos um caso de rotura isolada de corpo gástrico em paredes anterior e posterior devido a trauma abdominal fechado.

### **RELATO DE CASO**

J.M.O., masculino, 57 anos, admitido no Serviço de Emergência, vítima de colisão carro/bicicleta tendo sido arremessado à distância de 2m. Referia fortes dores abdominais. Ao exame físico encontrava-se eupneico, normocorado, Glasgow 15, com escoriações epigástricas e sinais de irritação peritoneal. Realizado ultrassom FAST onde foi encontrado presença de líquido na cavidade peritoneal, com indicação de tratamento cirúrgico. Realizada celiotomia mediana supra e infra-umbilical onde foi encontrado hemoperitônio de cerca de 1000ml, rotura traumática de corpo gástrico em paredes anterior e posterior de cerca de 10cm (Figuras 1 e 2), sem evidência de outras

lesões. Após aspiração do hemoperitônio, realizou-se gastrorrafia em dois planos com fio catagute cromado (3-0) e seda (2-0), inventário e limpeza da cavidade abdominal com soro fisiológico 0,9% e sutura da parede abdominal por planos. Evoluiu sem complicações tendo recebido alta hospitalar sete dias após a intervenção cirúrgica.



Figura 1. Intraoperatório mostrando rotura da parede anterior do corpo gástrico.

### **DISCUSSÃO**

Diferentes mecanismos ocasionam a lesão gástrica, sendo que 75% dos casos de rotura no trauma abdominal fechado têm como causa principal os acidentes automobilísticos. Outras causas incluem quedas de altura, golpes diretos no abdome, ressuscitação cardiopulmonar<sup>1</sup>.

1. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); 2. Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE/IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil; 3. Fundação do ABC (FUABC), Santo André, SP, Brasil; 4. Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela, Maceió, AL, Brasil.

Paredes musculares grossas, posição anatômica protegida e alto grau de mobilidade são características que tornam o estômago resistente ao trauma fechado, particularmente quando vazio<sup>1,2,4</sup>. A distensão gástrica, como após uma refeição, predispõe à rotura gástrica e esta ocorre mais frequentemente na parede anterior (40%), seguida pela lesão em grande curvatura (23%), pequena curvatura (15%) e parede posterior (15%)<sup>1,5</sup>. Geralmente ocorre uma lesão única. No presente caso, houve lesão nas paredes anterior e posterior. A rotura gástrica frequentemente associa-se às lesões de órgãos adjacentes como baço e fígado<sup>1-5</sup>. No caso em questão, entretanto, não houve lesão combinada de outro órgão.

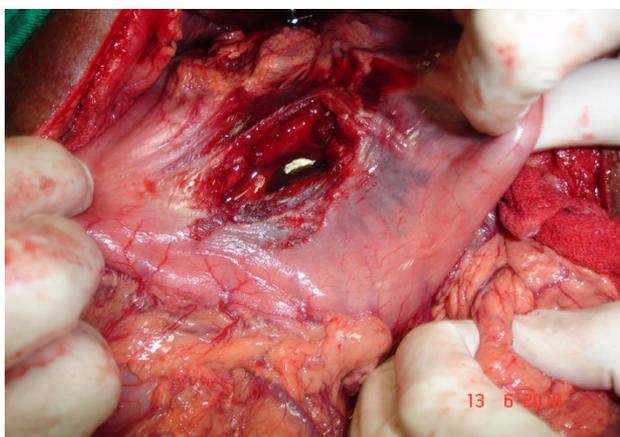


Figura 2. Rotura da parede do estômago.

A maioria dos pacientes apresenta sinais e sintomas de abdome agudo devido ao extravasamento de conteúdo gástrico e contaminação peritoneal<sup>1,3</sup>.

O exame físico continua sendo o mais importante instrumento para diagnosticar lesões abdominais que necessitem de laparotomia de urgência. Métodos diagnósticos auxiliares incluem o lavado peritoneal diagnóstico, a ultrassonografia de abdome (FAST) e a tomografia computadorizada<sup>3</sup>.

A gravidade das lesões é graduada segundo os índices elaborados pela *American Association for the Surgery of Trauma* (AAST) e a gravidade, em geral, norteia o tratamento definitivo<sup>3</sup>. Neste caso houve laceração total de corpo gástrico medindo 10cm, sendo classificada como grau III.

A conduta cirúrgica para este tipo de lesão é a sutura e limpeza da cavidade celômica para prevenir a ocorrência de abscesso intra-abdominal<sup>1,3</sup>. No presente caso, o paciente foi submetido à celiotomia para hemostasia e sutura em dois planos.

A mortalidade associada à rotura gástrica relatada na literatura varia entre zero e 66% e está diretamente relacionada às lesões associadas, demora no diagnóstico e desenvolvimento de sepsis abdominal<sup>1,4,5</sup>.

Neste relato, o paciente evoluiu satisfatoriamente recebendo alta no sétimo dia pós-operatório.

## REFERÊNCIAS

1. Tejerina Alvarez EE, Holanda MS, López-Espadas F, Dominguez MJ, Ots E, Díaz-Regañón J. Gastric rupture from blunt abdominal trauma. *Injury*. 2004;35(3):228-31.
2. Edelman DA, White MT, Tyburski JG, Wilson RF. Factors affecting prognosis in patients with gastric trauma. *Am Surg*. 2007;73(1):48-53.
3. Motta DC, Scarpelini S. Lesões traumáticas de vísceras ocas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007;40(4):531-7.
4. Oncel D, Malinoski D, Brown C, Demetriades D, Salim A. Blunt gastric injuries. *Am Surg*. 2007;73(9):880-3.
5. Rodríguez-Hermosa JI, Roig J, Sirvent JM, Codina-Cazador A, Gironès J, Puig J, et al. Gastric perforations from abdominal trauma. *Dig Surg*. 2008;25(2):109-16.

## Endereço para correspondência:

Caroline de Melo Nunes

E-mail: [Ccaroline\\_melo18@hotmail.com](mailto:Ccaroline_melo18@hotmail.com)

## **DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFURADO POR PALITO DE DENTE. MECKEL'S DIVERTICULUM PERFORATED PER TOOTHPICK.**

Carlos Roberto Naufel Júnior, TCBC-PR<sup>1</sup>; Michelle Varaschim<sup>2</sup>; Andrea Mendes de Oliveira Naufel<sup>1</sup>; Eduardo I. Casagrande Perraro<sup>3</sup>.

### **RESUMO**

Os autores descrevem um paciente operado com abdome agudo com achado intraoperatório de Divertículo de Meckel por perfuração com palito de dente.

**Descritores:** Divertículo Ileal. Trato Gastrointestinal. Perfuração Intestinal. Abdome Agudo.

### **ABSTRACT**

Description of a patient operated with acute abdomen with intra-operative findings of Meckel's Diverticulum perforated by toothpick.

**Keywords:** Meckel Diverticulum. Gastrointestinal Tract. Intestinal Perforation. Abdomen, Acute.

## **INTRODUÇÃO**

O Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal e corresponde a um resquício do ducto onfalomesentérico<sup>1</sup>. Sua incidência na população varia de 0,3% a 3%<sup>1,2</sup>. Trata-se de um divertículo verdadeiro por apresentar todas as camadas da parede intestinal. Habitualmente, situa-se nos últimos 40cm do íleo, na sua borda anti-mesentérica<sup>3</sup>.

Entre 5% e 17% dos casos apresentam-se sintomáticos, sendo a maioria um achado intraoperatório<sup>4</sup>. Seu diagnóstico se torna importante devido à possibilidade de apresentar complicações, como inflamação e hemorragia intestinal, se manifestando com quadro de abdômen agudo<sup>1</sup>. A perfuração deste divertículo é uma complicação rara que pode mimetizar uma apendicite<sup>5</sup>.

Este artigo descreve o caso de um paciente com quadro de abdome agudo devido a um DM perfurado por corpo estranho.

## **RELATO DE CASO**

Paciente masculino, 27 anos de idade, atendido no pronto socorro do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Relatava dor abdominal tipo cólica em fossa ilíaca direita há um dia, de início súbito, acompanhada de febre, náuseas, vômitos e distensão abdominal.

Relatava ter o diagnóstico de transtorno bipolar em tratamento com Carbolitium e Risperidona. Sem outras comorbidades. Não apresentava história de operações prévias.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, comunicativo, com mucosas úmidas e coradas, febril, taquicardico e normotenso. Abdome distendido, doloroso à palpação superficial e profunda na fossa ilíaca direita, com descompressão brusca dolorosa na mesma topografia. Ruídos hidroaéreos normais. Nos exames laboratoriais apresentava leucocitose (12.800) sem desvio à esquerda.

Com hipótese diagnóstica de apendicite aguda, o paciente foi submetido ao procedimento operatório por incisão oblíqua sobre o ponto de McBurney. No intraoperatório, observou-se moderada quantidade de secreção seropurulenta na fossa ilíaca direita e em fundo de saco e presença de DM a, aproximadamente, 65cm da válvula ileocecal, com processo inflamatório associado e perfuração por corpo estranho, que após manipulação, verificou-se ser um palito de dente (Figura 1).

Foi realizada apendicectomia e diverticulectomia com síntese da parede ileal em plano único, com posterior limpeza da cavidade, revisão da cavidade, hemostasia e fechamento da parede.

1. Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil; 2. Serviço de Cirurgia Bariátrica, Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil; 3. Faculdade de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

O paciente relatou ter ingerido o corpo estranho, acidentalmente junto à alimentação, dois dias antes de iniciar com a dor abdominal, não apresentou complicações pós-operatórias e teve alta hospitalar quatro dias após o procedimento.



Figura 1. Divertículo de Meckel perfurado por palito de dente.

## DISCUSSÃO

O DM foi descrito originalmente por Fabricius Hildanus, em 1598, mas foi Johann Friedrich Meckel, em 1809, que estabeleceu a origem embriológica<sup>6</sup>. Mesmo com a evolução dos exames complementares, o diagnóstico permanece difícil, sendo, na maioria das vezes, achados intraoperatórios. As complicações mais frequentes são: hemorragias, oclusões intestinais, diverticulite e eventualmente perfuração<sup>4,5</sup>.

O diagnóstico do DM complicado apresenta uma série de desafios devido a sua ampla gama de apresentações. Nos casos relacionados à diverticulite e perfuração, observa-se dor abdominal, náuseas, vômitos, febre baixa e anorexia, que podem mimetizar um caso de apendicite aguda<sup>5</sup>, o que vem a ser ilustrado pelo diagnóstico inicial deste caso clínico. A diverticulite e a perfuração deste DM por corpo estranho possuem sintomas muito semelhantes, sendo difícil de diferenciar estas etiologias somente através do exame físico. O que é encontrado habitualmente é um quadro de abdome agudo de indicação cirúrgica potencial.

A perfuração do DM geralmente é causada por corpos estranhos. Em pesquisa realizada na base *Medline* foram observados dois relatos de perfuração por palito de dente. Zingg *et al*, em 2000, e

Greenspan *et al*, em 1983, relataram quadros de abdome agudo infecciosos em mulheres (31 e 53 anos) causados por perfuração do DM por palito de dente,<sup>4,6</sup> com quadros clínicos muito semelhantes a este caso relatado.

O diagnóstico radiológico é particularmente difícil, especialmente quando a patologia não é inicialmente suspeita. Nos casos de diverticulite e perfuração, alterações inflamatórias e a presença de ar extraluminal podem estar presentes<sup>5</sup>.

Diversos fatores predisõem a ingestão de corpo estranho, intencional ou acidentalmente. De todos os fatores predisponentes, o uso de dentadura é considerado o mais frequentemente associado à ingestão de corpos estranhos, sendo que os ossos de aves e peixes os mais frequentemente implicados na perfuração intestinal<sup>6</sup>.

As indicações para a diverticulectomia incidental em pacientes assintomáticos não são bem estabelecidas. Há uma predominância de artigos que mostram que os benefícios da diverticulectomia incidental superam a morbimortalidade da intervenção cirúrgica<sup>1,3,6</sup>. A preferência é pela sutura mecânica da base do divertículo, evitando assim a abertura do trato digestivo.

Nas complicações relacionadas à perfurações, a ressecção do segmento intestinal com anastomose primária é o procedimento mais indicado<sup>1,2,6</sup>.

Este relato demonstra que a perfuração do DM por palito de dente é uma complicação rara e uma causa bastante incomum de abdome agudo, de achado intraoperatório e que a ressecção segmentar do íleo com o divertículo inflamado é a melhor maneira de abordar a lesão.

## REFERÊNCIAS

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med.* 2006;99(10):501-5. Erratum in: *J R Soc Med.* 2007;100(2):69.
2. Canelas AL, Neto AN, Rodrigues AL, Meguins LC, Rolo DF, Lobato MF. Perforation of Meckel's diverticulum by a chicken bone mimicking acute appendicitis. Case report. *G Chir.* 2009;30(11-12):476-8.

3. Freitas LAM, Jorge A, Aloisio DAC, Gleivson AB. Divertículo de Meckel: conduta no achado incidental. Rev Col Bras Cir. 1999;26(1):11-4.
4. Zingg U, Vorburger S, Metzger U. [Perforation of Meckel's diverticulum by a toothpick]. Chirurg. 2000;71(7):841-3. German.
5. Kloss BT, Broton CE, Sullivan AM. Perforated Meckel diverticulum. Int J Emerg Med. 2010;3(4):455-7.
6. Greenspan L, Abramovitch A, Tomarken J, Cohen Z. Perforation of a Meckel's diverticulum by a foreign body. Can J Surg. 1983;26(2):184-5.

**Endereço para correspondência:**

Carlos Roberto Naufel Junior

E-mail: [crnaufel@onda.com.br](mailto:crnaufel@onda.com.br)

## **FÍSTULA COLECISTOCUTÂNEA. CHOLECYSTOCUTANEOUS FISTULA.**

Clarissa Santos Neto, ACBC-BH<sup>1</sup>; Antônio Sérgio Alves, TCBC-BH<sup>1</sup>; Marina Cristina de Souza Pereira da-Silva<sup>1</sup>; Sillas Mourão Pinto<sup>1</sup>; Luiza Ohasi de-Figueiredo<sup>2</sup>; Diego Paim Carvalho Garcia, TCBC-BH<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

A fístula colecistocutânea é uma complicação rara da colelitíase biliar crônica em função do diagnóstico precoce, disponibilidade de antibioticoterapia de largo espectro e manejo cirúrgico eficaz das patologias do trato biliar. Este é um relato de uma fístula colecistocutânea em paciente do sexo feminino, 94 anos, com formação de abscesso em região epigástrica e submetida à laparotomia para correção de comunicação cutâneo-biliar, recebendo alta hospitalar 46 dias após a admissão. As fístulas colecistocutâneas devem ser consideradas em virtude de necessidade de abordagem rápida e suporte clínico para bons resultados.

**Descritores:** Colecistite. Fístula Biliar. Complicações Pós-Operatórias. Colelitíase.

### **ABSTRACT**

Cholecystocutaneous fistula is a rare complication of chronic biliary calculous disease, because of the early diagnosis, broad-spectrum antibiotics and effective surgical management of biliary tract disease. Presentation of cholecystocutaneous fistula in a 94-year-old female with an abscess formation in the epigastrium and submitted to laparotomy for correction of the fistulous communication. The patient was released from hospital 46 days after of admission. The cholecystocutaneous fistula is to be taken into account for early approach, as well as clinical support.

**Keywords:** Cholecystitis. Biliary Fistula. Postoperative complications. Cholelithiasis.

## **INTRODUÇÃO**

Fístula colecistocutânea é uma rara complicação da colecistopatia calculosa crônica, descrita pela primeira vez em 1670, por Thilesus<sup>1</sup>. Em 1890, Courvoisier já havia descrito 499 casos de perfuração vesicular como complicação da colecistite aguda, dentre as quais, 169 apresentavam fístula colecistocutânea<sup>2</sup>. Esta patologia consiste em uma comunicação entre a vesícula biliar e a pele devido a um processo inflamatório crônico, normalmente gerado pela presença de calcúloves vesicular. Contudo, casos de fístulas acalculosas já foram descritas em literatura<sup>1-3</sup>. O decréscimo observado em sua incidência se deve aos avanços nos métodos diagnósticos, antibioticoterapia de amplo espectro e manejo cirúrgico precoce<sup>4</sup>. Apresentamos um caso de fístula colecistocutânea sem drenagem espontânea.

## **RELATO DE CASO**

Paciente RL, feminino, 94 anos, diabética e hipertensa, com relato de dor abdominal inespecífica em epigástrico há 20 dias, associado à hiporexia e prostração.

Encaminhada com diagnóstico de abscesso de parede abdominal, com piora do estado geral, em uso de Cefalexina há três dias. Ao exame, presença de tumoração dolorosa em mesogástrico, com sinais flogísticos; ausência de irritação peritoneal. Solicitado ultrassonografia abdominal, que evidenciou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, imagem compatível com vesícula biliar de paredes espessas, apresentando em seu interior várias imagens hiperecogênicas; além de massa supraumbilical heterogênea, bem definida, sugestiva de abscesso. Indicadas laparotomia exploradora e antibioticoterapia venosa.

Identificada volumosa coleção biliosa no subcutâneo durante a laparotomia, com cálculos biliares e orifício fistuloso com fundo vesicular (Figuras 1 e 2). Vesícula biliar aberta, em continuidade com aponeurose, bastante aderida ao duodeno e estômago. Realizada colecistectomia, retirada de cálculos do colédoco e drenagem da via biliar com dreno de Kher. Posicionado dreno tubular em cavidade abdominal e dreno Portovac em subcutâneo após desbridamento.

1. Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Faculdade de Ciências Médicas, Belo Horizonte (MG); Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte (MG).

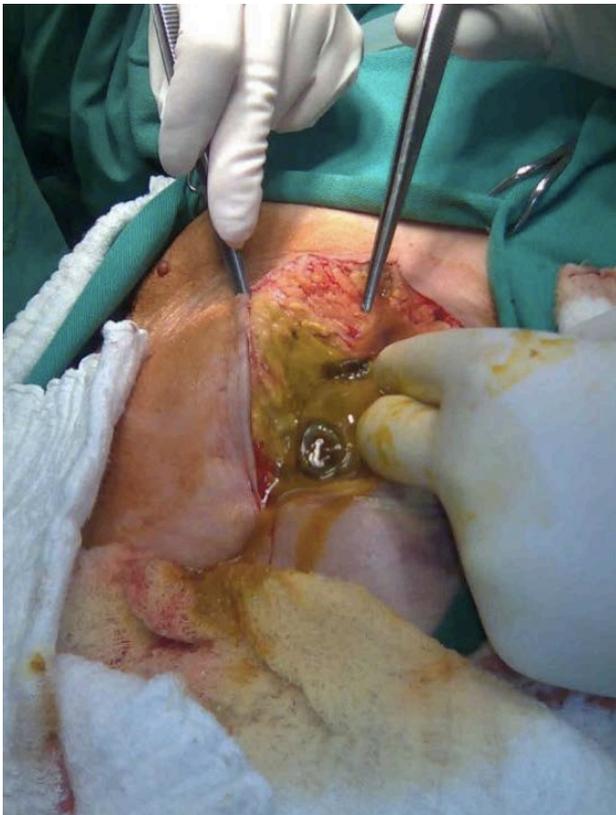


Figura 1. Volumosa coleção biliosa com cálculos biliares no subcutâneo.

Paciente encaminhada ao CTI no pós-operatório imediato em ventilação mecânica e uso de aminas vasoativas. Inter correu com fibrilação atrial de alta resposta e hipertensão arterial de difícil controle. Submetida à traqueostomia no 12º dia pós-operatório (DPO). Após alta para enfermagem, apresentou evisceração no 27º DPO, sendo reencaminhada ao bloco cirúrgico para rafia primária de aponeurose. Recebeu alta hospitalar no 46º DPO com boa tolerância a dieta VO, sem traqueostomia, e com dreno de Kher, sendo retirado ambulatoriamente após realização de colangiografia sem identificação de fator obstrutivo. Laudo do anatomopatológico: acentuada colecistite aguda ulcerada, com formação de trajetos fistulosos, sem evidência de malignidade.

## DISCUSSÃO

As fistulas biliares podem ser internas e externas. As internas são mais comuns, sendo que 75% são para o duodeno e 15 % para o cólon<sup>1</sup>. Fístulas externas são raras e poucas vezes ocorrem espontaneamente como resultado de abscesso intra-hepático ou outro processo inflamatório na árvore biliar<sup>1,3</sup>.



Figura 2. Orifício fistuloso do fundo vesicular com o subcutâneo.

Os pacientes portadores de fístula colecistocutânea geralmente apresentam quadro clínico insidioso com a queixa de cólica biliar de caráter crônico. A evolução se dá pelo aparecimento de desconforto abdominal, abaulamento ou até mesmo comunicação direta com extravasamento de conteúdo biliar pela pele após a consolidação do trajeto fistuloso<sup>5,6</sup>.

A maioria das fistulas externas são complicações pós-operatórias de cirurgias no fígado ou no trato biliar ou trauma, porém há também grande incidência de achado de neoplasia à avaliação anatomopatológica da vesícula<sup>4,5</sup>. As fistulas externas que ocorrem espontaneamente são observadas principalmente em mulheres entre a quinta e a sétima década de vida, refletindo o aumento na incidência de colecistite e neoplasias de vesícula nesta faixa etária<sup>5</sup>.

O quadrante superior direito é o local mais comum de se observar a abertura destas fistulas (48%), seguido pelo umbigo (27%), região inguinal direita ou até mesmo glúteos<sup>5,6</sup>. Estatisticamente, mais casos de perfuração causada por colecistite aguda litiasica são observados, sendo a infecção por *Salmonella typhi* um fator predisponente para a fístula colecistocutânea na

colecistite crônica<sup>7</sup>. A incidência de perfuração da vesícula biliar na colecistite acalculosa é de 0,6 a 1%. A fisiopatologia das fistulas externas tem sido associada com o aumento da pressão na vesícula biliar, secundária à obstrução do ducto cístico. O aumento da pressão intraluminal leva à diminuição do fluxo sanguíneo causando necrose e perfuração<sup>8</sup>. A perfuração pode ocorrer de forma aguda livre, levando à peritonite, subaguda com formação de abscesso, ou crônica com formação de fistulas<sup>7,8</sup>. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada são os melhores exames para diagnóstico<sup>7-10</sup>.

O tratamento para esta complicação da vesícula biliar depende das condições clínicas do paciente. No passado, drenagem do abscesso e uso de antibióticos eram usados para permitir drenagem biliar e controle da sepse. Esta abordagem tem sido associada com a formação de fistula biliar quando o ducto cístico é patente, além da necessidade de procedimento cirúrgico definitivo adicional. Portanto, dois tempos cirúrgicos são recomendados somente para pacientes sépticos e com risco cirúrgico elevado<sup>8</sup>. Colecistectomia via videolaparoscópica tem sido descrito como o tratamento definitivo de escolha<sup>4-10</sup>.

Mesmo tratando-se de complicação rara, a suspeita desta entidade faz-se necessária. Apesar dos avanços terapêuticos e diagnósticos, ainda é possível encontrá-la em função da alta incidência de calcúloves vesicular.

## REFERÊNCIAS

1. Flora HS, Bhattacharya S. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. HPB (Oxford). 2001;3(4):279-80.
2. Jayasinghe G, Adam J, Abdul-Aal Y. Unusual presentation of gallbladder perforation. Int J Surg Case Rep. 2016;18:42-4.
3. Dixon S, Sharma M, Holtham S. Cholecystocutaneous fistula: an unusual complication of a para-umbilical hernia repair. BMJ Case Rep. 2014 May 26.
4. Chatterjee S, Choudhuri T, Ghosh G, Ganguly A. Spontaneous cholecystocutaneous fistula in a case of chronic calculous cholecystitis. J Indian Med Assoc. 2007;105(11):644,646,656.
5. Guardado-Bermúdez F, Aguilar-Jaimes A, Ardisson-Zamora FJ, Guerrero-Silva LA, Villanueva-Rodríguez E, Gómez-de-Leija NA. [Spontaneous cholecystocutaneous fistula]. Cir Cir. 2015;83(1):61-4. Spanish.
6. Luu MB, Deziel D. Unusual Complications of Gallstones. Surg Clin North Am. 2014;94(2):377-94.
7. Kapoor Y, Singh G, Khokhar M. Spontaneous cholecystocutaneous fistula – not an old time story. Indian J Surg. 2013;75(Suppl 1):S188-91.
8. Cruz RJ Jr, Nahas J, Figueiredo LF. Spontaneous cholecystocutaneous fistula: a rare complication of gallbladder disease. Sao Paulo Med J. 2006;124(4):234-6.
9. Birch BR, Cox SJ. Spontaneous external biliary fistula uncomplicated by gallstone. Postgrad Med J. 1991;67(786):391-2.
10. Pezzilli R, Barakat B, Corinaldesi R, Cavazza M. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. Case Rep Gastroenterol. 2010;4(3):356-60.

## Endereço para correspondência:

Diego Paim Carvalho Garcia

E-mail: [diegopcg25@hotmail.com](mailto:diegopcg25@hotmail.com)

## **JEJUNO BILIAR (ÍLEO BILIAR DE LOCALIZAÇÃO JEJUNAL). GALLSTONE JEJUNUM (GALLSTONE ILEUS BY JEJUNAL LOCATION).**

Rodrigo Leal de-Jesus-Alves<sup>1</sup>; Júlio Muniz Araújo<sup>1</sup>; Eliane Camargo de-Jesus<sup>1</sup>; Sérgio Ibañes Nunes, TCBC-RJ<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

O ileobiliar representa de 1% a 4% dos casos de obstrução intestinal mecânica e decorre do impacto de cálculos biliares na luz intestinal. O ileobiliar localizado no jejuno proximal é uma condição extremamente rara. O conhecimento prévio dessa patologia é de grande importância, pois se trata de uma emergência cirúrgica, com difícil diagnóstico pré-operatório e altas taxas de mortalidade, particularmente em pacientes idosos com comorbidades. Relatamos o caso de um paciente de 88 anos de idade, que apresentou obstrução intestinal por cálculo impactado em jejuno proximal, necessitando de tratamento cirúrgico de urgência.

**Descritores:** Cálculos biliares. Jejuno. Obstrução intestinal.

### **ABSTRACT**

Gallstone ileus representing 1-4% from the mechanical bowel obstruction, because of its impaction into bowel lumen after a biliary enteric fistula. Gallstone ileus located in the proximal jejunum is an extremely rare condition. Prior knowledge of this disease is of great importance because it is a surgical emergency, with difficult preoperative diagnosis and high mortality rates, particularly in elderly patients with comorbidities. We report a 88 year-old male patient who presented intestinal obstruction by calculus impacted in the proximal jejunum, and needed urgent surgery.

**Keywords:** Gallstones. Jejunum. Intestinal obstruction.

## **INTRODUÇÃO**

A doença calculosa da vesícula biliar é uma das afecções de tratamento cirúrgico mais frequente<sup>1,2</sup>. Em alguns casos pode haver formação de uma fistula entre a vesícula e algum segmento intestinal, com passagem dos cálculos para o trato digestivo<sup>3</sup>. Dependendo do tamanho do cálculo, poderá ocorrer obstrução intestinal, devido ao impacto com o segmento intestinal (em geral na válvula ileocecal), condição essa denominada íleo biliar<sup>4,5</sup>.

Relatamos um caso de um paciente portador de colelitíase que apresentou quadro de obstrução intestinal por ileobiliar de localização jejunal e necessitou de cirurgia de urgência.

## **RELATO DE CASO**

Paciente masculino, 88 anos, admitido no pronto socorro da Santa Casa de Barra Mansa (RJ), com queixa de dor abdominal tipo cólica em flanco direito, associado à náuseas e parada de eliminação de fezes e flatos há um dia. Ao exame físico mostrava-se desidratado, eupneico e taquicárdico. À palpação do abdome, apresentava dor em abdome superior, timpanismo à percussão, sem sinais de irritação peritoneal.

Foi iniciado tratamento clínico e realizada radiografia de abdome agudo, que mostrou distensão de alças de delgado com níveis hidroaéreos. Os exames laboratoriais não evidenciaram anormalidades. Na sequência da investigação, foi realizada tomografia computadorizada de abdome, destacando-se grande calcificação no interior do jejuno com obstrução e distensão a montante (Figura 1).



Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome demonstrando calcificação intrajejunal.

O doente foi submetido a laparotomia exploradora, que evidenciou obstrução de intestino delgado devido a cálculo biliar de cerca de cinco centímetros

<sup>1</sup>. Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, Barra Mansa, RJ, Brasil.

de diâmetro, à aproximadamente 20 cm do ângulo de Treitz, além de um bloqueio ao redor da vesícula biliar (Figura 2). Optou-se pela realização de enterotomia com retirada do cálculo e enterorrafia, sem manipulação da vesícula (Figura 3).



Figura 2. Obstrução intestinal em jejuno a montante.

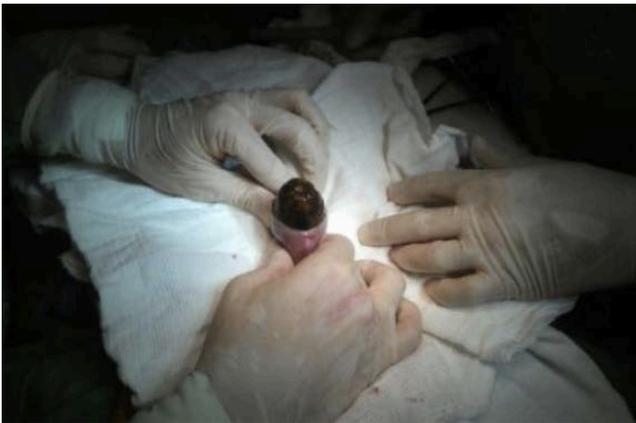


Figura 3. Enterotomia com retirada do cálculo e enterorrafia.

A doente permaneceu no pós-operatório em unidade de terapia intensiva sob ventilação mecânica. Apresentou boa evolução clínica, sendo realizado o desmame ventilatório e recebendo alta para a enfermaria em seguida.

## DISCUSSÃO

O ileobiliar foi descrito pela primeira vez por Bartholin, em 1654, e ocorre em 0,3% a 0,5% dos portadores de cálculos na vesícula. É a causa de 1% a 4% das obstruções intestinais<sup>5</sup>. A passagem do cálculo para a luz intestinal decorre de uma fistula entre a vesícula biliar e um segmento do trato digestório, com posterior impacto. O local mais frequente de impacto

do cálculo é o íleo terminal (válvula ileocecal), por ser a porção mais estreita do intestino delgado. Em geral, é feito o diagnóstico de obstrução intestinal (completa ou suboclusão), só sendo suspeitado do ileobiliar na presença de aerobilia e da imagem sugestiva de cálculo de grandes proporções aos exames de imagem<sup>5</sup>.

A tomografia computadorizada de abdome pode orientar o diagnóstico se caracterizar aerobilia (sensibilidade de 50%) e cálculo impactado (20%)<sup>5</sup>. No caso apresentado, foi realizado tomografia de abdome, com presença de imagem sugestiva de cálculo impactado no jejuno, sugerindo o diagnóstico, que posteriormente foi confirmado pela cirurgia.

O tratamento cirúrgico envolve a enterotomia e remoção do cálculo. 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<sup>5</sup>. Procedimento este que foi realizado em nosso paciente, em virtude de processo inflamatório intenso perivesicular, e visando encurtar o tempo cirúrgico, diminuindo assim a morbi/mortalidade.

Concluimos que a colelitíase pode provocar o aparecimento de complicações graves, e a possibilidade de obstrução intestinal por ileobiliar deve ser sempre lembrada nesses casos, pois, embora de rara ocorrência, apresenta altas taxas de morbi/mortalidade.

## REFERÊNCIAS

1. Rêgo REC, Campos T, Moricz A, Silva RA, Pacheco Jr AM. Tratamento cirúrgico da litíase vesicular no idoso: análise dos resultados imediatos da colecistectomia por via aberta e videolaparoscópica. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(3):293-9.
2. Behrman SW, Melvin WS, Babbo ME, Johnson J, Ellison EC. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population. *Am Surg.* 1996;62(5):386-90.
3. Magnuson TH, Ratner LE, Zenilman ME, Bender JS. Laparoscopic cholecystectomy: applicability in the geriatric population. *Am Surg.* 1997; 63(1):91-6.
4. Franco D, Roudie J. [Gallstones and their complications]. *Rev Prat.* 2000;50(19):2117-22. French.
5. Weiss RG, Oliveira LF, Susin VA, Oliveira

M, Weiss T. Íleo biliar: relato de seis casos e revisão da literatura. Rev AMRIGS. 2001;45(1,2):88-90.

**Endereço para correspondência:**

Rodrigo Leal de-Jesus-Alves

E-mail: [rodrigolealalves@hotmail.com](mailto:rodrigolealalves@hotmail.com)

## **LINFOMA MALT PRIMÁRIO DE PULMÃO – RELATO DE CASO.** **LUNG PRIMARY MALT LYMPHOMA – CASE REPORT.**

Júlio Mott Ancona Lopez, TCBC-SP<sup>1</sup>; André Miotto, ACBC-SP<sup>1</sup>; Pedro Augusto Antunes Honda, AsCBC-SP<sup>1</sup>; Jorge Henrique Rivaben, ACBC-SP<sup>1</sup>; Herbert Felix Costa<sup>1</sup>; Daniela Cristina Almeida Dias<sup>1</sup>; Márcio Botter, TCBC-SP<sup>1</sup>; Fabrício Próspero Machado<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

O linfoma primário de pulmão é uma condição rara, que geralmente acomete indivíduos da sexta e sétima décadas de vida, representando apenas 0,5% de todas as neoplasias pulmonares. Relatamos um caso de um paciente do sexo masculino, 66 anos, tabagista 40 maços-ano, assintomático, que em radiografia de rotina teve como achado opacidade pulmonar à direita. A tomografia de tórax revelou massa pulmonar em lobo inferior direito e nódulo em lobo médio. A biópsia por broncoscopia não demonstrou malignidade, porém, como a imagem tomográfica era muito sugestiva de neoplasia pulmonar primária, optou-se pelo tratamento cirúrgico. A biópsia de congelação mostrou neoplasia maligna, então foi realizada a ressecção completa da lesão com bilobectomia pulmonar inferior. A análise imuno-histoquímica da lesão mostrou tratar-se de um linfoma MALT pulmonar. Apesar de ser um tumor raro e de difícil diagnóstico, o prognóstico é bom na maioria dos casos, com altas taxas de sobrevida.

**Descritores:** Linfoma de Zona Marginal Tipo Células B. Neoplasias Pulmonares. Cirurgia Torácica.

### **ABSTRACT**

The lung primary lymphoma is a rare condition that usually affects individuals of the sixth and seventh decades of life, representing only 0.5% of all lung cancers. This is a case report of a male patient, 66 years-old, 40 years-pack smoker, asymptomatic. A routine radiography found an opacity in the right lung. CT scan revealed a pulmonary mass in the right lower lobe and middle lobe nodule. The bronchoscopy-guided biopsy showed no malignancy, however, the tomographic image was very suggestive of primary lung cancer. Thus, we opted for surgical treatment. The frozen section showed malignancy, then complete resection was held by inferior bilobectomy. Immunohistochemical analysis of the lesion showed pulmonary MALT lymphoma. Despite being a rare and difficult to diagnose tumor, the prognosis is good in most cases with high survival rates.

**Keywords:** Lymphoma, B-cell, marginal zone. Lung Neoplasms. Thoracic Surgery.

## **INTRODUÇÃO**

O linfoma primário de pulmão é uma condição rara, que geralmente acomete indivíduos da sexta e sétima décadas de vida, representando 0,5% de todas as neoplasias pulmonares. Seu acometimento geralmente é restrito ao parênquima, não acometendo linfonodos hilares ou mediastinais<sup>1</sup>. Representa, ainda, apenas 1% de todos os linfomas extralinfonodais.

O tipo mais frequente de linfoma primário de pulmão é o linfoma de tecido linfoide associado à mucosa (mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma - MALT), que representa 90% dos casos<sup>1-3</sup>.

MALT é um tipo de linfoma de células B de baixo grau, e seu diagnóstico tem sido associado aos de outras doenças em publicações recentes, como doença de Sjögren, sarcoidose e até tuberculose<sup>2</sup>. Representa um desafio diagnóstico, pois

tem diversas formas de apresentação, sendo confundido muitas vezes com o carcinoma de pulmão<sup>1,3</sup>. Pode apresentar-se nas formas de nódulo (solitário ou múltiplo), cistos, massas ou em grandes áreas de vidro fosco. Os sintomas geralmente são inespecíficos ou até inexistentes, pela localização e tamanho muitas vezes diminuto da lesão<sup>1,3</sup>.

O diagnóstico se dá por exames de imagem, principalmente a tomografia; e achados histopatológicos compatíveis apoiados por imuno-histoquímica, estudos citogenéticos e marcadores celulares e moleculares<sup>1,3,4</sup>. Por sua característica pouco agressiva, os linfomas MALT podem ficar latentes por longos períodos, sendo assim o tratamento conservador muitas vezes indicado, a depender da condição do paciente<sup>1,3</sup>.

<sup>1</sup>. Prevent Senior, Hospital Sancta Maggiore, São Paulo, SP, Brasil.

## RELATO DE CASO

Relatamos aqui um caso de um paciente do sexo masculino, 66 anos, natural e procedente de São Paulo, SP. Teve como achado opacidade pulmonar à direita em radiografia de rotina. Não apresentava qualquer sintoma no momento da consulta. Tem antecedentes de tabagismo (40 maços-ano) e infarto do miocárdio há cinco anos, tratado com angioplastia com *stent*. Nega comorbidades, alergias ou doenças pulmonares durante sua vida. O exame físico não mostrou alterações na propedêutica cardíaca ou pulmonar.

A radiografia de tórax mostrava opacidade noduliforme em campo pulmonar inferior direito. A tomografia de tórax inicial mostrava lesão espiculada em lobo inferior direito, de aproximadamente 3cm e pequeno nódulo suspeito em lobo médio, sem linfonomegalia mediastinal; media em conjunto cerca de 7,3x6,8 cm nos seus maiores eixos, com componente sólido medindo cerca de 5,6x5,0 cm, sendo esta lesão localizada no lobo inferior direito em contato com todos os brônquios segmentares basais e ramos arteriais deste lobo (Figura 1).

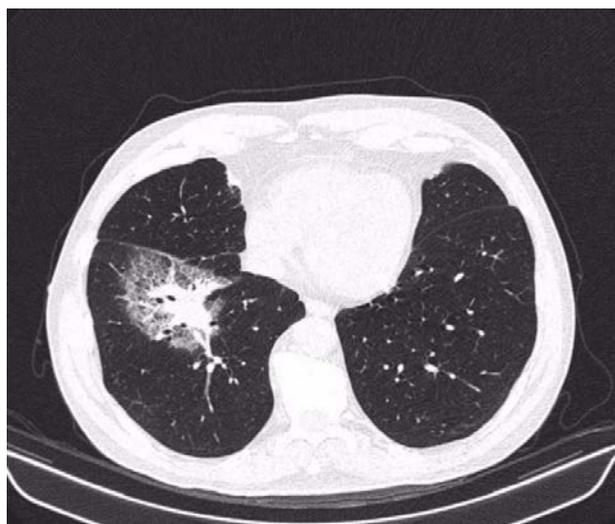


Figura 1. Tomografia computadorizada mostrando lesão à direita.

O estadiamento oncológico não mostrou doença extrapulmonar. Foi submetido à broncoscopia que mostrou via aérea sem alterações anatômicas. A biópsia transbrônquica teve como resultado parênquima pulmonar normal, sem sinais de malignidade. Os exames pré-operatórios eram normais, assim como a espirometria.

Como achado intraoperatório, foi encontrada massa pulmonar irregular que

invadia lobo inferior e lobo médio. Biópsia de congelação no intraoperatório mostrou tratar-se de neoplasia maligna, sem definição de tipo histológico. Desta forma, realizamos a bilobectomia pulmonar direita, com ressecção de lobos médio e inferior, além de esvaziamento linfonodal mediastinal, por toracotomia. A biópsia revelou extenso infiltrado linfocitário, formando folículos. A imuno-histoquímica da lesão mostrou os seguintes marcadores como positivos: AE1/AE3 (positivo extensamente no epitélio), BCL-2 (positiva difusamente em linfócitos pequenos, negativa em centros germinativos), CD10 (positiva em centros germinativos), CD20 panB (difusamente), CD23 (positiva em células dendríticas foliculares), CD3 (em alguns linfócitos pequenos), CD5 (em alguns linfócitos pequenos), e Ki-67 (em centros germinativos).

Tais achados corroboram a hipótese de linfoma não Hodgkin de células B da zona marginal extranodal do tecido linfoide associado à mucosa (MALT). Os linfonodos ressecados mostraram ausência de neoplasia e as margens cirúrgicas estavam livres de neoplasia.

O paciente teve uma evolução satisfatória, teve alta hospitalar no sétimo dia pós-operatório. Após um mês do procedimento, encontra-se em seguimento ambulatorial, com queixa apenas de dor em ferida operatória. Avaliado pela equipe da hematologia, e será acompanhado sem necessidade de quimioterapia no momento, pois a lesão foi ressecada completamente.

## DISCUSSÃO

A primeira descrição de linfoma MALT foi feita em 1983, por Isaacson e Wright<sup>5</sup>, por um linfoma oriundo da mucosa gastrointestinal. Desde então, diversos casos de linfoma foram descritos, tendo como sítios primários diferentes órgãos. É reconhecido por ser uma neoplasia linfoide de baixo grau, que infiltra a zona marginal de folículos de células B reativas. Seu sítio primário mais comum é o estômago, mas também pode ser originado no pulmão, glândulas salivares e tireoide<sup>3,4</sup>.

A patogênese do linfoma extranodal ainda não é definida, mas acredita-se que exista relação com estimulação imunológica crônica ou doença autoimune<sup>6</sup>. Grande parte dos pacientes acometidos é

assintomática. Sua apresentação clínica muda conforme o tecido acometido<sup>1,3,4</sup>. Nos linfomas primários de pulmão, calcula-se que aproximadamente 36% dos pacientes sejam assintomáticos no momento do diagnóstico<sup>1</sup>. Quando presentes, os sintomas são inespecíficos, como tosse, dispneia e até hemoptise. Sintomas B são incomuns<sup>3</sup>.

O diagnóstico é baseado em exames de imagem, com visualização tomográfica incidental de nódulos, opacidades em vidro fosco, massas e lesões de árvore em brotamento<sup>1,3,4</sup>. O PET-CT é um exame polêmico nesse tipo de tumor, com diversas discussões a respeito. É positivo em somente 67% dos linfomas extranodais, apesar de ser largamente utilizado. Seu uso depende também da localização do tumor primário<sup>3,6,7</sup>.

O diagnóstico histológico pode ser obtido por método minimamente invasivo, como broncoscopia e biópsia percutânea, porém muitos relatos de caso da literatura mostram a necessidade de biópsia a céu aberto em um segundo tempo, pela dificuldade de definição diagnóstica com a pequena quantidade de material obtida na primeira biópsia<sup>3,8</sup>. É descrito que o linfoma MALT primário de pulmão apresenta taxas de sobrevida em cinco anos em torno de 90%, mas o achado de lesões extrapulmonares e linfonodomegalia mediastinal são associados a pior prognóstico<sup>9</sup>.

Assim, o linfoma pulmonar mostra-se um desafio diagnóstico, pelos poucos sintomas apresentados, crescimento lento e dificuldade em definição diagnóstica sem ajuda da análise imuno-histoquímica. Tivemos essa dúvida durante a investigação diagnóstica do paciente em questão, pois qualquer nódulo ou massa pulmonar num paciente sexagenário e tabagista tem como sua primeira hipótese carcinoma de pulmão.

O paciente foi estadiado e investigado com base em tal hipótese, e submetido à cirurgia tão logo tivemos a informação de que sua biópsia broncoscópica havia sido negativa para neoplasia.

A bilobectomia foi realizada com sucesso e o paciente está em seguimento ambulatorial. A equipe da Oncologia acredita que o tratamento conservador será a melhor alternativa terapêutica no

momento, sem quimioterapia.

Concluimos que o linfoma MALT é uma neoplasia primária de pulmão rara, e com bom prognóstico se não for acompanhada de linfonodomegalia e lesões à distância. O paciente em questão era assintomático, o que dificulta a abordagem diagnóstica clínica. Diversos exames foram realizados e o diagnóstico foi estabelecido somente após biópsia a céu aberto, que foi também o tratamento definitivo. Pela boa evolução e tipo histológico encontrado, o paciente tem bom prognóstico e segue em acompanhamento ambulatorial.

## REFERÊNCIAS

1. Nahorecki A, Chabowski M, Straszak E, Teplicki A, Szuba A, Langfort R, et al. Primary pulmonary MALT lymphoma - case report and literature overview. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016;20(10):2065-9.
2. Arai H, Tajiri M, Kaneko S, Kushida Y, Ando K, Tachibana T, et al. Two surgical cases of thymic MALT lymphoma associated with multiple lung cysts: possible association with Sjögren's syndrome. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2016 Apr 29. [Epub ahead of print].
3. Li H, Wang T, Wei X, Dang X. Marginal zone B-cell lymphoma of the pulmonary mucosa-associated lymphoid tissue: a case report. *Oncol Lett*. 2015;10(3):1731-4.
4. Harris NL, Jaffe ES, Stein H, Banks PM, Chan JK, Cleary ML, et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood*. 1994;84(5):1361-92.
5. Isaacson P, Wright DH. Malignant lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. A distinctive type of B-cell lymphoma. *Cancer*. 1983;52(8):1410-6.
6. Muñoz-Largacha JA, O'Hara CJ, Sloan JM, Fernando HC, Litle VR. Surgical management of pulmonary mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma associated with light-chain deposition disease. *Ann Thorac Surg*. 2016;101(6):e207-10.
7. Elstrom R, Guan L, Baker G, Nakhoda K, Vergilio JA, Zhuang H, et al. Utility of FDG-PET scanning in lymphoma by WHO classification. *Blood*. 2003;101:3875-6.

8. Oh SY, Kim WS, Kim JS, Kim SJ, Kwon HC, Lee DH, et al. Pulmonary marginal zone B-cell lymphoma of MALT type-- what is a prognostic factor and which is the optimal treatment, operation, or chemotherapy?: Consortium for Improving Survival of Lymphoma (CISL) study. Ann Hematol. 2010;89(6):563-8.
9. Ahmed S, Kussick SJ, Siddiqui AK, Bhuiya TA, Khan A, Sarewitz S, et al. Bronchial-associated lymphoid tissue lymphoma: a clinical study of a rare disease. Eur J Cancer. 2004;40(9):1320-6.

**Endereço para correspondência:**

André Miotto

E-mail: [miottomd@gmail.com](mailto:miottomd@gmail.com) /  
[miotto72@yahoo.com.br](mailto:miotto72@yahoo.com.br)

## **CISTO EPIDERMOIDE DE BAÇO. EPIDERMOID SPLENIC CYST.**

Luciano Delgado de Olival, ACBC-DF<sup>1</sup>; Bruno Moreira Ottani, TCBC-DF<sup>1</sup>; André Luís Conde Watanabe, TCBC-DF<sup>2</sup>; Rafael Quaresma de Lima<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

Cistos esplênicos são classificados como cistos verdadeiros ou pseudocistos. A primeira apresentação é mais rara e a segunda é, na maioria das vezes, pós-traumática. Os sintomas costumam ser inespecíficos e o tratamento geralmente é a ressecção esplênica por via laparoscópica ou por laparotomia. Apresentamos um caso de uma paciente do sexo feminino com volumoso cisto esplênico com sintomas compressivos gástricos e dor importante no quadrante superior esquerdo.

**Descritores:** Cisto Epidermoide. Baço. Sintomas Locais. Sinais e Sintomas Digestórios.

### **ABSTRACT**

Splenic cysts are generally considered as either true cysts or pseudocysts. The true cysts are rare while the pseudocysts are more common and in most cases post-traumatic. The symptoms are nonspecific and treatment is usually splenic resection by laparoscopy or laparotomy. We present a case report of a female patient with a big splenic cyst with compressive gastric symptoms and important pain in the left upper abdominal quadrant.

**Keywords:** Epidermal Cysts. Spleen. Local Symptom. Signs and Symptoms, Digestive.

## **INTRODUÇÃO**

A doença esplênica cística não é frequentemente encontrada na prática cirúrgica. Normalmente é classificada em cisto parasitário e não parasitário, sendo o primeiro grupo mais comum. Os cistos não parasitários são subdivididos em pseudocistos (não revestidos por epitélio), mais frequentes e principalmente de origem traumática, e cistos verdadeiros (contêm revestimento epitelial). Os cistos verdadeiros de baço são raros, sendo o subtipo epidermoide bastante incomum<sup>1</sup>.

## **RELATO DE CASO**

Paciente do sexo feminino, 21 anos de idade, solteira, secretária, natural de Nazarezinho-PB, residente e procedente de Brasília, tinha como queixa “dor na barriga há quatro meses”. A dor era em região epigástrica, intermitente, em aperto, acentuava-se com a alimentação, eventualmente irradiava-se para hipocôndrio esquerdo, sem fatores de melhora. Houve piora clínica nos últimos 15 dias. Associado ao quadro, estimava perda ponderal de 6kg neste período. Antecedentes epidemiológicos, familiar e patológico sem fatores relevantes. Ao exame apresentava um abdome doloroso à palpação do hipocôndrio esquerdo e epigastro. A endoscopia digestiva alta

evidenciou mucosa gástrica de aspecto normal com abaulamento extrínseco da parede do corpo e fundo gástrico. A Tomografia Computadorizada de abdome demonstrou formação multicística regular do baço medindo 10,9x9,1x8,0 cm (Figura 1). A paciente foi, então, submetida à esplenectomia por laparotomia (Figura 2). Evoluiu com melhora clínica, sem intercorrências, recebendo alta no segundo dia de pós-operatório. Resultado histopatológico revelou tratar-se de cisto epidermoide do baço.



Figura 1. Tomografia Computadorizada de abdome com contraste evidenciando lesão esplênica volumosa causando compressão extrínseca na parede gástrica.

<sup>1</sup>. Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; <sup>2</sup>. Serviço de Aparelho Digestivo, Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, DF, Brasil.

## DISCUSSÃO

Os cistos esplênicos são extremamente incomuns. Andral, em 1829, descreveu o primeiro caso de cisto dermoide de baço encontrado em autópsia<sup>2</sup>. Fowler, em 1953, relatou uma série de 256 casos de cistos esplênicos não parasitários<sup>3</sup>. Robbins *et al.* reportaram uma série de 42.327 autópsias realizadas em 28 anos com achado de 32 casos de cisto esplênico<sup>4</sup>. Desde então, muitos casos isolados de cistos esplênicos não parasitários vêm sendo relatados na literatura mundial.



Figura 2. Peça cirúrgica retirada demonstrando baço contendo grande cisto epidermoide.

Dor é o sintoma mais comum. Normalmente, é descrita como uma sensação de peso e desconforto mais comumente no quadrante superior esquerdo do abdome. Sintomas como anorexia, náusea, vômitos, diarreia, constipação, perda de peso ou outras disfunções intestinais podem estar presentes, mas não são comuns. Elas normalmente estão relacionadas com o posicionamento do cisto e, conseqüentemente, com sua relação com o estômago e/ou o ângulo esplênico do cólon. Sintomas urinários são menos frequentes e podem ter relação com a compressão extrínseca do rim esquerdo e do sistema pielocalicial ipsilateral. Dispneia e infecções pulmonares recorrentes também podem estar presentes dependendo do grau de compressão diafragmática do cisto.

O exame físico costuma ser normal visto que a tendência de crescimento do cisto geralmente é em direção mediana, portanto sendo pouco provável a palpação de tumores abdominais. Eventualmente, pode-se notar diminuição do murmúrio vesicular à esquerda conseqüente ao contato do cisto com o diafragma. Exames laboratoriais encontram-se normais na maioria das vezes<sup>5</sup>.

O diagnóstico pode ser realizado com simples ecografia de abdome quando se suspeita de possível tumor esplênico ou, como foi no caso apresentado, como achado em investigação de síndrome dispéptica através de Endoscopia Digestiva Alta que evidenciou abaulamento extrínseco de parede gástrica, confirmado por Tomografia Computadorizada, exame de alta acurácia para o diagnóstico.

O tratamento, quando sintomático, é cirúrgico através de esplenectomia total e, dependendo do caso, parcial. Feito de forma eletiva, o procedimento apresenta poucas complicações sendo as mais comuns a dor e plaquetose.

## REFERÊNCIAS

1. Maskey P, Rupakheti S, Regmi R, Adhikary S, Agrawal CS. Splenic epidermoid cyst. Kathmandu Univ Med J. 2007;52):250-2.
2. Andral G. *Precis d'anatomie pathologique*. Paris:Gabon; 1829.
3. Fowler RH. Nonparasitic benign cystic tumors of the spleen. *Int Abstr Surg*. 1953;96(3):209-27.
4. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, Craig JR, Turrill FL, Mikkelsen WP. Splenic epidermoid cysts. *Ann Surg*. 1978;187(3):231-5.
5. Qureshi MA, Hafner CD. Clinical manifestations of splenic cysts: study of 75 cases. *Am Surg*. 1965;31:605.

### Endereço para correspondência

Luciano Delgado de Olival

E-mail: [ludeolival@yahoo.com.br](mailto:ludeolival@yahoo.com.br)

## AMPLIAÇÃO FARMACOLÓGICA PRÉ-OPERATÓRIA DO ABDOME COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A.

### PREOPERATIVE PHARMACOLOGICAL ABDOMINAL EXPANSION WITH BOTULINUM TOXIN TYPE A.

Renato Miranda de Melo, TCBC-GO<sup>1,2</sup>; Rafael Naves Tomás<sup>3</sup>; Félix André Sanches Penhavel, TCBC-GO<sup>4</sup>; Lorena Silva Ribeiro<sup>5</sup>; Paula Danielli da Silva Souza<sup>5</sup>.

#### RESUMO

A correção de grandes hérnias sem a expansão da cavidade abdominal pré-operatória predispõe a síndrome do compartimento abdominal. O presente relato de caso demonstra uma alternativa promissora para a expansão da cavidade abdominal através da injeção de toxina botulínica tipo A (BTA) intramuscular.

**Descritores:** Hérnia Abdominal. Toxinas Botulínicas Tipo A. Hipertensão Intra-Abdominal.

#### ABSTRACT

The repair of large hernias without pre-operative enlargement of the primitive cavity predisposes to abdominal compartment syndrome. We present a promising alternative/complimentary tool for abdominal expansion via intramuscular botulinum toxin type A (BTA) injection.

**Keywords:** Hernia, Abdominal. Botulinum Toxins, Type A. Intra-Abdominal Hypertension.

## INTRODUÇÃO

Nas hérnias volumosas, grande parte do conteúdo abdominal pode se alojar no saco herniário, causando queda na pressão intra-abdominal (PIA), hipotonia progressiva do diafragma e restrição ventilatória. A devolução do conteúdo herniado, sem o devido preparo do paciente pode provocar hipertensão abdominal, insuficiência respiratória e isquemia esplâncnica (síndrome do compartimento abdominal), com mortalidade elevada. Para evitá-la, deve-se ampliar o volume da cavidade abdominal, previamente, para acolher o conteúdo herniado, sem hipertensão. Uma alternativa promissora é o uso da toxina botulínica tipo A (TBA)<sup>1</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, com histórico de herniorrafia epigástrica há 16 anos. Hipertensa, diabética e obesa (IMC: 32,42). O abdome era globoso, com cicatriz mediana supra-umbilical. A tomografia mostrou defeito epigástrico de 8,0cm e grande saco herniário, ocupado por alças intestinais (volume da cavidade abdominal de 4380cm<sup>3</sup>).

Em sessão única ambulatorial, foram infiltradas 500UI de TBA (Dysport®, Ipsen, UK), diluídas para 20ml em solução salina 0,9%, nos músculos oblíquos do abdome, distribuídas em cinco pontos de 50UI cada, de ambos os lados: dois na linha axilar média, entre o rebordo costal e a crista ilíaca, e três intercalados 2,5cm medialmente (Figuras 1 e 2). Acompanhamento semanal sem queixas ou intercorrências. Tomografia do abdome, realizada seis semanas depois, revelou volume abdominal 25% maior (5504cm<sup>3</sup>) e anel herniário inalterado (Figuras 3 e 4).



Figura 1. Marcação dos locais que serão aplicadas as injeções.

1. Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (FM-UFG), Goiânia, GO, Brasil; 2. Departamento de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, GO, Brasil; 3. Departamento de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, GO, Brasil; 4. Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (FM-UFG), Goiânia, GO, Brasil; 5. Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, GO, Brasil.



Figura 2. Aplicação do TBA no músculo oblíquo.



Figura 3. TC de abdome antes da injeção de TBA intramuscular (volume: 4380 ml).

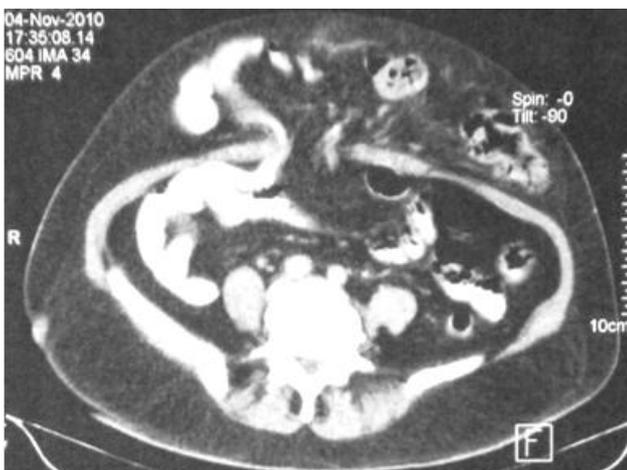


Figura 4. TC de abdome após a injeção de TBA intramuscular (volume: 5504ml).

O conteúdo herniado (jejuno-íleo, cólon direito e omento) foi reduzido facilmente e o defeito reparado com tela de polipropileno intraperitoneal. Necessitou de ventilação mecânica no segundo e terceiro dias de pós-operatórios (fadiga muscular) com alta no quinto dia. Após seis meses, a

paciente encontrava-se assintomática, com TC mostrando parede ventral reconstituída e tela bem posicionada.

## DISCUSSÃO

As hérnias com perda de domicílio dificilmente podem ser corrigidas se a cavidade abdominal não for previamente expandida, para receber de volta o conteúdo herniado. O encurtamento e a fibrose da musculatura lateral (oblíquos) concorrem para a restrição da cavidade abdominal nesses casos<sup>2</sup>.

O pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPP) é uma das técnicas mais difundidas, que amplia a cavidade abdominal, fortalece o diafragma e promove adesiólise. Entretanto, é um procedimento invasivo, sujeito a infecções, exige sessões repetidas (frequentemente mal toleradas) e internação hospitalar, com custos elevados<sup>3</sup>.

A TBA é uma neurotoxina produzida pelo *Clostridium botulinum*, que inibe a liberação de acetilcolina na placa motora, bloqueando a contração muscular. O efeito inicia-se de dois a cinco dias, atinge seu pico máximo em seis semanas, persistindo por até seis meses<sup>4</sup>. Experimentalmente, essa substância mostrou-se eficaz na musculatura abdominal, com ampliação do continente e diminuição secundária da PIA, favorecendo o fechamento parietal sem tensão, mediante reaproximação e sutura das bordas<sup>5,6</sup>. Sua aplicação em 12 pacientes permitiu o fechamento de grandes defeitos parietais, primariamente ou associado à técnica de separação de componentes da parede, sem provocar hipertensão ou síndrome compartimental abdominal<sup>1</sup>. Mais recentemente, essa casuística foi estendida para o tratamento de pacientes com hérnia inguinoescrotal bilateral e nas diafragmáticas<sup>7,8</sup>.

No presente caso, a aplicação da TBA ocorreu em sessão única ambulatorial e a paciente não apresentou efeitos adversos à substância. Ela aumentou suficientemente a cavidade abdominal (25%), facilitando a redução do conteúdo herniado sem elevar a PIA. Entretanto, não propiciou reverter a hipotonia diafragmática, culminando no episódio de insuficiência respiratória no pós-operatório imediato. Esse fato justifica a necessidade imperiosa de fisioterapia nesses pacientes.

A expansão farmacológica da cavidade abdominal com a TBA foi efetiva, pois possibilitou tratar adequadamente a hérnia com perda de domicílio. Novos estudos são necessários para consolidá-la e elucidar as alterações ventilatórias associadas ao desempenho diafragmático.

## REFERÊNCIAS

- 1) Ibarra-Hurtado TR, Nuño-Guzmán CM, Echeagaray-Herrera JE, Robles-Vélez E, de Jesus González-Jaime J. Use of botulinum toxin type A before abdominal wall hernia reconstruction. *World J Surg.* 2009;33(12):2553-6.
- 2) DuBay DA, Choi W, Urbanek MG, Wang X, Adamson B, Dennis RG, et al. Incisional herniation induces decreased abdominal wall compliance via oblique muscle atrophy and fibrosis. *Ann Surg.* 2007;245(1):140-6.
- 3) Tanaka EY, Yoo JH, Rodrigues AJ Jr, Utiyama EM, Birolini D, Rasslan S. A computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. *Hernia.* 2010;14(1):63-9.
- 4) Colhado OCG, Boeing M, Ortega LB. Toxina botulínica no tratamento da dor. *Rev Bras Anestesiol.* 2009;59(3):366-81.
- 5) Çakmak M, Caglayan F, Somuncu S, Leventoglu A, Ulusoy S, Akman H, et al. Effect of paralysis of the abdominal wall muscles by botulinum A toxin to intraabdominal pressure: an experimental study. *J Pediatr Surg.* 2006;41(4):821-5.
- 6) Rodríguez-Ruiz G, Cruz-Zárata A, Oña-Ortiz FM, García-Arrona LR, Sánchez-Valle AA, Chávez-Villanueva UJ, et al. Separación de componentes química (toxina botulínica tipo A) en la reparación de hernia ventral planeada: un modelo murino. *Rev Hispanoam Hernia.* 2015;3(4):139-46.
- 7) Ibarra-Hurtado TR, Negrete-Ramos GI, Preciado-Hernández F, Nuño-Guzmán CM, Tapia-Alcalá E, Bravo-Cuellar L. Toxina botulínica A como adyuvante en hernia inguinoescrotal bilateral con pérdida de domicílio. Informe del primer caso y revisión bibliográfica. *Rev Hispanoam Hernia.* 2014;2(4):139-44.
- 8) Barber-Millet S, Carreño-Saenz O, Burgueño MJ, Carbonell-Tatay F. Empleo de toxina botulínica en pared abdominal como tratamiento prévio a la reparación quirúrgica de una hernia de Morgani gigante. *Rev Hispanoam Hernia.* 2015;3(2):65-9.

### Endereço para correspondência:

Renato Miranda de Melo

E-mail: [dr.renatomelo@gmail.com](mailto:dr.renatomelo@gmail.com)

## **HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA EM ADULTO. CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA IN ADULT.**

Fernanda Lemgruber da Silva Tavares, AsCBC-ES<sup>1</sup>; Marina Barbosa Tavares<sup>1</sup>; Milla de Carvalho Pimentel<sup>1</sup>; Iza Franklin Roza Machado<sup>1</sup>; Edson Ricardo Loureiro, ACBC-ES<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

Hérnia de Bochdalek (HB) é uma hérnia diafragmática congênita que ocorre geralmente à esquerda, é extremamente rara em adultos e 25% dos casos são assintomáticos. Este é um relato de caso de um paciente do sexo masculino de 50 anos de idade, assintomático, com o achado tardio de HB à direita. O diagnóstico foi feito com base em achados incidentais de anomalias na radiografia de tórax e a investigação foi complementada com exames de tomografia computadorizada do tórax. Grande parte do conteúdo da hérnia foi reduzido por laparoscopia, entretanto, conversão cirúrgica foi necessária. Este estudo de caso enfatiza uma apresentação atípica de Hérnia de Bochdalek em adultos.

**Descritores:** Hérnia. Hérnia Diafragmática. Hérnias Diafragmáticas Congênicas.

### **ABSTRACT**

Bochdalek's Hernia (BH) is a congenital diaphragmatic hernia that usually occurs on the left side, is extremely rare in adults and 25% of cases are asymptomatic. This is a case report of a 50-year-old asymptomatic male patient with late finding of right-sided BH. The diagnosis was made based on incidental abnormalities found on the chest radiography and was complemented with computed tomography scans of the chest. Much of the hernia content was reduced laparoscopically, but the surgical conversion was necessary. This case study emphasizes an atypical presentation of Bochdalek Hernia in adults.

**Keywords:** Hernia. Hernia, Diaphragmatic. Hernias, Diaphragmatic, Congenital.

## **INTRODUÇÃO**

A Hérnia de Bochdalek é uma hérnia diafragmática congênita causada por um defeito no forame diafragmático pósterolateral, que resulta no deslocamento de vísceras abdominais para a cavidade torácica<sup>1</sup>. Sua incidência é estimada em um caso em cada 2200-12.500 nascidos vivos, raramente encontrada em adultos e em 80-90% dos casos ocorre à esquerda<sup>1,2</sup>.

O objetivo do presente estudo é relatar o caso de apresentação tardia da Hérnia de Bochdalek à direita em adulto de meia idade assintomático.

## **RELATO DE CASO**

V.B.L., masculino, 50 anos, pedreiro, assintomático, hígido, sem comorbidades, cirurgias e traumas prévios. Ao exame físico apresentava murmúrio vesicular fisiológico em hemitórax esquerdo e ápice direito, com crepitações em base pulmonar direita.

A radiografia de tórax detectou uma opacificação heterogênea da base do hemitórax direito com obliteração de recessos frênicos ipsilaterais (Figura 1). Na

tomografia computadorizada visualizou-se volumosa hérnia diafragmática direita com descontinuidade da porção posterior da hemicúpula diafragmática e migração intratorácica de alças de intestino delgado, cólons ascendente e transversos, terços médio e superior do rim, suprarenal, vasos e gordura do mesentério, além do deslocamento de duodeno e pâncreas junto à base da hérnia (Figura 2). O conteúdo herniário atingia o terço superior do hemitórax direito. Havia acentuadas atelectasias nos lobos médio e inferior do pulmão direito.

Como medida terapêutica, optou-se pela redução videolaparoscópica do conteúdo herniário, entretanto, devido à grande aderência do cólon e perfuração de delgado, foi necessária a conversão cirúrgica. À laparotomia, destacou-se o aumento exacerbado do calibre dos vasos mesentéricos. Após a redução total, realizou-se sutura da hérnia diafragmática com fio Prolene 0.0, colocação da tela de propileno e drenagem de tórax.



Figura 1. Radiografia de tórax: opacidade heterogênea em hemitórax direito com imagens hiperclaras arredondadas e obliteração dos recessos frênicos ipsilaterais, compatível com hérnia diafragmática.

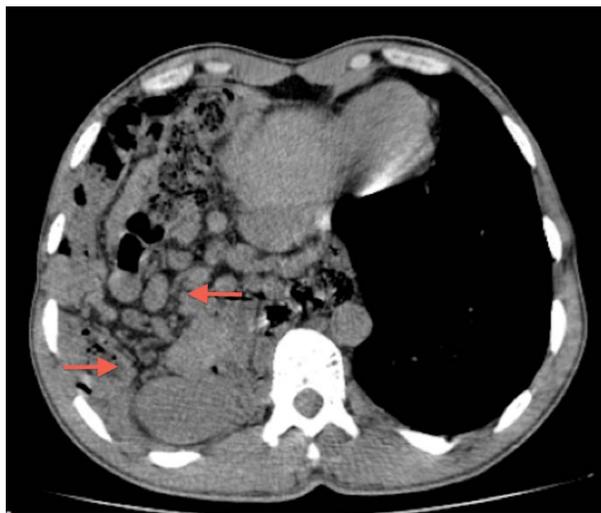


Figura 2. Tomografia computadorizada não contrastada: corte axial no nível do tórax. Setas evidenciam alças intestinais intratorácicas.

## DISCUSSÃO

A Hérnia de Bochdalek é rara em adultos e corresponde a 0,17-6% de todas as hérnias diafragmáticas. É predominante em mulheres e à esquerda<sup>1</sup>, sendo neste caso, reportado à direita e em homem. Quando localizadas à direita, geralmente,

contém fígado, intestino delgado e cólon e, mais raramente, vesícula biliar e rim<sup>3</sup>. Condizente com a literatura, o paciente do caso apresentado tinha como conteúdo do saco herniário intestinos delgado e cólon, e, diferentemente do que é usualmente encontrado, a glândula suprarrenal estava presente.

O diagnóstico da Hérnia de Bochdalek nos adultos é difícil, pois 25% deles são assintomáticos, portanto, há subdiagnóstico<sup>4</sup>. O paciente em questão foi diagnosticado de forma incidental por radiografia simples de tórax, que é a opção propedêutica mais acessível para avaliar o diafragma e cavidade torácica<sup>4</sup>.

Até o ano de 2012, somente três casos de reparo laparoscópico da Hérnia de Bochdalek em adultos foram relatados<sup>1</sup>. O tratamento inclui redução de seu conteúdo para a cavidade peritoneal e reparo do defeito diafragmático, atualmente usando-se de técnicas minimamente invasivas, com baixas taxas de complicações quando por via laparoscópica<sup>2</sup>. Apesar da conversão cirúrgica, o paciente apresentou evolução satisfatória no pós-operatório imediato e tardio.

A raridade desta doença em adultos, juntamente com seus sintomas inespecíficos ou até mesmo a ausência deles, pode levar, muitas vezes, a um diagnóstico incorreto. A suspeita é extremamente importante a fim de fazer diagnóstico e tratamento precoces, que são essenciais para evitar a ocorrência de complicações sérias<sup>4</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Sutedja B, Muliani Y. Laparoscopic repair of Bochdalek hernia in an adult woman. *Asian J Endosc Surg*. 2015;8(3):354-6.
2. Yagmur Y, Yiğit E, Babur M, Gumuş S. Bochdalek hernia: a rare case report of adult age. *Ann Med Surg (London)*. 2015;5:72-5.
3. Vieira LH, DelCastanhel C, Tristão LJ, Guimarães A, Ribas CS. Hérnia diafragmática congênita simulando derrame pleural: relato de caso. *Rev Bras Clin Med (São Paulo)*. 2013;11(1):94-6.
4. Zhou Y, Du H, Che G. Giant congenital diaphragmatic hernia in an adult. *J Cardiothorac Surg*. 2014;9:31.

**Endereço para correspondência:**  
Fernanda Lemgruber da Silva Tavares

E-mail: [nanda\\_lst@hotmail.com](mailto:nanda_lst@hotmail.com) /  
[millacp@yahoo.com.br](mailto:millacp@yahoo.com.br)

## CRÍPTOCOCOSE PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE. PULMONARY CRYPTOCOCCOSIS IN AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT.

Paula dos Santos Marsico Pereira da Silva, ACBC-RJ<sup>1</sup>; Giovanni Antonio Marsico, TCBC-RJ<sup>2</sup>; João Marine<sup>3</sup>; Gustavo Lucas Loureiro<sup>2</sup>; André Luiz de Almeida<sup>2</sup>; Evandro de Toledo-Piza<sup>4</sup>.

### RESUMO

Apresenta-se um relato de um paciente imunocompetente com criptococose pulmonar isolado, sem sintomas respiratórios e com presença de massa pulmonar na radiografia de tórax sugestiva de câncer de pulmão. O paciente não apresentava comorbidades. A criptococose é uma infecção pouco diagnosticada e o seu manejo clínico não está bem definido, pois o tratamento em imunocompetentes é controverso. O presente caso demonstra uma apresentação pouco frequente de criptococose pulmonar.

**Descritores:** Pneumopatias Fúngicas. Criptococose. Imunocompetência.

### ABSTRACT

We report a case of isolated pulmonary *cryptococcosis* in the immunocompetent host, without presenting respiratory symptoms and a lung mass on the chest X-ray suggestive of lung cancer. The patient had no concomitant diseases. Pulmonary *cryptococcosis* is an infrequently diagnosed infection and the management of which is not well defined. The treatment of pulmonary cryptococcosis in immunocompetent hosts is controversial. The current case illustrates an unusual presentation of pulmonary *cryptococcosis*.

**Keywords:** Lung Diseases, Fungal. Cryptococcosis. Immunocompetence.

## INTRODUÇÃO

A criptococose pulmonar é uma micose sistêmica oportunista. A principal fonte de contaminação em humanos são as fezes de pombos. A infecção ocorre no ambiente pela inalação do fungo aerolizado sob a forma de leveduras com menos de 2µm de diâmetro. É considerado um parasita natural localizado na mucosa do papo dos pombos, porém, sem causar doença no hospedeiro. Existem duas variantes de *Cryptococcus neoformans*. A variante *neoformans* é a mais prevalente e, a *gattii*. A variante *gattii* pode ser encontrada, também, em restos de vegetais de árvores tropicais, principalmente, no norte e nordeste do Brasil, consideradas áreas endêmicas. As manifestações da doença podem ocorrer anos após a saída do indivíduo dessas regiões<sup>1</sup>.

O *Cryptococcus* comporta-se como agente oportunista associado à deficiência da imunidade celular, principalmente, pelo uso prolongado de corticoides em pacientes com HIV, diabetes, neoplasias, doença de Hodgkin, lúpus eritematoso sistêmico, doenças linfoproliferativas, nos transplan-

tados, e durante quimioterapia. A colonização pulmonar pode ser assintomática ou evoluir com o comprometimento das meninges e a disseminação da doença<sup>2,3</sup>.

Nos indivíduos imunocompetentes, a criptococose pulmonar é rara e o conhecimento sobre a evolução natural e o tratamento ainda são limitados.

## RELATO DO CASO

Homem negro, 59 anos, natural do Rio de Janeiro, interna para correção de hérnia inguinal no Hospital Federal do Andaraí, RJ. Ao realizar os exames pré-operatórios, evidenciou-se na radiografia e na tomografia computadorizada de tórax, massa pulmonar com cerca de 5cm de diâmetro, bordos nítidos e regulares, localizada no lobo inferior do pulmão direito (Figuras 1, 2 e 3). Negava doenças anteriores, tabagismo e contato com animais. A broncofibroscopia foi considerada normal. A pesquisa no broncoaspirado de células neoplásicas, de bacilo álcool-ácido resistente e fungos foram negativas. Com a suspeita de

<sup>1</sup>. Serviço de Cirurgia Torácica, Instituto de Doenças do Tórax, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil; <sup>2</sup>. Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; <sup>3</sup>. Serviço de Pneumologia, Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; <sup>4</sup>. Serviço de Patologia, Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

neoplasia maligna, foi indicada toracotomia. No lobo inferior direito foi encontrada massa endurecida sem aderências à pleura parietal (Figura 4). Como o exame de congelação realizado foi inconclusivo, a opção foi a lobectomia inferior. O diagnóstico definitivo foi *Cryptococcus neoformans* (Figura 5). O paciente evoluiu bem, obtendo alta no sétimo dia de pós-operatório. Os testes anti-HIV e a sorologia específica foram negativos. O paciente foi tratado durante seis meses com Itraconazol com resolução total do quadro.



Figura 1. Massa no lobo inferior do pulmão direito, com bordos nítidos e regulares.

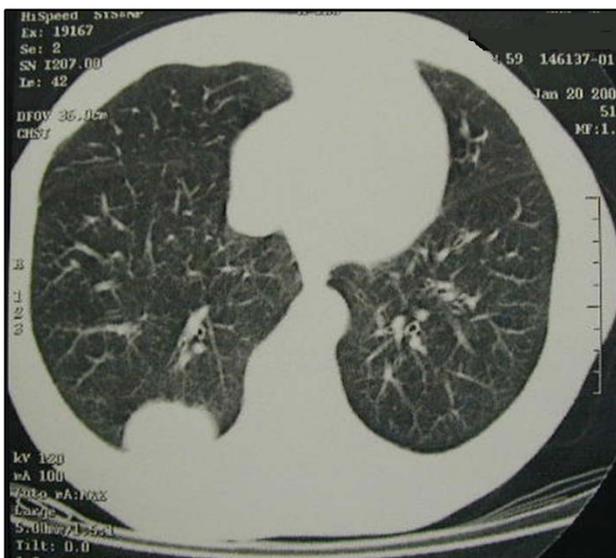


Figura 2. Tomografia computadorizada de tórax com janela para parênquima pulmonar mostra massa homogênea em lobo inferior direito.

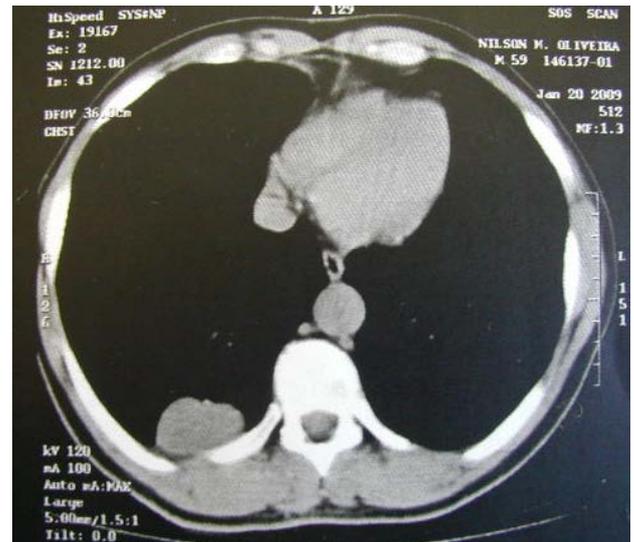


Figura 3. Tomografia computadorizada de tórax com janela para mediastino.



Figura 4. Lobo inferior direito com a massa tumoral seccionada.

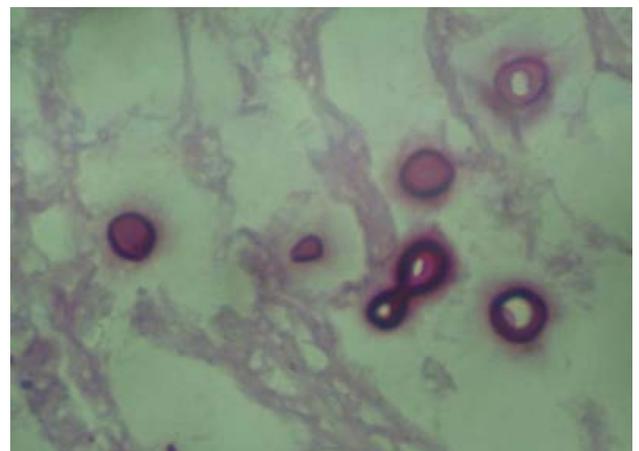


Figura 5. O exame microscópico do tecido pulmonar demonstrou a presença de *Cryptococcus* (hematoxilina-eosina).

## DISCUSSÃO

A criptococose pulmonar isolada raramente é diagnosticada em indivíduos imunocompetentes. Incide igualmente em ambos os sexos, com média etária de 40 anos. A principal porta de entrada do fungo é o pulmão. Geralmente, a infecção evolui de forma assintomática causada pela inalação de leveduras desidratadas durante a infância. Nos alvéolos, a reação local forma o foco primário, que limita a infecção. As leveduras permanecem latentes, podem perecer ou, em estado de imunossupressão, serem reativadas. Ao se desenvolverem no interior dos alvéolos, podem formar massa encapsulada resistente à ação fagocitária dos neutrófilos. Porém, a inalação de grande quantidade de propágulos é capaz de causar a doença, tanto nos imunodeprimidos como nos imunocompetentes<sup>3,4</sup>.

Em cerca de 90% dos pacientes com criptococose pulmonar isolada, sob a forma de nódulo ou massa, a infecção é assintomática, raramente, ocorre quadro de pneumonia grave. O *Cryptococcus neoformans* têm predileção pelo sistema nervoso central. O estudo do líquor deve ser realizado na suspeita de acometimento do sistema nervoso central ou na forma pulmonar assintomática com sorologia positiva<sup>2,4</sup>.

Na criptococose pulmonar não existe padrão radiológico característico. A diferenciação com câncer de pulmão, tuberculose ou pneumonia podem induzir a erros diagnósticos. Os achados pulmonares mais frequentes são os nódulos, presentes em 70% dos casos, principalmente nos imunodeprimidos. Geralmente, são subpleurais, únicos ou múltiplos, podem sofrer cavitação, variando o diâmetro de 0,5-3 cm. Os lobos pulmonares inferiores são os mais acometidos. São também encontradas, massas subpleurais e consolidações com broncograma aéreo. Outras formas menos frequentes são derrame pleural e linfadenopatia hilar com opacidade reticulonodular difusa, além de lesões endobrônquicas. A diferenciação com o câncer de pulmão frequentemente é necessária, principalmente com as massas pulmonares. Embora raros, foram descritos casos de consolidação do lobo superior semelhantes à síndrome de Pancoast<sup>1,4,5</sup>.

O diagnóstico de criptococose é realizado pela identificação do fungo no escarro, lavado broncoalveolar, líquor e

fragmentos de tecidos. Entretanto, nos indivíduos imunocompetentes, a ausência de sintomas e de doença pulmonar extensa, a positividade do exame direto e/ou cultura da secreção respiratória, pode representar somente colonização. Porém, a identificação no tecido pulmonar confirma definitivamente a infecção<sup>1,4</sup>.

O exame direto com tinta da china (nanquim) identifica o fungo com a sua capsula espessa. É método simples, rápido e de baixo custo. Os testes sorológicos, para detecção do antígeno no soro e no líquor, possuem especificidade e sensibilidade de 90%. Sorologia positiva está associada à disseminação sistêmica, portanto, com maior risco de migração do fungo para o sistema nervoso central, mesmo nos pacientes imunocompetentes. Com técnicas histoquímicas básicas e a coloração pela prata identifica-se a cápsula, os halos claros perinucleares circundantes ao *criptococcus* e a existência de brotamentos. A coloração de mucicarmim de Mayer é usada quando não são observadas as características habituais do fungo. Nos microrganismos sem cápsula, a coloração de Fontana-Masson identifica a melanina presente na parede celular<sup>1,4</sup>.

Alguns autores consideram que os pacientes imunocompetentes, com criptococose pulmonar isolada, assintomáticos e sorologia negativa, inicialmente devem ser observados, pois a resolução poderá ser espontânea. O estudo do líquor é realizado quando houver comprometimento neurológico ou evidência clínico-laboratorial de disseminação da doença. Os antifúngicos são reservados para os pacientes com infecção sintomática e/ou sorologia positiva. Os hospedeiros imunocomprometidos apresentam maior risco de disseminação da criptococose pulmonar, embora, complicações, também, possam ocorrer nos imunocompetentes. Pelo fato de os antifúngicos atuais causarem menos toxicidade e efeitos colaterais, alguns autores defendem a terapêutica específica em todos os casos<sup>2-4</sup>.

A ressecção pulmonar é reservada para massas e nódulos que não responderam totalmente ao tratamento ou são indeterminados, na doença pulmonar extensa, em que o tratamento antifúngico foi ineficaz ou intolerável. A maioria dos autores considera que a ressecção

pulmonar é suficiente para o tratamento da doença, sem relato de recidivas<sup>2,4</sup>.

O nosso paciente foi submetido à toracotomia pela possibilidade de câncer de pulmão, era assintomático, sem história epidemiológica, imunocompetente e sorologia negativa. Mesmo assim, a opção foi o tratamento durante seis meses com itraconazol.

Embora a dose ideal de antifúngicos e a duração não estejam bem definidas, o fluconazol ou o itraconazol são prescritos por 6-12 meses nos imunocompetentes. Ao término do tratamento, geralmente, ocorre diminuição importante dos títulos séricos do antígeno. A anfotericina B é reservada para os casos de criptococose pulmonar isolada sem resposta ao fluconazol, nos quadros clínicos graves e na infecção do sistema nervoso central. Alguns trabalhos relatam que nas meningoencefalites ou em doença disseminada deve ser acrescida a 5-fluorocitosina. Esse esquema também é usado nos pacientes infectados pelo HIV sem granulocitopenia<sup>2-4</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa ATF, Colares FA, Gusmão ES, Barros AA, Cordeiro CG, Andrade MCT. Criptococose pulmonar isolada em paciente imunocompetente. *J Bras Pneumol.* 2006;32(5):476-80.
2. Nadrous HF, Antonios VS, Terrell CL, Ryu JH. Pulmonary cryptococcosis in nonimmunocompromised patients. *Chest.* 2003;124(6):2143-7.
3. Nuñez M, Peacock JE Jr, Chin R Jr. Pulmonary cryptococcosis in the immunocompetent host. Therapy with oral fluconazole: a report of four cases and a review of the literature. *Chest.* 2000;118(2):527-34.
4. Wu B, Liu H, Huang J, Zhang W, Zhang T. Pulmonary cryptococcosis in non-AIDS patients. *Clin Invest Med.* 2009;32(1):E70-7.
5. Naik-Mathuria B, Roman-Pavajeau J, Leleux TM, Wall JM. A 29-year-old immunocompetent man with meningitis and a large pulmonary mass. *Chest.* 2008;133(4):1030-3.

### Endereço para correspondência:

Paula dos Santos Marsico Pereira da Silva.

E-mail: [paulamarsico@hotmail.com](mailto:paulamarsico@hotmail.com)

## **MIGRAÇÃO INTRALUMINAL DE TELA APÓS HERNIORRAFIA INCISIONAL. INTRALUMINAL MESH MIGRATION FOLLOWING INCISIONAL HERNIA.**

Fernando Bray Beraldo; Saulo Rollemberg Garcez<sup>1</sup>; Denise Akerman<sup>1</sup>; Marcelo Protásio dos Santos<sup>1</sup>; Nagamassa Yamaguchi, ECBC-SP<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

Os autores descrevem uma paciente de 52 anos, sexo feminino, que evoluiu com a migração de tela intraluminal no cólon transverso, após uma correção de hérnia incisional. Migração de tela para víscera oca é uma manifestação clínica rara, com potenciais complicações graves.

**Descritores:** Hérnia Incisional. Migração de Corpo Estranho. Herniorrafia. Fístula do Sistema Digestório.

### **ABSTRACT**

The authors describe a 52 years old female that evolved with intraluminal mesh migration into transverse colon after a late incisional hernia repair. Mesh migration to hollow viscus is a rare clinical manifestation with potential severe complications

**Keywords:** Incisional Hernia. Foreign-Body Migration. Herniorraphy. Digestive System Fistula.

### **INTRODUÇÃO**

Hérnias incisionais ainda são complicações frequentes em cirurgias abdominais com acesso laparotômico. A incidência varia de 2% a 20%, apesar dos avanços no desenvolvimento de novas técnicas e materiais<sup>1</sup>. Habitualmente, utiliza-se prótese sintética com o objetivo de reduzir a tensão e reforçar o fechamento da falha da parede abdominal, com diminuição da incidência de recidiva de 31-54% para menos de 10%<sup>2</sup>.

Todavia, a utilização de prótese pode evoluir com complicações locais, tais como infecção de sítio operatório ou deslocamento da prótese<sup>2</sup>.

### **RELATO DE CASO**

Paciente do sexo feminino, branca, 52 anos de idade, sem comorbidades prévias, há 20 anos foi submetida a reparo de hérnia incisional com tela de polipropileno de alta gramatura, com fixação supra-aponeurótica (onlay). A cirurgia prévia realizada foi uma necrosectomia pancreática com incisão de Chevron. Evoluiu com fistula estercoreácea colcutânea, diagnosticada por meio de fistulografia e tomografia computadorizada de abdome (Figura 1), que sugeria solução de continuidade e trajeto fistuloso entre o cólon transverso e a pele. A colonoscopia (Figura 2) confirmou o achado ao identificar

a tela de polipropileno extruída para a luz do cólon transverso.

Em laparotomia exploradora foi identificada tela migrada para a cavidade peritoneal oriunda de uma falha aponeurótica, com aderências firmes em fígado, jejuno proximal e infiltrando-se no terço médio do cólon transverso. Praticou-se a lise de aderências, ressecção do material extruído, colectomia segmentar com anastomose primária. A paciente evoluiu com fistula anastomótica, com necessidade de reoperação e exclusão do trânsito intestinal por meio de colostomia terminal e sepultamento de coto distal de cólon transverso. Apesar de controle do quadro de sepse abdominal, a paciente evoluiu no período pós-operatório com endocardite bacteriana decorrente de infecção de cateter central, choque séptico e óbito.

### **DISCUSSÃO**

A escolha do tipo de material para a correção de hérnias deve levar em conta suas dimensões, localização, grau de contaminação local, possibilidade de exposição visceral e via de acesso cirúrgico<sup>2</sup>. A tela de polipropileno é a mais amplamente utilizada devido ao seu custo mais reduzido em relação às telas que permitem contato visceral<sup>3</sup>.

Além de complicações locais, como seroma, hematoma ou infecção, a utilização de próteses no tratamento de falhas

<sup>1</sup>. Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia, São Paulo, SP, Brasil.

aponeuróticas também podem gerar migração da tela para vísceras ocas, podendo ocasionar perfuração, obstrução, sangramento digestivo e urinário ou fistula enterocutânea. A incidência de aderências e fistulizações oscila entre 0,3% e 23% quando se usa a tela de polipropileno, porém a incidência exata de erosão e migração da prótese ainda não é bem conhecida e pode ser subestimada<sup>3</sup>.



Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando fistula estercorácea colocolocutânea.



Figura 2. Colonoscopia identificando tela de polipropileno extruída para a luz do cólon transverso.

A etiologia da migração de próteses não é bem definida, entretanto, especula-se dois mecanismos principais: migração mecânica primária, quando uma tela, inadequadamente fixada, atravessa tecidos comunicantes de menor resistência; e migração secundária, quando a tela é deslocada como resultado de erosões

provocadas por reação de corpo estranho. A presença de tecido inflamatório de granulação encontrado no local tem dado força a essa teoria. Este último processo é gradual e pode levar vários anos<sup>4</sup>. A correta instalação da tela, incluindo moldagem e fixação, a escolha do material adequado e a identificação e reparação de orifícios no peritônio e aponeurose, tenderia a evitar essa complicação<sup>4</sup>.

Em revisão de banco de dados na literatura, apenas 15 relatos de caso sobre a migração de tela após correção de hérnias incisionais ventrais foram encontrados em um período de 18 anos, e apenas um desses estudos relatou a migração de prótese para o cólon transverso<sup>5</sup>.

O desfecho desfavorável deste caso nos faz refletir sobre a realização de procedimentos teoricamente simples, mas que podem apresentar complicações potencialmente graves.

## REFERÊNCIAS

1. Paaajanen H, Hermunen H. Long-term pain and recurrence after repair of ventral incisional hernias by open mesh: clinical and MRI study. *Langenbecks Arch Surg.* 2004;389(5):366-70.
2. Gaertner WB, Bonsack ME, Delaney JP. Visceral adhesions to hernia prostheses. *Hernia.* 2010;14(4):375-81.
3. Morris-Stiff GJ, Hughes LE. The outcomes of nonabsorbable mesh placed within the abdominal cavity: literature review and clinical experience. *J Am Coll Surg.* 1998;186(3):352-67.
4. D'Amore L, Gossetti F, Manto O, Negro P. Mesh plug repair: can we reduce the risk of plug erosion into the sigmoid colon? *Hernia.* 2012;16(4):495-6.
5. Fukudome I, Dabanaka K, Okabayashi T, Shima Y, Okamoto K, Tamura S, et al. A 58-year-old woman with mesh migration into the transverse colon. *Am Surg.* 2014;80(2):E40-1.

## Endereço para correspondência:

Fernando Bray Beraldo

E-mail: [drfernandobrayberaldo@gmail.com](mailto:drfernandobrayberaldo@gmail.com)

/ [marcelo\\_protasio@yahoo.com.br](mailto:marcelo_protasio@yahoo.com.br)

## ACHADO INCIDENTAL DE CÂNCER COLORRETAL NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE DUODENOPANCREATECTOMIA.

### LATE INCIDENTAL DIAGNOSIS OF COLORRECTAL CANCER AFTER PANCREATODUODENECTOMY.

Hamilton Petry de Souza, ECBC-RS<sup>1</sup>; Ricardo Breigeiron, TCBC-RS<sup>2</sup>; Daniel Weiss Vilhordo, ACBC-RS<sup>2</sup>; Lucas Felix Rossi, ACBC-RS<sup>2</sup>.

#### RESUMO

Este é um relato de caso de uma Tomografia por Emissão de Positrons (PET-TC) com diagnóstico incidental de neoplasia de colo assintomática. Uma paciente feminina em acompanhamento pós-operatório oncológico tardio de adenocarcinoma pancreático apresentou valores anormais de CA 19.9. Colonoscopia com biópsia confirmaram adenocarcinoma no colo direito. Imunoquímica demonstrou câncer de colo, uma nova e segunda neoplasia nesta paciente.

**Descritores:** Pancreaticoduodenectomia. Neoplasias colorretais. Achados incidentais.

#### ABSTRACT

This is a case report of a Positron-Emission Tomography incidental diagnosis of asymptomatic colonic neoplasm. A female patient was on late postoperative oncologic follow-up for pancreatic adenocarcinoma and showed abnormal levels of CA 19.9. Colonoscopy with biopsy confirmed adenocarcinoma in right colon. Immunohistochemistry showed a colon cancer, a new and second neoplasm.

**Keywords:** Pancreaticoduodenectomy. Colorectal neoplasms. Incidental findings.

## INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é a quarta neoplasia maligna mais comum nos Estados Unidos, e a segunda em mortalidade naquele país<sup>1</sup>. No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), é a terceira neoplasia maligna em taxa de mortalidade em mulheres e a quinta em homens<sup>1</sup>. O número de mortes por câncer colorretal, em 2013, foi 15.415 casos, com leve predomínio feminino<sup>2</sup>. Em 2016, a previsão de novos casos é de 34.280 casos, sendo 16.660 em homens e 17.620 em mulheres.

O CCR ocorre nas formas hereditária, esporádica e familiar<sup>3</sup>. O presente relato apresenta diagnóstico incidental de CCR esporádico em exame de imagem no seguimento clínico de paciente operada por adenocarcinoma de cabeça de pâncreas. Esta é uma situação pouco frequente, já que a maioria dos pacientes com câncer de pâncreas progride sua doença com metástases à distância, sem apresentar disseminação para órgão específico ou ser alvo de nova neoplasia<sup>4,5</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente feminina, 65 anos, branca, foi submetida há dois anos à gastroduodenopancreatectomia à Whipple por adenocarcinoma ductal de pâncreas, com estadiamento patológico T3N1M0. Recebeu quimioterapia adjuvante e, tardiamente, em sua evolução, embora assintomática e com exames recentes de tomografia e ressonância magnética (normais), apresentou elevação do nível de CA-19.9 (51,0 para 70,0 U/ml, valor de referência <37U/ml).

Face ao fato, foi discutido e sugerido realização de Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET-CT), que apontou “lesão hipermetabólica em cólon ascendente sem indício de recidiva locorregional na área operada ou doença metastática” (Figura 1). Na sequência, foi indicada colonoscopia, que identificou lesão volumosa em cólon ascendente e mais de dez pólipos sésseis no restante do cólon. O resultado da biópsia ao exame microscópico foi “adenocarcinoma em cólon ascendente e adenomas vilosos com displasia de baixo grau e adenomas serrilhados, nos demais pólipos”. A dosagem do antígeno

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil.

carcinoembrionário (CEA) foi normal. O tratamento realizado foi a colectomia total com ileorretoanastomose e, no transoperatório, não foram encontrados implantes secundários. A figura 2 apresenta imagem do espécime cirúrgico. O exame anatomopatológico confirmou “adenocarcinoma moderadamente diferenciado produtor de muco e metástase em um de 34 linfonodos, estadiamento T3N1M0, sem neoplasia nas lesões polipoides”. A história familiar pelo lado materno é positiva para neoplasia maligna de cólon e esôfago e, pelo lado paterno, para neoplasia de cólon. Critérios de Amsterdam (I e II) e Bethesda foram negativos.

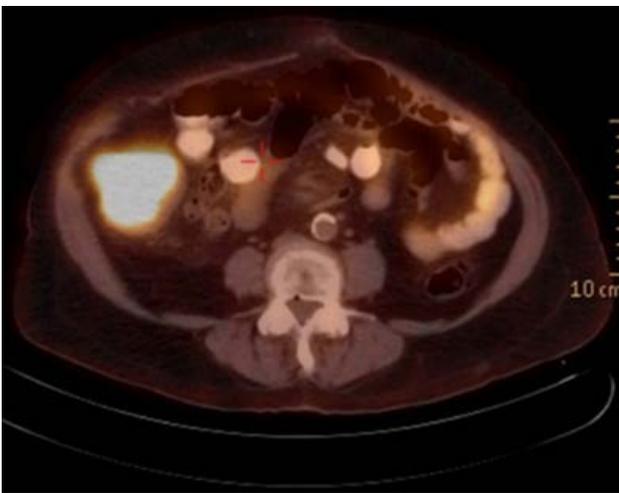


Figura 1. PET-CT corte transversal demonstrando espessamento hipermetabólico concêntrico parietal do cólon ascendente e espessamento de gordura.

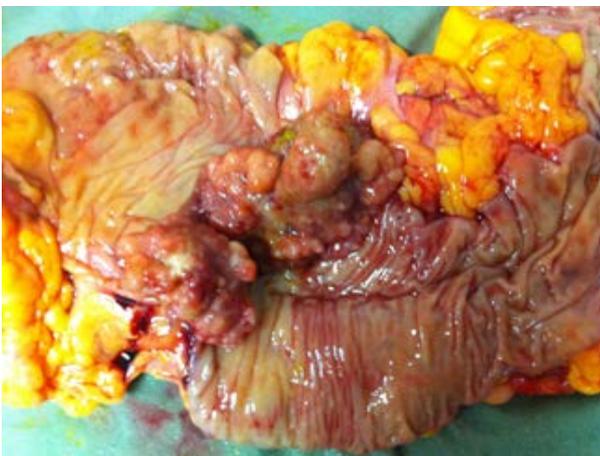


Figura 2. Destaque da lesão tumoral em ceco com diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

A paciente vem sendo seguida rotineiramente e, após sete anos de evolução da duodenopancreatectomia e cinco da colectomia, encontra-se em excelente condição, sem evidências de progressão de doença.

## DISCUSSÃO

Exames de imagem são usados rotineiramente no acompanhamento de pacientes com neoplasia maligna. Dependendo da situação, o PET-CT apresenta vantagens e adiciona informações complementares a esse contexto<sup>6</sup>. A injeção endovenosa do radiofarmacofluorodesoxiglicose (FDG) fornece análise do metabolismo celular, podendo identificar imagens de recidiva, metástase ou novas neoplasias<sup>7</sup>. Neste caso, foi empregado principalmente devido ao não esclarecimento de exames anteriores e pela suspeita de recidiva ou progressão de doença, considerando a elevação do CA 19.9<sup>7</sup>. Notadamente, esse marcador não é específico para câncer de pâncreas, e pode estar elevado em outras condições clínicas, assim como, a alteração numérica (no caso) não apresentava maior significado do ponto de vista de doença, mesmo em seguimento após cirurgia radical<sup>3</sup>. Dados da literatura demonstram achado de segundo tumor primário pelo PET-CT de 4% a 18%, dos quais 1% a 8% podem ser comprovados por biópsia, razão pela qual a investigação deve prosseguir<sup>6</sup>. O tempo para a investigação não está definido e depende do julgamento clínico e comportamento biológico do tumor<sup>5-7</sup>.

A sequência adenoma-carcinoma já foi estabelecida no CCR esporádico e é um dos mais conhecidos modelos de carcinogênese, sendo que a maioria dos CCR se origina de adenomas pré-existent<sup>3</sup>. No presente caso, foi realizada colectomia total, principalmente devido às diversas e esparsas lesões adenomatosas, algumas sésseis e com displasia, as quais poderiam progredir para lesões invasoras. Poderia haver questionamento se a neoplasia de cólon diagnosticada configuraria um segundo tumor (forte história familiar) ou disseminação a partir do adenocarcinoma pancreático, fato raro, mas descrito<sup>4</sup>.

Para auxiliar nesse aspecto, foram realizados estudos imuno-histoquímicos, cujas análises de seus painéis definiram as neoplasias pancreática como “compatível com adenocarcinoma primário de pâncreas” e de cólon como “compatível com adenocarcinoma primário de intestino grosso”<sup>7</sup>.

O achado incidental pelo PET-CT de alterações sugestivas de recidiva, ou mesmo de outro tumor primário, deve ser visto com atenção, pois traz impactos diretos no estadiamento, tratamento e seguimento dos pacientes oncológicos. Seu emprego não dispensa avaliação clínica cuidadosa e demais exames necessários, mas constitui adjuvante poderoso quando bem utilizado<sup>7</sup>.

Como referido acima, a paciente se encontra presentemente em excelente condição, sem evidência de progressão ou recorrência da doença pancreática ou colônica.

## REFERÊNCIAS

1. Lonneux M. FDG-PET and PET/CT in colorectal cancer. *PET Clin.* 2008;3(2):147-53.
2. Even-Sapir E, Mishani E, Flusser G, Metser U. 18F-Fluoride positron emission tomography and positron emission tomography/computed tomography. *Semin Nucl Med.* 2007;37(6):462-9.
3. Rodriguez JR, Fernandez-del Castillo C. The staging of pancreatic cancer. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, editors. *Diseases of the pancreas: current surgical therapy.* New York: Springer; 2008. p.541-8.
4. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. *AJCC Cancer Staging Manual.* 7<sup>th</sup> ed. New York: Springer; 2010. p.143-64.
5. Chong CS, Huh JW, Oh BY, Park YA, Cho YB, Yun SH, et al. Operative method for transverse colon carcinoma: transverse colectomy versus extended colectomy. *Dis Colon Rectum.* 2016;59(7):630-9.
6. Pita-Fernández S, Alhayek-Ai M, González-Martin C, López-Calviño B, Seoane-Pillado T, Pértega-Diaz S. Intensive follow-up strategies improve outcomes in nonmetastatic colorectal cancer patients after curative surgery: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2015;26(4):644-56.
7. Litvak A, Cercek A, Segal N, Reidy-Lagunes D, Stadler ZK, Yaeger RD, et al. False-positive elevations of carcinoembryonic antigen in patients with a history of resected colorectal cancer. *J Natl Compr Netw.* 2014;12(6):907-13.

## Endereço para correspondência:

Hamilton Petry de Souza

E-mail: [hpetrys@terra.com.br](mailto:hpetrys@terra.com.br)

## TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE DUODENO MIMETIZANDO TUMOR DE CABEÇA PANCREÁTICA.

### *DUODENAL GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR MIMICKING PANCREATIC TUMOR.*

Luiz Claudio Landolfi Pereira<sup>1</sup>; Franz Robert Apodaca-Torrez, TCBC-SP<sup>2</sup>; Arlette Jean Abdo Pereira<sup>1</sup>; Mauricio Andrade Azevedo, TCBC-SP<sup>1</sup>; Raisia Medeiros de Florenço<sup>1</sup>.

#### RESUMO

Tumores estromais gastrointestinais (GIST) são tumores mesenquimais primários incomuns no trato digestivo. Sua localização primária em duodeno é rara. Este é um relato de caso de um GIST duodenal, mimetizando um tumor pancreático. A tomografia computadorizada pré-operatória revelou massa hipervasculosa de 10cm de diâmetro na cabeça pancreática. O exame endoscópico mostrou erosão na mucosa duodenal com sangramento local. O paciente evoluiu bem após a pancreaticoduodenectomia com preservação de piloro.

**Descritores:** Piloro. Duodenopatias. Ampola Hepatopancreática. Tumores do Estroma Gastrointestinal.

#### ABSTRACT

Gastro Intestinal Stromal Tumors (GIST) are uncommon primary mesenchymal tumors arising from the gastrointestinal tract. The duodenum location is unusual. The authors present a case of duodenal GIST, mimicking a pancreatic tumor. Preoperatively computed tomography (CT) revealed a hypervascular mass of 10cm in diameter, in the pancreatic head. Endoscopic examination showed erosion in duodenal mucosal with local bleeding. The patient underwent successfully pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy.

**Keywords:** Pylorus. Duodenal diseases. Ampulla of Vater. Gastrointestinal stromal tumors.

## INTRODUÇÃO

Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são os tumores mesenquimais mais frequentes do trato digestivo. Eles preferencialmente estão localizados no estômago (60%), intestino delgado (25%), colo e reto (10%) e esôfago (5%). A localização duodenal é rara (3-5% dos casos)<sup>1</sup>. A apresentação clínica desta patologia varia desde sintomas dispépticos vagos, até quadros de hemorragia digestiva alta maciça<sup>2</sup>. O diagnóstico da doença se baseia na presença de células fusiformes ou epitelioides na microscopia, com positividade na imuno-histoquímica para CD 117 ou C-Kit (95% dos casos), e CD 34 (70%)<sup>3</sup>. A ressecção cirúrgica com margens livres é o tratamento de escolha para os casos de GIST duodenal, sem que haja necessidade de esvaziamento linfonodal, já que raramente ocorre disseminação linfática nesta patologia.

## RELATO DE CASO

Paciente GD, 57 anos, sexo masculino, deu entrada no pronto socorro com quadro de hematêmese, melena, anemia, perda ponderal de cinco quilos em

seis meses e massa palpável em região de hipocôndrio direito. Negava sintomas colestatícos. Ao exame clínico, apresentava-se hipocorado 3+/4+, anictérico, hemodinamicamente estável, com massa palpável em hipocôndrio direito, indolor, móvel, sem hepatoesplenomegalia. A endoscopia digestiva alta demonstrou presença de duodenite erosiva com sinal de sangramento recente e compressão extrínseca em segunda porção de duodeno, com papila normal. A biópsia da erosão duodenal foi inconclusiva, com processo inflamatório crônico em duodeno. Realizada tomografia abdominal que evidenciou a presença de massa tumoral em cabeça de pâncreas comprimindo duodeno, medindo aproximadamente 10cm de extensão, sem compressão de vias biliopancreáticas (Figura 1). Optou-se por tratamento cirúrgico. No intra-operatório, constatou-se a presença de processo expansivo em topografia de cabeça de pâncreas, englobando duodeno, sem dilatação de vias biliares ou pancreática.

Realizada duodenopancreatectomia com preservação pilórica (Figura 2). Evolução sem intercorrências no pós-

<sup>1</sup>. Serviço de Gastrocirurgia do Hospital Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil. <sup>2</sup>. Departamento de Gastroenterologia Cirúrgica, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

operatório, tendo recebido alta no 16º dia pós-cirúrgico. O relatório anatomopatológico constatou a presença de GIST de duodeno, medindo 9,3cm de extensão, infiltrando cabeça pancreática, com baixa atividade mitótica, 3x50 campos de aumento, margens livres, C-Kit positivo, CD-34 negativo. No pós-operatório, fez uso de Mesilato de Imatinib 400mg/dia durante 12 meses. No momento, o paciente encontra-se assintomático e com seis anos de acompanhamento ambulatorial livre de doença, sem recidivas ou lesões metastáticas.



Figura 1. Imagem tomográfica de lesão expansiva em topografia de cabeça pancreática, infiltrando duodeno.

## DISCUSSÃO

O tumor estromal gastrointestinal (GIST) foi inicialmente descrito por Mazur e Clark, em 1983. Origina-se das células intersticiais de Cajal, que são células mesenquimais, marcapassos que desencadeiam a contração intestinal. A característica marcante desta patologia se baseia nos seus achados imunohistológicos, classicamente com presença de células fusiformes ou epitelióides<sup>3,4</sup> e, em 95% dos casos, a presença do marcador C-Kit ou CD117. O C-Kit é um receptor de membrana molecular com um componente interno, tirosinoquinase que, em circunstâncias normais, estimula a proliferação celular através da fosforilação protéica<sup>4</sup>. Em 70% dos casos, existe a presença concomitante de outro marcador de

membrana, o CD 34, presente principalmente nas formas benignas do GIST gastrointestinal<sup>4</sup>.



Figura 2. Duodenopancreatectomia com GIST de duodeno infiltrando cabeça pancreática, medindo 10cm.

O GIST duodenal localiza-se principalmente na segunda porção<sup>5</sup>, frequentemente próximo a ampola de Vater, o que normalmente vai determinar a sua estratégia cirúrgica. Os pacientes com GIST duodenal têm discreta predileção pelo sexo masculino (54% dos casos), incidência preferencial pela quinta e sexta décadas de vida. Clinicamente os pacientes podem apresentar anemia, dor abdominal, hemorragia digestiva, massa abdominal palpável, icterícia obstrutiva, perda ponderal. Desta forma, as vezes pode ser interpretado como tumor de cabeça de pâncreas<sup>4,6</sup>.

A endoscopia digestiva alta pode, dependendo do tamanho da doença e da forma de crescimento na parede intestinal, realizar diagnóstico de GIST duodenal, mas, em muitos casos, pode ser inconclusiva. A tomografia computadorizada de abdome, ressonância nuclear magnética e a ecoendoscopia são exames de escolha para diagnóstico e estadiamento. A

disseminação metastática do GIST duodenal se faz preferencialmente para fígado e peritônio<sup>7</sup>.

O tratamento cirúrgico do GIST duodenal com completa remoção da doença é o tratamento de escolha, sem que haja necessidade de esvaziamento ganglionar, já que as metástases linfonodais raramente ocorrem nessa modalidade de tumor e vai depender do tamanho e da localização da neoplasia no duodeno<sup>8</sup>. A ressecção do tumor com fechamento primário ou ressecção segmentar de duodeno com duodenojejunoanastomose pode ser realizada em pacientes com tumores pequenos, localizados abaixo da ampola de Vater. Quando o GIST se localiza na segunda porção do duodeno, a opção terapêutica é a duodenopancreatectomia clássica ou modificada<sup>9</sup>.

Vários autores têm estudado a correlação entre as características do GIST duodenal com a sua sobrevida. O tamanho do tumor, maior do que 4cm, e o número de figuras de mitose, maiores do que dez figuras de mitose por 50 campos de aumento são fatores de pior prognóstico e sobrevida<sup>10</sup>. Nosso paciente em questão apresentava-se com massa tumoral de aproximadamente 10cm e na microscopia três figuras de mitose por campo.

O uso de drogas quimioterápicas (Mesilato de Imatinibe), desenvolvido como inibidor seletivo das tirosinoquinase (C-Kit) tem-se mostrado útil no tratamento adjuvante em pacientes com doença avançada ou, pacientes de alto risco<sup>11</sup>. Recentemente, tem sido introduzido o Sunitinib para o tratamento dos pacientes com resistência ao Imatinib<sup>12</sup>.

Em conclusão, apresentamos relato de caso de paciente com GIST duodenal de segunda porção, tratado com sucesso através de duodenopancreatectomia e adjuvância com Mesilato de Imatinib. O paciente está há cinco anos livre da doença.

## REFERÊNCIAS

1. DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survivors. *Ann Surg*. 2000;231(1):51-8.
2. Meesters B, Pauwels PA, Pijnenburg AM, Vlasveld LT, Repelaervan Driel OJ. Metastasis in a benign duodenal stromal tumour. *Eur J Surg Oncol*. 1998;24(4):334-5.
3. Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, Hashimoto K, Nishida T, Ishiguro S, et al. Gain-of-function mutations of c-Kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science*. 1998;279(5350):577-80.
4. Hompes D, Topal B, Ectors N, Aerts R, Penninckx F. Gastro-intestinal stromal tumor of duodenum: extreme presentation in two cases. *Acta Chir Belg*. 2004;104(1):110-3.
5. Mennigen R, Wolters H, Schulte B, Pelster F. Segmental resection of the duodenum for gastrointestinal stromal tumor (GIST). *World J Surg Oncol*. 2008;6:105-10.
6. Uchida H, Sasaki A, Iwaki K, Tominaga M, Yada K, Iwashita Y, et al. An extramural gastrointestinal stromal tumor of the duodenum mimicking a pancreatic head tumor. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2005;12(4):324-7.
7. Colombo C, Ronellenfitsch U, Yuxin Z, Rutkowski P, Miceli R, Bylina E, et al. Clinical, pathological and surgical characteristics of duodenal gastrointestinal stromal tumor and their influence on survival: a multicenter study. *Ann Surg Oncol*. 2012;19(11):3361-7.
8. Yang F, Jin C, Du Z, Subedi S, Jiang Y, Li J, et al. Duodenal gastrointestinal stromal tumor: clinicopathological characteristics, surgical outcomes, long term survival and predictors for adverse outcomes. *Am J Surg*. 2013;206(3):360-7.
9. Johnston FM, Kneuert PJ, Cameron JL, Sanford D, Fisher S, Turley R, et al. Presentation and management of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum: a multi-institutional analysis. *Ann Surg Oncol*. 2012;19(11):3351-60.
10. Bourgouin S, Hornez E, Guiramand J, Barbier L, Delpero JR, Le Treut YP, et al. Duodenal gastrointestinal stromal tumors (GISTs): arguments for conservative surgery. *J Gastrointest Surg*. 2013;17(3):482-7.
11. Demetri GD, von Mehren M, Blanke CD, Van den Abbeele AD, Eisenberg B, Roberts PJ, et al. Efficacy and safety of imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumors. *N Engl J Med*. 2002;347(7):472-80.

12. Blay JY. Pharmacological management of gastrointestinal stromal tumors: an update on the role of sunitinib. Ann Oncol. 2010;21(2):208-15.

**Endereço para correspondência:**

Franz Robert Apodaca-Torrez

E-mail: [apodaca@uol.com.br](mailto:apodaca@uol.com.br) /

[apodacatorrez@icloud.com](mailto:apodacatorrez@icloud.com)

## OPERAÇÃO DE THAL-HATAFUKU: UMA ALTERNATIVA À ESOFAGECTOMIA NO TRATAMENTO DO MEGAESÔFAGO DÓLICO – RELATO DE CASO.

### THAL-HATAFUKU PROCEDURE: AN ALTERNATIVE FOR THE ESOPHAGECTOMY IN THE TREATMENT OF THE DOLIC MEGAESOPHAGUS – CASE REPORT.

Fernando de Barros, TCBC-RJ<sup>1,2</sup>; João Soares<sup>1</sup>; Heron Teixeira Andrade dos Santos, TCBC-RJ<sup>2</sup>; Paula dos Santos Marsico Pereira da Silva, ACBC-RJ<sup>2</sup>; Giovanni Antonio Marsico, TCBC-RJ<sup>2</sup>; Eduardo Haruo Saito, TCBC-RJ<sup>3</sup>.

#### RESUMO

Os autores descrevem uma técnica alternativa à esofagectomia utilizada para o tratamento cirúrgico em pacientes com grau avançado de megaesôfago (grau IV): a cirurgia de Thal-Hatafuku. Paciente de 17 anos de idade, sexo masculino, natural de Natal, com queixa de disfagia para líquidos e emagrecimento importante. Iniciamos com a realização de incisão completa das camadas da junção esofagogastrica (JEG), 6cm ascendente e 2cm descendente. Fixamos pontos de reparo em ambas as laterais da área estenosada para triangulação da esofagocardiomiectomia. Confeccionamos então a válvula antirrefluxo endoluminal com a parede gástrica anterior com pontos separados de fio inabsorvível 3.0. Seguimos com o fechamento da abertura do esôfago, anteriormente criada, com um *patch*. Para tal, foi usada a superfície anterior do estômago com pontos separados de fio inabsorvível 3.0, moldada com sonda de *Fouchet* nº 32. A técnica aqui apresentada, a operação de Thal-Hatafuku, teve um bom resultado neste paciente.

**Descritores:** Estenose Esofágica. Junção Esofagogastrica. Transtornos da Motilidade Esofágica. Esôfago.

#### ABSTRACT

The authors describe in this article an alternative procedure in patient with advanced degree of megaesophagus (grade IV): the Thal-Hatafuku procedure. Male, 17 years old, born in Natal, with dysphagia for liquids and significant weight loss. We performed a full incision of the layers on the gastroesophageal junction (GEJ), 6cm upward and 2cm downward. We fixed some repair points on both sides of the stenosis area for triangulation of esophagocardiomyotomy. We created the antireflux valve endoluminal to the anterior gastric wall with separate points of nonabsorbable suture 3.0. Then followed with the closing of the opening of the esophagus, previously created with a patch. To this end, we used the anterior surface of the stomach with separate points of nonabsorbable suture 3.0, framed with Fouchet tube number 32. Thal-Hatafuku technique had an excellent result in the present case.

**Keywords:** Esophageal Stenosis. esophagus. Esophageal Motility Disorders. Esophagogastric Junction.

## INTRODUÇÃO

A dilatação do esôfago, chamada de megaesôfago, pode ter origem idiopática ou como sequela da forma crônica da doença de Chagas (DC), importante causa na América do Sul. O manejo da forma dólica do megaesôfago e principalmente as abordagens cirúrgicas continuam com algumas controvérsias. De acordo com o sorotipo do *Tripanosoma cruzi* e o teste diagnóstico usado, a incidência da forma digestiva pode variar de 15 a 20% dos portadores da forma crônica<sup>1,2</sup>. Todas estas alterações estão relacionadas ao

acometimento do plexo mioentérico pelo *Tripanosoma*<sup>3</sup>. A disfagia é o principal e o mais debilitante e constante sintoma referido pelos pacientes, podendo variar de intensidade e frequência de acordo com o acometimento do esfíncter esofágico inferior.

Frente às inúmeras técnicas cirúrgicas disponíveis, apresentamos aqui um caso de megaesôfago dólico (esôfago sigmoide, grau IV pela classificação de Rui Ferreira Santos ou grau III de Zucoloto e Rezende)<sup>4</sup> em um paciente jovem abordado

1. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Instituto de Pesquisa Clínica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 2. Hospital Federal do Andaraí, Serviço de Cirurgia, Rio De Janeiro, RJ, Brasil; 3. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Cirurgia Torácica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

pela técnica de Thal-Hatafuku como uma alternativa à esofagectomia.

## RELATO DE CASO

Paciente de 17 anos de idade, sexo masculino, natural de Natal, com queixa de disfagia para líquidos e emagrecimento importante (peso na internação: 39Kg) (Figura 1). Pais falecidos, mãe por doença cardíaca e pai de causa desconhecida. A investigação sorológica para DC foi negativa. Os exames de imagem mostraram um megaesôfago grau IV (Figura 1).



Figura 1. Paciente no pré-operatório bastante emagrecido e o respectivo Raio-x de tórax.

Sob anestesia geral, com o paciente posicionado em decúbito dorsal e membros superiores perpendiculares ao corpo, foi realizada laparotomia mediana supraumbilical. Após esvaziamento do conteúdo esofagogástrico, com sonda nasogástrica, realizamos incisão longitudinal completa das camadas da junção esofagogástrica (JEG), 6cm em direção ao esôfago e 2cm em direção ao estômago. Fixamos pontos de reparo em ambas as laterais da área estenosada para triangulação da esofagocardiomiectomia. Confeccionamos, então, a válvula antirrefluxo endoluminal com a parede gástrica anterior com pontos separados de fio inabsorvível 3.0. Seguimos, então, com o fechamento da abertura do esôfago, anteriormente criada, com um *patch*. Para tal, foi usada a superfície anterior do estômago com pontos separados de fio inabsorvível 3.0, moldada com sonda de *Fouchet* nº 32. Após a operação, fora deixado uma sonda nasoenteral para alimentação precoce (Figura 2).

O paciente permaneceu por um dia no CTI. A dieta enteral foi iniciada no terceiro dia de pós-operatório, com boa aceitação. No décimo dia, iniciamos dieta líquida de prova por via oral, após teste com azul de metileno. Com 25 dias, retiramos a sonda enteral e introduzimos lentamente dieta pastosa até o 30º dia, quando obteve alta hospitalar. Evoluiu sem disfagia, queimação retroesternal ou vômitos. Após 12 meses de acompanhamento no ambulatório, o paciente vem apresentando ganho de peso progressivo, com dieta sólida e sem sintomas de refluxo.

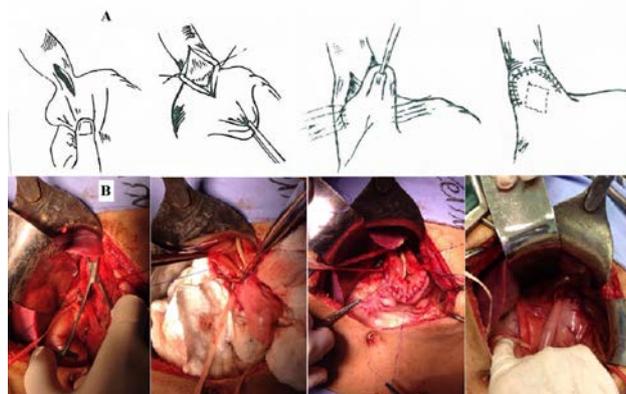


Figura 2. A) Esquema da operação de Thal-Hatafuku (Thal AP, Hatafuku T, Kurtzman R. New operation for distal esophageal stricture. Arch Surg. 1965;90:464-72); B) Tempos cirúrgicos do caso apresentado.

## DISCUSSÃO

Habitualmente, a técnica operatória mais utilizada para o tratamento do megaesôfago é a miotomia a Heller. Apesar de facilitar a passagem do trânsito, a quebra da barreira esfíncteriana acaba por provocar refluxo gastresofágico. Alguns estudos mostram que pacientes que são submetidos à miotomia a Heller necessitam de uma funduplicatura com válvula para obterem melhores resultados<sup>5</sup>. O grande questionamento não parece ser mais a indicação da miotomia associada a um tipo de funduplicatura, mas sim qual válvula a ser criada. Outro ponto controverso é a limitação deste tipo de miotomia para pacientes com grau avançado de megaesôfago (grau IV). Por já haver dados que permitam afirmar que mesmo um esôfago dólico possa responder bem a miotomias, alguns cirurgiões acreditam que a ressecção do esôfago deva ser

considerada apenas em último caso, após outras opções de tratamento falharem<sup>6,7</sup>. A esofagectomia, segundo uma revisão de 301 casos, feita por Ximenes, para esta doença benigna, encontrou taxas média de morbidade de 24% e mortalidade de 3,97%<sup>8</sup>. No entanto, alguns cirurgiões preferem já como primeira abordagem a esofagectomia para casos com megaesôfago avançado<sup>9</sup>. Vale lembrar que as operações de miotomia associadas à confecção de qualquer tipo de válvula podem dificultar e, até mesmo, impedir uma esofagectomia no futuro.

Em 1965, os cirurgiões Thal e Hatafuku publicaram os primeiros resultados de experimentos realizados em cães de uma nova abordagem cirúrgica da JEG com reconstrução utilizando o fundo gástrico<sup>10</sup>. Thal e Hatafuku iniciaram seus estudos em animais, incentivados pelo fato de não estarem satisfeitos com o procedimento de Heller. Apesar de ter 70% de resultados satisfatórios, tinham altas taxas de refluxo e resultados ruins para os casos mais avançados. Acreditavam que com a abertura total das camadas da JEG, a passagem ficaria mais ampla e a cicatrização seria otimizada pelo crescimento da mucosa esofágica na serosa do *patch* de fundo gástrico. Desta forma, o aumento da passagem pelo esfíncter estaria garantido sem maiores problemas do ponto de vista de refluxo.

Ferraz *et al.* analisaram uma série de 50 pacientes com grau avançado de megaesôfago, foram operados pela técnica de Thal-Hatafuku, modificada pelos próprios autores. Vinte pacientes apresentaram disfagia, 11 com queimação e seis com dor retroesternal. Onze pacientes se mantiveram assintomáticos. O acompanhamento médio foi 63,11 meses (variação de 6 a 50 meses)<sup>11</sup>. Malafaia *et al.* reportaram uma redução, em média, de 52% na passagem de sólidos pela JEC em pacientes com grau IV acompanhados após o procedimento de Thal-Hatafuku em dez anos<sup>12</sup>.

Alguns autores acreditam que o procedimento tem resultados parecidos ou até melhores do que a esofagectomia para casos avançados em que a miotomia a Heller não possa ser realizada<sup>13</sup>. A verdade é que a operação de Thal-Hatafuku para tratar graus avançados de megaesôfago não

é uma unanimidade. Provavelmente, isso se deva a raridade desses pacientes até mesmo em centros terciários e, conseqüentemente, uma literatura escassa com trabalhos de alta evidencia bastante limitados. Ximenes realizou uma revisão com 823 pacientes submetidos a Thal-Hatafuku e encontrou uma taxa média de 0,27% de mortalidade e 8,18% de morbidade<sup>14</sup>.

No nosso caso apresentado, trata-se de um paciente jovem com expectativa de vida alta. Acreditamos que a esofagectomia, além de aumentar a morbimortalidade pós-operatória, possa trazer problemas ao desenvolvimento do adolescente. Neste contexto, a operação de Thal-Hatafuku nos parece uma alternativa interessante, até antecedendo a esofagectomia. Ensaio clínicos randomizados são necessários para suportar esta hipótese. Nosso paciente encontra-se com 18 meses da operação e vem ganhando peso progressivamente com dieta sólida, sem sintomas de refluxo até o momento.

## REFERÊNCIAS

1. Pinazo MJ, Lacima G, Elizalde JI, Posada EJ, Gimeno F, Aldasoro E, et al. Characterization of digestive involvement in patients with chronic *T. cruzi* infection in Barcelona, Spain. *PLoS Negl Trop Dis.* 2014;8(8):e3105.
2. Prata A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *Lancet Infect Dis.* 2001;1(2):92-100.
3. Richter JE, Boeckxstaens GE. Management of achalasia: surgery or pneumatic dilation. *Gut.* 2011;60(6):869-76.
4. Zucoloto S, Rezende JM. Mucosal alterations in human chronic chagasic esophagopathy. *Digestion.* 1990;47(3):138-42.
5. Richards WO, Torquato A, Hozman MD, Khaitan L, Byrne D, Lutfi R, et al. Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia: a prospective randomized double-blind clinical trial. *Ann Surg.* 2004;240(3):405-12.
6. Sweet MP, Nipomnick I, Gasper WJ, Bagatelos K, Ostroff JW, Fisichella PM, et al. The outcome of laparoscopic Heller myotomy for achalasia is not influenced

- by the degree of esophageal dilatation. *J Gastrointest Surg.* 2008;12(1):159-65.
7. Scott PD, Harold KL, Heniford BT, Jaroszewski DE. Results of laparoscopic Heller myotomy for extreme megaesophagus: an alternative to esophagectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009;19(3):198-200.
  8. Ximenes Netto M. Megaesophagus. Current review of techniques and results. *Rev Saude Dist Fed.* 1991;2:207-36.
  9. Devaney EJ, Lannettoni MD, Orringer MB, Marshall B. Esophagectomy for achalasia: patient selection and clinical experience. *Ann Thorac Surg.* 2001;72(3):854-58.
  10. Thal AP, Hatafuku T, Kurtzman R. New operation for distal esophageal stricture. *Arch Surg.* 1965;90:464-72.
  11. Ferraz AA, da Nóbrega Júnior BG, Mathias CA, Bacelar TS, Lima FE, Ferraz EM. Late results on the surgical treatment of Chagasic megaesophagus with the Thal-Hatafuku procedure. *J Am Coll Surg.* 2001;193(5):493-8.
  12. Malafaia O. Achalasia (hypomotility) is the best known entity. The Thal-Hatafuku operation. In: Giuli R, McCallum RW, Skinner DB, editors. *Primary motor disorders of the esophagus.* Paris: OESO Foundation; 2001.
  13. Molena D, Yang SC. Surgical management of end-stage achalasia. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2012;24(1):19-26.
  14. Ximenes Netto M. Chagas' disease of the esophagus. In: Shields TW, Locicero III J, Reed CE, Feins RH, editors. *General thoracic surgery.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 2009. p.1901-12.

**Endereço para correspondência:**

Fernando de Barros

E-mail: [barroscirurgia@gmail.com](mailto:barroscirurgia@gmail.com) /  
[barroscirurgia@gmail.com](mailto:barroscirurgia@gmail.com)

## **TORÇÃO ANEXIAL POR CISTO DERMOIDE COMO DIFERENCIAL DE APENDICITE AGUDA.**

### ***ANEXIAL TORSION BY DERMOID CYST AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS.***

Everardo Leite Gonçalves, TCBC-CE<sup>1</sup>; Francisco Marcus Lima Almeida<sup>1</sup>; Carlos Magno Queiroz da Cunha<sup>2</sup>; João Sotero Veras Neto Cavalcante<sup>2</sup>; Matheus Facó Jesuíno Simões<sup>2</sup>.

#### **RESUMO**

Os abdomens agudos ginecológicos devem ser sempre lembrados no diagnóstico diferencial de apendicite aguda, tendo em vista a proximidade desses órgãos. Apresentamos aqui um caso clinicamente típico de apendicite aguda, onde a causa desses sinais e sintomas eram oriundos de torção anexial por cisto dermoide.

**Descritores:** Abdome Agudo. Doenças dos Anexos. Cisto Dermoide. Apendicite.

#### **ABSTRACT**

Gynecological acute abdomens should always be remembered in the differential diagnosis of acute appendicitis given the proximity of these bodies. Here are a clinically typical case of acute appendicitis where the cause of these signs and symptoms were from adnexal torsion by dermoid cyst.

**Keywords:** Abdomen, Acute. Adnexal Diseases. Dermoid Cyst. Appendicitis.

## **INTRODUÇÃO**

As torções anexiais são patologias incomuns, sendo responsáveis por 3% dos abdomens agudos ginecológicos e 14,8% nos casos de cirurgias decorrente de massas anexiais, têm potencial de evoluir para necrose, peritonite e sepse<sup>1,2</sup>. A clínica geralmente cursa com dor abdominal aguda localizada em fossa ilíaca, podendo irradiar para os flancos, porém, o diagnóstico clínico é bastante difícil, tendo em vista sintomas geralmente inespecíficos<sup>2,3</sup>. Nesse contexto, o exame que mais auxilia no diagnóstico é a ultrassonografia<sup>1</sup>.

Responsáveis por 50% a 60% dos casos de torção, os tumores ovarianos acometem com mais frequência mulheres jovens, apresentando-se unilateralmente e do lado direito<sup>4</sup>. Desses, o cisto dermoide (teratoma maduro) é o mais incidente, sendo composto por tecidos do endoderma, mesoderma e ectoderma, podem assim apresentar cabelo, osso, gordura, entre outras estruturas em seu interior<sup>5</sup>. A maioria desses teratomas são benignos, assintomáticos e bilaterais, tendo como queixa principal a dor abdominal, hemorragia uterina anormal, massa ou aumento do volume abdominal<sup>5</sup>.

## **RELATO DE CASO**

Paciente com 30 anos de idade, apresentou dor abdominal em andar inferior há dois dias e que há 24 horas irradiou-se para fossa ilíaca direita (FID), acompanhada de anorexia e náusea. Relata ciclo menstrual regular e término da menstruação há três dias. Ao exame físico, apresenta abdome flácido, com dor e defesa em FID. Hemograma evidenciou leucocitose (13.490/mm<sup>3</sup>) com desvio à esquerda e o sumário de urina estava sem alterações. Radiografia de tórax e abdome dentro dos parâmetros normais. Sem a possibilidade de realização de outros exames de imagem e avaliada por dois cirurgiões, a paciente foi levada ao centro cirúrgico onde, sob efeito de raquianestesia, foi realizada incisão em FID devido à suspeita de apendicite aguda. Porém, durante o ato cirúrgico, o apêndice não apresentava sinais inflamatórios. Então, utilizando a mesma incisão, foi identificada massa anexial, com sofrimento vascular devido a pedículo torcido. Nesse caso, foi realizada salpingooforectomia direita, onde foi encontrado cisto dermoide (Figura 1). Também foi feita apendicectomia e as peças foram enviadas para estudo anatomopatológico. Sem nenhuma intercorrência no pós-operatório imediato, a paciente recebeu alta hospitalar após três

<sup>1</sup>. Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura, Serviço de Cirurgia Geral, Fortaleza, CE, Brasil; <sup>2</sup>. Universidade de Fortaleza, Curso de Medicina, Fortaleza. CE, Brasil.

dias. O laudo das peças confirmou o diagnóstico cirúrgico.



Figura 1. Cisto dermoide e apêndice (aspecto macroscópico)

## DISCUSSÃO

O abdome agudo pode ter várias causas, como inflamatórias, perfurantes, obstrutivas, hemorrágicas e vasculares. Quando essa síndrome tem etiologia ginecológica irá cursar principalmente com dor abdominal, mais frequentemente de forma abrupta, com intensidade variável e associadas a manifestações clínicas oriundas da irritação peritoneal<sup>1,4</sup>.

Como já citado, as torções anexiais são patologias incomuns e que possuem quadro clínico semelhante à patologias mais incidentes de abdome agudo, como a apendicite aguda, podendo assim ser facilmente confundidas clinicamente, caso não haja acesso a métodos de imagem mais específicos como o ultrassom<sup>1,2</sup>.

No caso aqui relatado e, na maioria dos casos, o cisto dermoide é o responsável pela torção anexial. É importante ressaltar que essa é a complicação mais frequente desta neoplasia e que, frequentemente, esse teratoma só é diagnosticado no ato operatório<sup>5</sup>.

Para auxiliar na clínica da paciente, exames como leucograma e marcadores tumorais, como o CA-125, são pouco úteis nesta patologia, sendo a ultrassonografia, com ou sem doppler, de maior valor diagnóstico nesses casos<sup>1,4</sup>.

Visando preservar a capacidade reprodutiva da paciente, a terapêutica do cisto dermoide tem como preferência preservar os anexos, sendo priorizada uma abordagem cirúrgica mais conservadora, porém, quando existe possibilidade de complicações mais graves, a abordagem cirúrgica tende a ser mais radical, com anexectomia, seja laparoscópica ou laparotômica, tendo em vista que a torção do pedículo vascular ovariano, causa isquemia e, posteriormente, necrose, podendo, assim, evoluir para condições letais<sup>1,2</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Pellicciari CR, Camargo LA, Rozas AA, Rachkorky LL, Novo, JLVG. Abdome agudo ginecológico em paciente adolescente. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2013;15(1):202-5.
2. Correia L, Marujo AT, Queirós A, Quintas A, Simões T. Torção anexial. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2015;9(1):45-55.
3. Rodrigues AF, Oliveira BEC, Santos DR, Silva Jr EF, Guimarães FF, Muniz HG, et al. Torção ovariana. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20 (2 Suppl 1):S78-81.
4. Oliveira MAP, Melki LAH, Tavares RCS. Abdome agudo ginecológico. *Rev Hosp Pedro Ernesto*. 2009;8(1):81-8.
5. Peixoto S, Barbosa CP, Matsumura ST, Rizzo FA, Franchi T. Teratoma de ovário: revisão clínica de 81 casos. *Rev Bras Med*. 2005;31(3):133-9.

### Endereço para correspondência:

Everardo Leite Gonçalves

E-mail: [everardo.leite@bol.com.br](mailto:everardo.leite@bol.com.br) / [everardo.leite@bol.com.br](mailto:everardo.leite@bol.com.br)

## RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA EM CUNHA DE TUMORES ESTROMAIS GASTROINTENSTINAIS JUNTO À CÁRDIA.

### LAPAROSCOPIC WEDGE RESECTION FOR GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS NEAR THE CARDIA.

Reinaldo Martins de Oliveira Neto, TCBC-SP<sup>1</sup>; Carlos Roberto Puglia, TCBC-SP<sup>1</sup>; Luiz Fernando Rodrigues Alves de Moura, TCBC-SP<sup>1</sup>; Wagner Kenro Takahashi<sup>2</sup>; Paulo Roberto Corsi, TCBC-SP<sup>1</sup>.

#### RESUMO

Tumores estromais gastrointestinais (GIST) são incomuns, representando menos de 5% de todas as neoplasias gastrointestinais. Apesar do desenvolvimento de novos tratamentos farmacológicos, as ressecções cirúrgicas ainda são a pedra angular do tratamento das lesões primárias. O tratamento cirúrgico minimamente invasivo é uma opção importante do tratamento destas lesões que são seguras e eficazes. A ressecção laparoscópica de cunha tornou-se o tratamento de escolha para lesão abaixo de 5cm e afastada do cardia ou píloro, devido ao risco de estenose. Ressecção de lesões junto à cardia é viável sob alguns cuidados especiais e preocupações. Os autores apresentam dois casos de ressecção laparoscópica de GIST sem complicações.

**Descritores:** Tumores do Estroma Gastrointestinal. Neoplasias Gastrointestinais. Estômago. Laparoscopia.

#### ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are uncommon, accounting for less than 5% of all gastrointestinal neoplasms. Despite the development of new pharmacological treatments, surgical resections still the cornerstone of treatment for primary lesions. Minimally invasive surgical treatment it's a important treatment option of this lesions being safe and effective. Wedge laparoscopic resection has become the treatment of choice for lesion under 5cm and away from the cardia or pylorus, due to the stenosis risk. Resection of near to the cardia lesions is feasible under some special cares and concerns. The authors presents two cases of near to the cardia GIST resection without complications.

**Keywords:** Gastrointestinal Stromal Tumors. Gastrointestinal Neoplasms. Stomach. Laparoscopy.

## INTRODUÇÃO

Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são afecções raras, correspondendo a menos de 5% de todas as neoplasias gastrointestinais<sup>1,2</sup>.

Apesar do desenvolvimento de novos tratamentos farmacológicos, a ressecção cirúrgica persiste como o tratamento de escolha para as lesões primárias<sup>2,3</sup>.

O tratamento cirúrgico minimamente invasivo tem se mostrado de grande valia para o tratamento destas lesões, sendo seguro e efetivo, desde que respeitada a premissa de se obterem margens cirúrgicas livres de acometimento tumoral<sup>3-5</sup>. A ressecção parcial ou em cunha por via laparoscópica tem sido o método de escolha em lesões com até 5cm e distantes da cárdia ou do píloro, devido ao risco de estenose<sup>1-3</sup>.

Apesar da possibilidade de estenose, a ressecção de lesões junto à cárdia é

possível desde que alguns cuidados sejam tomados.

O objetivo do presente artigo é apresentar dois casos de ressecção laparoscópica de GIST junto à cárdia, sem complicações pós-operatórias.

## RELATO DE CASO

### Caso 1

Feminino, 63 anos, com queixa de epigastralgia, realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão submucosa de 2cm, na pequena curvatura, 2cm abaixo da cárdia.

### Caso 2

Masculino, 40 anos, com quadro de hematêmese, realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão submucosa de 3cm na pequena curvatura, 2cm abaixo da cárdia.

<sup>1</sup>. Hospital Samaritano São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; <sup>2</sup>. Rede D'Or Hospital São Luiz, São Paulo, SP, Brasil.

Ambos os pacientes foram submetidos à tomografia computadorizada de abdome (sem sinais de lesões extra-gástricas), ecoendoscopias (ambas as lesões restritas à musculatura gástrica) e biópsia guiada com agulha fina confirmando o diagnóstico de GIST.

Os procedimentos cirúrgicos laparoscópicos foram realizados com a passagem de quatro trocartes. Com o auxílio endoscópico, a lesão foi localizada e reparada com a passagem de fio de sutura e tracionada (Figura 1). Após o preparo da região acometida, com o uso do bisturi harmônico, foi ressecada com o uso do grampeador laparoscópico (Figura 2). Durante todo o procedimento tomou-se o cuidado de se checar, por via endoscópica, se não ocorreu estenose da região da cárdia ou sangramento na linha de grampeamento.

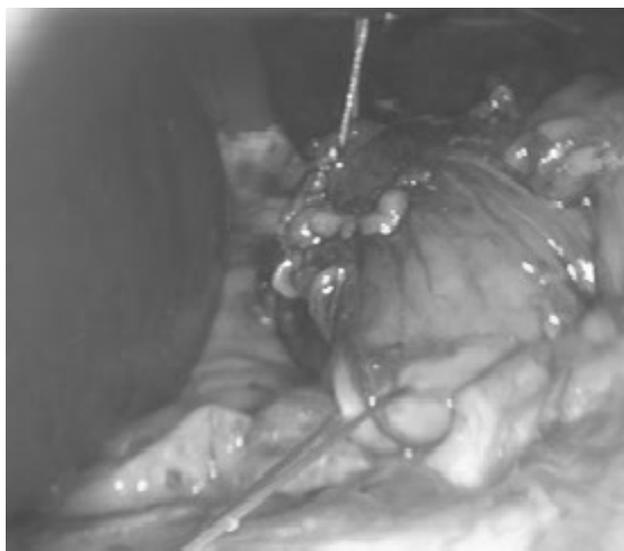


Figura 1. Reparo da lesão.



Figura 2. Ressecção da lesão.

Ambos os pacientes evoluíram sem intercorrências e receberam alta no terceiro dia pós-operatório.

A análise anatomopatológica confirmou o diagnóstico de GIST, sem invasão tumoral da serosa e com margens livres.

A análise imuno-istoquímica revelou c-KIT negativo em ambos os casos.

## DISCUSSÃO

A ressecção laparoscópica em cunha de GIST gástrico até 5cm já é comprovada e aceita na literatura<sup>1-4</sup>.

O principal fator tido como limitante na literatura, além do tamanho da lesão, é a localização, sendo contraindicada a ressecção junto à cárdia e ao piloro quando a lesão se situa a 5cm destes, pelo risco de estenose<sup>1-3</sup>.

Em ambos os casos, o fator decisivo para o sucesso do procedimento foi a realização em conjunto com o endoscopista.

A gastroendoscopia contribui de forma decisiva, localizando a lesão com precisão, permitindo a ressecção sem risco de estenose após o grampeamento e possibilitando a revisão da hemostasia na linha de grampeamento.

Além de vantagens, como baixa morbidade e curto período de internação hospitalar, o procedimento laparoscópico permite a ressecção respeitando os preceitos oncológicos.

Na opinião dos autores, a ressecção de tais lesões por via laparoscópica pode ser realizada com sucesso, conforme apresentado, desde que tomados alguns cuidados, entre eles a familiaridade com a técnica laparoscópica, o uso de bisturi harmônico, grampeadores lineares endoscópicos e a realização do procedimento em conjunto com a endoscopia digestiva alta.

## REFERÊNCIAS

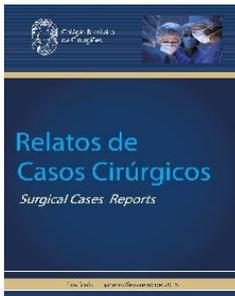
1. Berindoague R, Targarona EM, Feliu X, Artigas V, Balagué C, Aldeano A, et al. Laparoscopic resection of clinically suspected gastric stromal tumors. *Surg Innov.* 2006;13(4):231-7.
2. Mochizuki Y, Kodera Y, Fujiwara M, Ito S, Yamamura Y, Sawaki A, et al. Laparoscopic wedge resection for gastrointestinal stromal tumors of the stomach: initial experience. *Surg Today.* 2006;36(4):341-7.

3. Röthlin M, Schöb O. Laparoscopic wedge resection for benign gastric tumors. Surg Endosc. 2001;15(8):893-5.
4. Kitano S, Shiraishi N. Minimally invasive surgery for gastric tumors. Surg Clin North Am. 2005;85(1):151-64, xi.
5. Valadão M, Lourenço LG, Linhares E, Romano S, Kesley R, Siqueira D. Fatores prognósticos clínicos e anatomopatológicos dos tumores estromais gastrointestinais (GIST) de origem gástrica. Rev Col Bras Cir. 2006;33(5):298-304.

**Endereço para correspondência:**

Reinaldo Martins de Oliveira Neto

E-mail: [reinaldoneto@ajato.com.br](mailto:reinaldoneto@ajato.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](http://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 e inglês que sigam as Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas, elaborados e publicadas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE [www.icmje.org](http://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](http://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 pela plataforma online com acesso pela página do CBC. Os relatos devem ser concisos e podem ser redigidos em português ou inglês. 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 10 referências e a seis ilustrações.

### ***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](http://www.icmje.org)> - CIERM Rev Col Bras Cir. 2008;35(6):425-41 <[www.revistadocbc.org.br](http://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 o Editor 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.

